



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – EsSalud. SMP – Lima. 2015**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres

## **AUTOR**

**Gloria Janet Romualdo Quillahuaman**

LIMA – PERÚ  
2015

# DEDICATORIA

A Dios que es el que me  
acompaña siempre.

A mi hijo que es  
mi razón de ser.

A mis padres que me  
apoyan y me impulsan  
a seguir adelante.

# AGRADECIMIENTO

A la Mg. Tula Espinoza  
Moreno por sus valiosas  
enseñanzas.

A los trabajadores del  
Policlínico Fiori por la  
participación en la Investigación

# ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Lista de gráficos	7
Resumen	8
Summary	9
Presentación	10
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación problemática	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivos	14
1.4.1. Objetivos general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	15
2.2. Base teórica	20
2.3. Identificación y definición de las variables	42
2.4. Planteamiento de la hipótesis	43
2.4.1 Hipótesis general	43
2.4.2 Hipótesis específicas	43
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	
3.2. Lugar de estudio	44
3.3. Población de estudio	44
3.4. Unidad de análisis	45
3.5. Criterios de selección	45
3.5.1 Criterios de inclusión	45
3.5.2 Criterios de exclusión	45
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	46
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión	54

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	56
5.2. Recomendaciones	57
5.3. Limitaciones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	60

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		PAG.
1	CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. LIMA – PERÚ. 2015	49
2	CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE PARO CARDIORESPIRATORIO. LIMA – PERÚ. 2015	50
3	CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE INDICADORES DE LA DIMENSIÓN PARO CARDIORESPIRATORIO. LIMA – PERÚ. 2015	51
4	CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN. LIMA – PERÚ. 2015	52
5	CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE INDICADORES DE LA DIMENSION MANIOBRAS DE REANIMACIÓN. LIMA – PERÚ. 2015	53

## RESUMEN

El paro cardiorrespiratorio (PCR) dentro del hospital es considerado una emergencia vital y está demostrado que existe una relación directa entre la respuesta asistencial y la mortalidad asociada a este evento, siendo un indicador de calidad de los centros sanitarios. La RCP es un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón que pueda restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso central. Por ello surge la necesidad de investigar ¿Cuál es el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD - SMP – LIMA – 2015?

**Objetivo general:** Determinar los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD. En sus aspectos de conocimientos de paro cardiorrespiratorio y maniobras de reanimación.

**Metodología:** Investigación descriptiva de corte transversal, en una muestra de 50 trabajadores de salud, mediante encuesta se aplicó un cuestionario.

**Resultados:** Sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar básico, del 100% (50) personal de salud encuestado; 60% (30) evidencia que conoce al respecto y 40% (20) que no conocen sobre el mismo. Sobre el conocimiento de paro cardiorrespiratorio, 78% (39) evidencian conocer y 22% (11) evidencian no conocer o conocer. Sobre las maniobras de RCP, 46% (23) conocen y 54% (27) estaría no conoce o conoce poco.

**Conclusiones:** El personal de salud conoce sobre la reanimación cardiopulmonar, sobre todo en el aspecto de identificación del paro cardiorespiratorio, mas no conoce o conoce poco sobre la aplicación de las maniobras de reanimación.

**Palabras Claves:** Conocimientos de RCP - Paro Cardiorrespiratorio – Reanimación Cardiopulmonar.

## SUMMARY<sup>[T1]</sup>

The cardiopulmonary arrest (CPA) within the hospital is considered a vital emergency is shown that there is a direct relationship between treatment response and mortality associated with this event, being an indicator of quality of health centers. CPR is a set of actions whose main objective is to provide oxygen to the brain and heart that can restore normal heart function and respiratory avoiding damage to the central nervous system. Thus arises the need to investigate what is knowledge about CPR Staff Health Polyclinic Fiori - ESSALUD - SMP - LIMA - 2015?

**General Objective:** To determine knowledge of cardiopulmonary resuscitation that has health personnel Polyclinic Fiori - ESSALUD. In aspects of knowledge of cardiopulmonary arrest and resuscitation

**Methodology:** cross-sectional descriptive study in a sample of 50 health workers, through a questionnaire survey was applied.

**Results:** on knowledge of basic CPR, 100 % (50) surveyed health personnel; 60 % (30) Evidence that knows about it and 40 % (20) do not know about it.

On the knowledge of cardiopulmonary arrest, 78 % (39) show meet and 22 % (11) show not know or know.

About CPR, 46 % (23) know and 54 % (27) would not know or know little.

**Conclusions:** The health personnel know about CPR, especially in the aspect of identification of cardiac arrest, but does not know or know little about the application of resuscitation.

**Keywords:** Knowledge of CPR - Cardiac Arrest - CPR.

# PRESENTACIÓN

El paro cardiorrespiratorio es un evento brusco que en raras ocasiones puede producir una reversión espontánea. Se acepta en forma general que un paro cardíaco progresa hacia la muerte en un plazo de 4 a 6 minutos, a menos que se emprenda rápidamente intervenciones activas. Toda vez que el objetivo de la reanimación cardio pulmonar y cerebral consiste básicamente en salvar un corazón y un cerebro demasiado buenos para morir.

De modo que es importante considerar que existen factores que intervienen para que una persona sufra de ataque al corazón; como la herencia, sexo, edad, raza, consumo de cigarro, diabetes, presión sanguínea y nivel de colesterol elevado. Por lo que al reducir éstos factores se reducirá el riesgo de tener un ataque al corazón o un derrame cerebral.

En tal sentido cuando se suscita en el servicio de urgencias y/o emergencias estos casos requiere que el personal profesional de salud realice actividades orientadas a brindar una atención oportuna y segura.

La Norma Nacional de Reanimación Cardiopulmonar recomienda realizar el conjunto de las maniobras de RCP adecuadamente, de manera secuencial y correcta para así brindar una "RCP de ALTA CALIDAD". Por eso es necesario, que el personal de salud que labora en el servicio de Urgencias/Emergencias conozca las maniobras de la RCP, contribuyendo de esa manera, a actuar de manera correcta y oportuna, con el objetivo de salvar la vida de la víctima y asegurar su recuperación

# **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

## **1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Jorge Vigo Ramos. (2008). Muerte Súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual. Revista Peruana médica ex. Salud pública, Vol. 25, pág. 11, 37. Hace referencia sobre el paro cardiorespiratorio (PCR) es la situación más grave que se puede presentar en un servicio de urgencias y/o emergencias o en cualquier lugar hospitalario o extra hospitalario y, como tal, precisa de una atención correcta e inmediata para evitar la muerte de la víctima o la posibilidad de que sufra secuelas permanentes.

Una de las ideas más asombrosas de la medicina es que la muerte repentina puede invertirse por cualquiera de nosotros, con solo usar sus manos, los pulmones y nuestros cerebros. La resucitación cardiopulmonar que se realiza apropiadamente con prontitud puede dar a las víctimas tiempo para recibir tratamiento con técnicas médicas especializadas.

En los EEUU las enfermedades cardiovasculares provocaron alta tasa de mortalidad, que incluían ataques al corazón, muchas de las cuales fueron muertes repentinas. Cerca de dos terceras partes de las muertes ocasionadas por ataques al corazón ocurren antes de que la víctima llegue al hospital. Otras causas de muerte repentina incluyen

ahogamiento, sofocación, electrocución, sobredosis de drogas y accidentes automovilísticos.

En nuestro país se desconoce la real incidencia de las muertes súbitas y las causas que la producen, sólo hay algunos reportes de casos publicados; sin embargo, esta situación es común a otros países de Latinoamérica, por lo que algunos países como Colombia y México han iniciado esfuerzos por tener un registro de la Muerte Súbita.

. MINSA. OPS/OMS. (2011) Normas Técnicas para Proyectos de los establecimientos de Salud. Pág. 35. ....El estado está obligado a destinar recursos económicos y así financiar la salud de los peruanos. La mayoría de las personas desconocen que el estado esta en la obligación de proteger y garantizar el derecho a la salud, entendiéndolo no solamente como ausencia de enfermedad sino como un componente indispensable para lograr el bienestar y el desarrollo humano sostenible.

La seguridad social es una institución de salud que tiene como objetivos:

- Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Ampliar la cobertura de la seguridad social.
- Optimizar la gestión institucional.
- Mejorar los niveles de satisfacción de nuestros asegurados.

La calidad de atención sanitaria constituye uno de los objetivos institucionales primordiales de Essalud a pesar de eso existen quejas, peticiones y consultas formuladas a la Defensoría del Pueblo, se constata la falta de equidad en el acceso al servicio de prestaciones de salud, disconformidad con la atención que brinda el personal administrativo y especializado, falta de medicinas e infraestructura adecuada en los centros y hospitales de salud, así como casos de negligencia médica que muchas veces afectan no solo a la salud sino a la vida de las personas.

El Policlínico Fiori es una dependencia de Essalud, categorizado como I-3. Brinda prestaciones de salud a una población asegurada de aproximadamente 97,971 personas, en el horario de 8 am. A 8 pm. Cuenta con servicio de urgencia donde se atienden pacientes prioridad tipo II y III en la mayoría de los casos; en ocasiones llegan pacientes con infarto de miocardio o en paro cardio respiratorio habiéndose observado el poco dominio y limitaciones que tiene el profesional de salud para enfrentar este tipo de pacientes.

La falta de continuidad del personal con respecto al manejo de dichos episodios asociado a la falta de programas de capacitación continua y de medicamentos para este tipo de problemas y la demora, hace que el paciente sea transferido a un hospital de mayor nivel para su manejo y tratamiento.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por tal motivo surge la inquietud de realizar un estudio sobre ¿Cuál es el conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar del Personal de Salud del Policlínico Fiori – ESSALUD - SMP – LIMA – 2015?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

En el Perú, al igual que en muchos países del mundo, son cada vez más frecuentes las muertes súbitas producto de las emergencias cardíacas, cerebro vascular y el trauma, la razón, el incremento de los factores de riesgos. En la actualidad, las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan problemas de salud pública mundial, se espera que, para el año 2020, la enfermedad coronaria sea la principal causa de muerte y los accidentes cerebro vasculares (ACV) ocupen el cuarto lugar. Está demostrado que, este tipo de enfermedades se desarrollan desde la infancia, pudiendo en la edad adulta, presentarse repentinamente con un

primer y único síntoma: el paro cardiorrespiratorio, reconociéndose a las maniobras de la RCP y a la desfibrilación como las únicas capaces de revertir estas muertes súbitas. Una estrategia importante para revertir éstas muertes fue la creación, en 1992, del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), agrupación de comités de RCP de todo el mundo, su misión, proveer guías y recomendaciones para aumentar la sobrevivencia del paro cardiorrespiratorio. Este comité en octubre del 2010, dio a conocer las “Nuevas Guías Internacionales de la RCP”, con cambios muy importantes y principios basados en medicina de evidencias, siendo además más simples y en ella se han puesto mucho énfasis a la RCP de “alta calidad”. J.VIGO (2010) p. 7.

Es por ello que se decide realizar este estudio con la finalidad de adquirir información sobre los conocimientos que tiene el personal de salud de acuerdo a ello coordinar con la Escuela de Emergencias para la capacitación actualizada en la maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básico, tanto en la teoría como en la práctica, de tal manera que se asegura tener al personal salud capacitado para una atención oportuna.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los conocimientos sobre paro cardiorrespiratorio que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD – SMP – 2015.

2. Identificar los conocimientos sobre las maniobras de la reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD – SMP – 2015.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES**

Al revisar los antecedentes se pudo encontrar algunos estudios relacionados en el ámbito nacional e internacional. Así tenemos:

#### **2.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES:**

Benito Julca, Katherine realizó un estudio de investigación sobre: “Conocimiento de las enfermeras sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto en el Programa Nacional SAMU - 2013”, en la ciudad de Lima – Perú en el año 2013. El objetivo fue determinar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 enfermeras. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

*“Los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU el mayor porcentaje conocen en los diferentes aspectos de paro cardiorespiratorio y RCP básico, referido a la definición de PCR, buscar respuesta en el paciente, sobre apertura de vía aérea”.*  
*Benito (2013 Pág. 45).*

Siguas Astorga Yolanda María, realizó un estudio de investigación sobre: “Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia del Hospital San José - Callao”, en la ciudad de Lima – Perú, en el año 2005. El objetivo fue Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras. El método que se utilizo fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 enfermeras. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

*“Las enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital San José del Callao, en cuanto a reanimación cardiopulmonar básica en su mayoría tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a lo alto y en relación de la reanimación cardiopulmonar avanzada un nivel de conocimiento bajo con tendencia a lo medio; por tanto es fundamental que el personal de enfermería conozca y esté preparado para realizar una reanimación cardiopulmonar tanto básico como avanzado en forma oportuna, eficiente y eficaz con la finalidad de aumentar la calidad de vida en el paciente y disminuya secuelas ” Siguas (2005 Pág. 52)*

Palma Vásquez Nilton Edinson, realizó un estudio de investigación sobre: “Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el hospital regional de Cajamarca – 2009”, en la ciudad de Cajamarca – Perú, en el año 2009. El objetivo fue: Evaluar el nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica que poseen enfermeras, personal técnico e internos de medicina en el Hospital Regional de Cajamarca en febrero del 2009. El método de estudio fue Observacional, descriptivo y prospectivo. La población estuvo conformada por 64 participantes, 29 técnicos, 25 enfermeras y 10 internos de Medicina que laboran en el

Hospital Regional de Cajamarca. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

*“Existe una diferencia marcada en cuanto al nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar por servicios, siendo el personal del Área Crítica y sobre todo el personal de enfermería el que manifiesta mejor preparación en comparación con los servicios de Medicina, Ginecología, Pediatría y Cirugía, aun siendo superior en el Área Crítica los resultados no se consideran buenos” y “Existe un 23% del personal que conoce, tiene habilidades sobre reanimación cardiopulmonar, lo cual está por debajo de estándares internacionales considerados normales”  
Palma (2009 Pág. 38)*

Alarcón Ponce, Celita y Guidotti Camarena, Rosario del Pilar, realizaron un estudio de investigación sobre: “Nivel de Conocimiento de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar en la Clínica Maison de Santé”, en la ciudad de Lima – Perú en el año 2010. El objetivo fue Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 39 enfermeras asistenciales. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

*“Los resultados muestran que la mayoría de enfermeras (59%) tienen un nivel de conocimiento regular sobre RCP, y según las fases del RCP, su conocimiento también fue regular, solo en la fase de circulación el nivel de conocimiento fue bueno (48.7%). Alarcón (2010 Pag. 42)*

### **2.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:**

Entre los antecedentes internacionales tenemos los siguientes:

Cevallos Zambrano, Gisela Yanine y Saltos Loor, Annabelly Nataly, realizaron un estudio de investigación sobre: “Evaluación de la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero – Agosto 2013”, en la ciudad de Bahía Manabí – Ecuador, en el año 2013. El objetivo fue Evaluar la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H. Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero – Agosto 2013. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por seis profesionales de enfermería, cuatro internos de enfermería, seis médicos, cuatro internos de medicina. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

*“Se concluye que este estudio se realizó con el fin de dar a conocer la falta de entrenamiento de parte del personal médico y del profesional de enfermería que labora en el proceso de emergencia en temas de reanimación cardiopulmonar y técnicas aplicadas en la misma”  
Cevallos y Saltos (2013 Pag. 41)*

Díaz Aguilar, Paola Karina realizó un estudio de investigación sobre: “Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería”, en la ciudad de Chiquimula, Guatemala, en el año 2014. El objetivo fue Desarrollar un proceso de investigación-acción sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en el personal de enfermería en los servicios de adultos en Hospitales Nacionales de las regiones Nor-Oriente y Sur-Oriente de Guatemala, en los meses de febrero a agosto del año 2014. Tipo de estudio investigación – acción participativo, experimental. La población estuvo conformada por 853 enfermeras (os), distribuidos de la siguiente manera; Zacapa 133, Chiquimula 122, Izabal 126, El Progreso

116, Jutiapa 135, Jalapa 90, Santa Rosa 131. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

*“El nivel de conocimiento obtenido en la fase diagnóstica del proceso de investigación-acción, sobre conocimientos teóricos de Reanimación Cardiopulmonar Básico en adultos del personal de enfermería, es subóptimo. Díaz (2014 Pag.54).*

En la Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2011 se encontró este artículo Conocimiento teórico de los enfermeros sobre parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia realizada por Angélica Olivetto de Almeida, Izilda Esmenia Muglia Araújo, Maria Célia Barcellos Dalri y Sebastião Araujo, obteniendo como resultado:

*“En relación al conocimiento teórico en PCR/RCP, fue posible concluir que los enfermeros de la Región Metropolitana de Campinas tienen conocimientos insuficientes. Delante de los resultados de esta investigación, queda evidente la necesidad de ofrecer cursos de capacitación y actualización. Este estudio contribuye con la divulgación de resultados del conocimiento teórico en el ámbito no hospitalario, ya que los existentes enfocan resultados con enfermeros de unidades hospitalarias o de atención pre hospitalaria móvil”. Rev.Lat. Enfermagem (2011 Pag. 32).*

De acuerdo a los antecedentes revisados podemos concluir: de los nacionales los conocimientos evaluados del profesional de enfermería con relación a la Reanimación Cardiopulmonar Básica tienen un conocimiento medio y/o regular, siendo el personal de área crítica con mejor preparación, mientras que de los internacionales los conocimientos del profesional de enfermería también es regular, subóptimo y la falta de entrenamiento; así mismo permitieron estructurar la base teórica y la metodología, y sirvieron de orientación para el análisis del presente estudio.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. PARO CARDIORESPIRATORIO**

#### **2.2.1.1. DEFINICIÓN:**

El paro cardiorrespiratorio es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón. En determinadas circunstancias, puede producirse un paro respiratorio y el corazón funcionará durante 3 a 5 minutos, luego sobreviene el paro cardíaco. También puede iniciarse en un paro cardíaco, en cuyo caso, casi simultáneamente se presenta el paro respiratorio.

#### **2.2.1.2. CAUSAS:**

Las circunstancias en las que puede surgir de manera inesperada este evento son diversas como:

- **Paro Respiratorio:** La apnea prolongada acompañada de falta de cualquier actividad cardíaca en una persona que no reacciona se denomina paro cardíaco (o cardiopulmonar). En los bebés y niños pequeños, la causa más común de paro cardíaco es el paro respiratorio. En los adultos, generalmente ocurre lo contrario, el paro cardíaco lleva al paro respiratorio.
- **Ataque Cardíaco:** cuando se bloquea el flujo sanguíneo al corazón y una parte del músculo cardíaco se daña o muere.
- **Atragantamiento:** El atragantamiento en los adultos ocurre mientras se come, siendo la carne la causa más común de obstrucción, aunque una variedad de alimentos y cuerpos extraños han causado obstrucción en niños y en algunos adultos y adultos mayores.
- **Hipotermia**
- **Shock**
- **Traumatismo craneoencefálico o torácico:** a consecuencia del traumatismo puede producirse liberación excesiva de

catecolaminas, hipoxia y alteraciones electrolíticas inductoras de arritmias. El trauma craneal, torácico y abdominal pueden ser directamente responsables de una muerte súbita, así como el trauma de extremidades cuando da lugar a tromboembolismo pulmonar. Un traumatismo torácico puede causar PCR tanto por el trauma miocárdico como por la inducción de arritmias.

- Electrocuación: los efectos cardiovasculares de la descarga eléctrica comprenden: necrosis miocárdica aguda, insuficiencia cardíaca, arritmias, pericarditis hemorrágica, hipertensión aguda con vasoespasmo periférico y alteraciones no específicas del electrocardiograma (ECG).
- Hemorragia severa
- Deshidratación

#### **2.2.1.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:**

Además el paro cardio respiratorio puede resultar de diversas enfermedades que reducen el aporte de oxígeno al miocardio o se acompaña de desequilibrio hidroelectrolíticos o disturbio ácido base intenso.

Teniendo como signos y síntomas a:

- Ausencia de pulso y respiración
- Piel pálida, sudorosa y fría, a veces cianótica.
- Pérdida de conocimiento
- Pupilas dilatadas parcialmente. A los 2 o 3 minutos, la dilatación es total y no reaccionan a la luz.

#### **2.2.1.4. FACTORES DE RIESGO:**

- Infarto de miocardio o ataque cardíaco previo

- Edad y sexo masculino: el riesgo aumenta para los hombres mayores de 45 años y para las mujeres mayores de 55 años (o después de la menopausia). Alrededor del 83% de las personas que mueren de enfermedades cardíacas tienen 65 años o más.

- Antecedentes familiares de enfermedad coronaria
  
- Factores genéticos: Los afroamericanos, los estadounidenses de origen mexicano, los nativo-americanos y los hawaianos nativos tienen un mayor riesgo.
  
- Tabaquismo: El tabaquismo es una de las causas principales de enfermedades cardíacas. Puede causar engrosamiento y estrechez de los vasos sanguíneos y la formación de coágulos, que bloquean el flujo sanguíneo al corazón.
  
- Hipertensión
  
- Aumento del Colesterol LDL: El 80% de PCR de origen cardíaco presentan aterosclerosis coronaria.
  
- Diabetes Mellitus
  
- Obesidad

#### **2.2.1.5. TIPOS**

Según Marson Griffin, se conoce tres tipos de paro cardíaco:

##### **a) FIBRILACIÓN VENTRICULAR**

Esta ocasionada por múltiples ondas reentrantes de actividad eléctrica que se entrelazan y se manifiestan en el electrocardiograma por medio de un trazado caótico aunque la actividad eléctrica celular puede estar bien organizado este efecto global consiste en la ausencia de contracciones mecánicas y la anulación completa del volumen minuto”. Se ha denominado fibrilación ventricular primaria a la que aparece como complicación del infarto agudo de miocardio por lo general durante las primeras horas después de su inicio de shock y de insuficiencia cardíaca. En estos pacientes la desfibrilación eléctrica tiene éxito en el 95% de los casos y el pronóstico es excelente.



## **b) ASISTOLIA**

Ausencia de actividad eléctrica miocárdica debería confirmarse mediante el cambio de derivación o la modificación de la Palas desfibriladoras. Puede ser debido a una estimulación parasimpático extrema que ocasione la supresión global de la actividad tanto de las aurículas como ventrículos o bien a una confusión miocárdica secundaria a cardioversión eléctrica, a un bloqueo cardiaco a isquemia miocárdica prolongada”. Los pacientes en paro cardiaco que presenten asistolia en la pantalla del monitor del desfibrilador tienen una tasa de supervivencia muy baja por lo general sobreviven tan solo 1 o 2 de 100 durante un intento de reanimación puede aparecer breves periodos de un complejo organizado en la pantalla del monitor pero rara vez surge la circulación espontánea al igual que en la actividad eléctrica sin pulso la única esperanza de reanimación de una persona en asistolia y tratar una causa reversible.

## **c) ACTIVIDAD ELÉCTRICA**

La ausencia de un pulso detectable y la presencia de algún tipo de actividad eléctrica distinta de taquicardia ventricular o fibrilación ventricular define a este grupo de arritmias cuando hay 36 actividad eléctrica organizada y no se detecta pulso alguno se utiliza el término de disociación electromecánica significa que hay despolarización eléctrica organizada en todo el miocardio pero no se produce acortamiento asistemático sincrónico de la fibra miocárdica con la consiguiente ausencia de contracciones mecánicas. “La actividad cardiaca con ausencia de pulso puede ser el resultado de una variedad de trastornos del ritmo tales como la disociación electromecánica los ritmos idioventriculares y las taquicardias ventriculares cuando la actividad eléctrica está organizada y dentro de una frecuencia normal se emplea dicho termino y se define como la ausencia del pulso o tensión arterial

registradas por métodos convencionales en presencia de actividad eléctrica”...Hamm Willems, (2004) El Electrocardiograma: Su interpretación Práctica. Pág. 30-42.

## **2.2.2. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)**

### **2.2.2.1. DEFINICIÓN**

Reanimación cardiopulmonar (RCP): Son todas las maniobras realizadas para restaurar una oxigenación y circulación eficientes en un individuo en PCR con el objetivo de lograr una adecuada recuperación de la función nerviosa superior, este es su objetivo final. Se aplica ante un paro cardíaco, independientemente de su causa. La falta de conocimiento, lo imprevisto del suceso y la lentitud en la implementación de las maniobras de RCP básicas, hacen que, muchas veces, se fracase en los intentos por recuperar la vida.

### **2.2.2.2. MANIOBRAS DEL RCP BÁSICO**

Se distinguen tres niveles:

**1.- Reanimación cardiopulmonar básica (soporte vital básico):** conjunto de maniobras destinadas a mantener la función circulatoria y respiratoria, mediante el uso de compresiones torácicas externas y aire espirado desde los pulmones de un reanimador. Se emplean métodos que no requieren tecnología especial: Realizar masaje cardíaco externo y apertura de la vía aérea con las manos del reanimador y brindar apoyo ventilatorio con respiración Boca a Boca. Se realiza sin equipamiento, excepto accesorios como la Bolsa de resucitación para evitar el contacto directo boca-boca o boca-nariz. El reconocimiento de la importancia de la desfibrilación precoz para el paciente adulto con paro cardíaco comprobado ha llevado al empleo del desfibrilador automático externo (DAE) por los proveedores tradicionales de RCP básica.

**2.- Reanimación cardiopulmonar avanzada (soporte vital cardíaco avanzado):** debe ser la continuación del soporte vital básico. En este

caso se emplean el desfibrilador convencional, el acceso vascular, la intubación orotraqueal, la ventilación mecánica si lo requiere, asimismo se administra oxígeno y fármacos.

**3.-Cuidados post-reanimación:** conjunto de intervenciones que se realizan con la finalidad de mantener la ventilación y circulación sanguínea restablecidas mediante maniobras de RCP. Usualmente los cuidados post-reanimación se continúan en una Unidad de Cuidados Intensivos.

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

### **2.2.2.3. SECUENCIA DEL RCP**

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

«C»: circulación e iniciar de compresiones cardiacas.

«A»: apertura de las vía aérea

«B»: Proporcionar respiración.

Lo ideal es que estas maniobras sean dominadas por todo el personal médico y de enfermeras, técnicos de enfermería, paramédico de los hospitales, e incluso por gran parte de la población general, especialmente por las personas que por motivos profesionales tengan

más posibilidades de atender este tipo de emergencias: policías, bomberos y conductores de ambulancias.

**La secuencia de la reanimación es:**

a) **Valorar el escenario**, se busca elementos amenazantes que pongan en riesgo la vida del reanimador o de su equipo y del propio paciente. En tal sentido, se asegurara la escena donde se realizara la resucitación.

b) **Reconocimiento del paro cardíaco**, es preciso determinar el estado de consciencia de la víctima sacudiéndolo suavemente por los hombros y preguntarle en voz energética « ¿Está usted bien?» por dos veces, si no responde decimos que esta inconsciente, y luego, con una inspección visual rápida observamos, si existe respiración o no, si está presente identificar respiración bloqueante o jadeante.



c) **Activar Sistema de Emergencia Medicas**, al reconocer el paro cardíaco, se debe de activar el sistema de emergencia local (Ej. llamar al 116; Compañía de Bomberos Voluntarios del Perú).



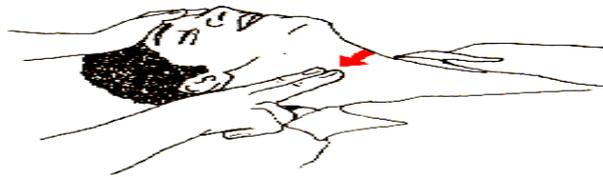
Al llamar considerar brindar información como:

- a. Informar que tipo de victima (adulta, niño, embarazada, etc.) y el estado de consciencia
- b. Indicar que atención va realizar en este caso se realizará RCP).
- c. Solicitar un Desfibrilador Automático Externo.

- d. Indicar la ubicación (señalar referencias si es necesario).
- e. Colgar el teléfono después que la central de recepción lo ha realizado ante la eventualidad de alguna pregunta adicional. Colocar a la víctima en una superficie plana y dura

**d) “C”: Circulación e inicio de compresiones torácicas**

El profesional de salud entrenado debe verificar el pulso en la arteria carótida, tomando como referencia el cartílago cricoides del lugar donde se encuentra el rescatador en no menos de 5 ni más de 10 segundos.



Si no hay pulso se deben de realizar inmediatamente las compresiones torácicas en la mitad inferior del esternón o entre la línea media mamilar con la intersección de la línea media esternal. Se coloca el talón de una mano sobre el punto de compresión y se entrelazan los dedos de la otra mano para asegurarse de que la presión no se aplicará directamente sobre las costillas.

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



Se libera la presión sobre el esternón y se debe lograr alcanzar una frecuencia de compresión de 100 compresiones por minuto. El tiempo de compresión debe ser equivalente al tiempo de relajación, asegurar que estas compresiones sean fuertes y rápidas.

Después de 30 compresiones consecutivas se dan 2 ventilaciones boca a boca de 1 segundo de duración cada uno (ciclo de RCP), realizándose 5 ciclos o 2 minutos de RCP.

- No se debe interrumpir la maniobra de compresión y ventilación durante más de 5 segundos, excepto en circunstancias especiales. Estas maniobras requieren un esfuerzo extenuante para una sola persona.

- Cuando existen dos rescatadores, una se encarga de la compresión y la otra de la ventilación con una relación de 30 a 2, alternándose después de cada 5 ciclos o 2min de RCP periódicamente.

- No se debe perder el tiempo comprobando de manera repetida la presencia de pulso arterial, salvo si la víctima se mueve o respira espontáneamente.

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

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

## **Es fundamental minimizar las interrupciones de las compresiones cardíacas**

Los reanimadores deben esforzarse en minimizar la cantidad y duración de las interrupciones en menos de 10 segundos. Estudios anteriores han demostrado que los reanimadores solo administran el 50% del tiempo en las maniobras que dura las la resucitación. Cuando los reanimadores no están realizando las compresiones torácicas no fluye sangre al cerebro y al corazón.

Entre las causas que impiden realizar las compresiones son:

Se ocupa mucho tiempo en verificar pulso.

Se ocupa mucho tiempo en dar respiraciones a la víctima.

Se moviliza la víctima, se usa el DEA o se realiza procedimiento de intubación endotraqueal

### **e) “A”: apertura de las vías aéreas**

En una víctima inconsciente la falta de tono muscular provoca el desplazamiento pasivo de la lengua y epiglotis hacia la pared posterior de la orofaringe, obstruyendo la entrada de aire. Para evitarlo se coloca a la víctima en posición supina (boca arriba) y se inclina la cabeza hacia atrás: Maniobra frente-mentón. Con estas maniobras se suele conseguir una vía aérea permeable. Pero si se sospecha de víctima con trauma, se deberá apertura vía aérea con la tracción mandibular a fin de controlar la cervical y evitar complicaciones.



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

Brindar 2 respiraciones de 1segundo cada uno, con la técnica boca a boca, para ello ocluya los orificios nasales, extendiendo la cabeza, elevando el mentón y la boca entreabierta.

Colocan los labios alrededor de la boca de la víctima de manera que no se escape el aire y luego se insufla el aire durante un segundo y se comprueba que el pecho de la víctima se expanda y que el aire es expulsado al suspender la maniobra. Si se cuenta con un sistema para dar ventilación asistida (bolsa de reanimación autoinflable) debe emplearse en vez de la ventilación boca a boca.



**Respiración boca – Dispositivo de barrera**

Por el riesgo de contraer infecciones por causa del RCP, se debe exigir al personal de salud que tome precauciones estándar cuando pueden estar expuestos al contacto con sangre u otros fluidos (ejemplo saliva).

Tomar precauciones usando un dispositivo de barrera, como mascarilla facial o un sistema bolsa mascarilla para las respiraciones.

**g) REEVALUACIÓN DEL PULSO CAROTIDEO**

Al cabo de 5 ciclos o 2min de RCP, se reevalúa a la víctima palpando el pulso en la arteria carótida en no menos de 5seg no más de 10 seg.

- Si no presenta pulso, se debe continuar las maniobras de reanimación (compresiones y ventilaciones por 5 ciclos ó 2 minutos de RCP).

- Si presenta pulso, pasamos a verificar la respiración por 10seg. Si no respira, pero tiene pulso se da ventilaciones de soporte en la siguiente forma 1 ventilación cada 5 a 6 segundos durante 2 minutos (equivale a dar 20 – 24 ventilaciones/minuto). Cada ventilación debe durar 1 segundo.

- Si presenta pulso y respira, colocamos a la víctima en posición de seguridad. La posición en decúbito lateral permite la salida de sustancias de la boca y protege la vía aérea. La cabeza cuello y tronco deben mantenerse en línea recta. Si es necesario se coloca la mano debajo de la mejilla para mantener la extensión de la cabeza. El muslo que queda encima debe formar un ángulo recto con la cadera y la pierna.

## **TERAPIA ELÉCTRICA**

La desfibrilación es el uso terapéutico de corriente eléctrica liberada en grandes cantidades en un breve periodo de tiempo. El shock despolariza al miocardio, terminando la fibrilación ventricular.

La desfibrilación temprana es importante:

- El ritmo inicial mas frecuente en muerte súbita es la fibrilación ventricular.
- El único tratamiento efectivo para la fibrilación ventricular es la desfibrilación eléctrica.
- La probabilidad de útil desfibrilación disminuye rápidamente con el tiempo.
- La chance de éxito se reduce a 7% a 10% por cada minuto.
- La fibrilación ventricular tiende a convertirse en asistolia dentro de unos pocos minutos.

- La supervivencia en paro cardiaco presenciado en que se desfibrila tempranamente es de 90%.

La desfibrilación es el pasaje de corrientes eléctricas suficientes (Amperios) a través del corazón en un breve periodo de tiempo.

El flujo de corriente es determinado por el nivel de energía (joules) y la impedancia Transtoracica, o resistencia al flujo de corrientes.

Los factores que influyen en la impedancia transtoracica son:

1. Cantidad de energía seleccionada.
2. Intervalo de tiempo entre descargas sucesivas.
3. Numero total de descargas.
4. Tamaño del electrodo – paletas
5. Interfase entre electrodo y la pared torácica (gel)
6. Distancia entre paletas.
7. Configuración de caja torácica.
8. Presión sobre paletas.
9. Fase de ventilación en momento de desfibrilación.

Las indicaciones de desfibrilación son:

- Fibrilación ventricular
- Taquicardia ventricular sin pulso



El tamaño de paletas es:

Adultos: diámetro de 8.5 a 12 cm.

Los requerimientos de energía

**ADULTOS**

- Desfibrilador monofásico: para la primera y las siguientes 360 joules
- Desfibrilador bifásico: inicio 150 a 200 joules; Segunda y siguientes 150 a 360 joules

## NIÑOS

Desfibrilador manual monofásico y bifásico. Primera dosis 2J/Kg.; segunda y siguientes dosis 4 J/Kg.

La desfibrilación en adultos se realiza de la siguiente manera

1. Colocar paciente en medio seguro
2. Aplicar el gel de conducción en paletas
3. Prender el desfibrilador
4. Seleccionar nivel de energía
5. Cargar
6. Asegurar adecuada posición de paletas sobre tórax
7. Asegurarse que no haya contacto del personal con paciente
8. Liberar shock con presión simultanea de ambos botones de descarga de paletas
9. Ver trazado y palpar pulso después de cada descarga.

### **2.2.3. UNIDAD DE EMERGENCIA**

Es la unidad donde se atiende a los pacientes con alto riesgo de vida, que no ser solucionado oportunamente puede conducir a la muerte a dejar secuelas graves.

LA URGENCIA es el estado de salud, de potencial riesgo de complicaciones de acuerdo a estadio del daño y diferimiento de atención.

El AREA CLINICA; esta considerada todos los ambientes destinados a la atención del paciente, debe estar protegida de la circulación de personas ajenas a las actividades que se realizan en esta área. Comprende los siguientes ambientes:

- TRIAJE; Es el ambiente destinado a la evaluación de los pacientes que generalmente vienen por sus propios medios. Puede ser considerado, como el primer contacto de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia.

Debe estar ubicado a la entrada de la Unidad de Emergencia. En caso de emergencias masivas el triaje podrá ampliarse hacia la Sala de Espera y cumplirá la función de recepción y clasificación de pacientes. Su área mínima será de 15 m<sup>2</sup>.

- SHOCK TRAUMA; Es el ambiente destinado a la atención inmediata del paciente crítico con la finalidad de su estabilización de vida y trauma. Su ubicación debe ser de muy fácil acceso, pero a la vez debe ubicarse en una zona restringida, contando con un acceso directo para el paciente crítico.

Su área mínima será de 20 m<sup>2</sup> para el caso que solo se cuente con una camilla.

#### **a. RECURSOS HUMANOS**

Los recursos humanos con que tiene que contar una emergencia es:

- Médicos especialistas
- Licenciados en enfermería con aptitud y experiencia.
- Técnicos de enfermería capacitados para la labor de emergencia
- Personal de apoyo.

El Perfil del personal de emergencia

- Poseer capacitación y entrenamiento en atención de pacientes en emergencias (haber aprobado los cursos de Reanimación Cardiopulmonar y trauma básicos).

- Poseer elementos de juicios para detectar y atender lesiones presentes y potenciales que podrían resultar irreversibles.
- Poseer habilidades para relacionarse con el público
- Ser flexible y tener adaptación rápida al cambio
- Tener experiencia asistencial.

La atención en emergencia requiere:

- Control emocional
- Agilidad en los razonamientos
- Seguridad en las decisiones
- Prescindir de lo menos importante
- Dirigir la atención al problema.
- Identificar el problema
- Identificar las prioridades.
- Instaurar los procedimientos y tratamiento adecuado inicial.

## **b. INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA**

### CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

- Debe estar ubicada en un área de fácil acceso, cerca al acceso de ambulancias.
- Debe contar con accesos expeditos debidamente señalizados.
- Debe contar con sistemas de seguridad y control que garantice un óptimo funcionamiento.
- Puertas amplias que garanticen el acceso fácil de camillas y personal.
- Buena iluminación central y lámparas accesorias con luz blanca y fría.
- Agua caliente y fría.

### LOGÍSTICA

Equipos diagnóstico y terapéuticos

- Monitor cardiaco con desfibrilador.
- Pulsímetro.

- Capnografo.
- Coche de paro.
- Tensiómetro portátil.
- Equipos de inmovilización y tracción esquelética.
- Set de cirugía menor. (traqueotomía, toracotomía, flebotomía).
- Set completo de intubación
- Bomba de infusión
- Ventilador mecánico
- Pantoscopio
- Laringoscopio
- Electrocardiógrafo
- Respirador manual (Ambu)
- Nebulizador
- Glucómetro
- Balón de Oxígeno
- Aspirador de secreciones
- Medicamentos de Soporte Avanzado de Vida.
- Equipos invasivos parenterales.

### **c. COMUNICACIONES**

#### INTERNAS

- Otros servicios
- Ayuda diagnóstica
- Laboratorios
- Interconsulta
- Admisión – triage

#### EXTERNAS

- Referencias
- Transferencias
- Interconsultas
- Centro de trasplante.

- Central de comunicaciones.
- CUE

#### **2.2.4. TRABAJO EN EQUIPO**

Si tratamos de identificar las diferencias entre grupo y equipo, descubriremos que la más importante es que al trabajar en equipo se obtienen resultados o conclusiones de mejor calidad que si sumáramos los aportes individuales por separado. Y además, que las tareas se realizan con mayor eficacia.

Con el trabajo en equipo se logra resultados de mejor calidad, al integrarse las destrezas y cualidades de los participantes.

Por otra parte el trabajo en equipo incrementa la satisfacción de los miembros del grupo al comprobar los logros y el propio crecimiento personal de cada uno.

El trabajo en equipo nos proporciona:

- **SEGURIDAD**, pues el trabajar individualmente a veces nos deja la impresión de que quizás podrían mejorarse los resultados o conclusiones con las opiniones o aportes de otros.
- **RECONOCIMIENTO DEL ESFUERZO**, este reconocimiento es muy importante y necesario para mantener un buen nivel de motivación positiva.
- **CONSIDERACION DEL APORTE DE CADA UNO**, cuando tenemos una idea o proponemos una alternativa diferente, resulta muy gratificante que sea tomada en cuenta.
- **EFICACIA**, el trabajo en equipo al contar con el aporte de todos sus integrantes, suele resolver los problemas con mayor rapidez y calidad.

- SE COMPARTEN EL LOGRO DE LAS METAS, tanto las personales como las del grupo lo cual estimula a los involucrados a seguir trabajando con entusiasmo.

## ROLES COMUNES EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Los roles son las formas en que los miembros interactúan entre sí. Generalmente quien ofrece más y mejores sugerencias que los demás o guían las actividades del equipo se suele convertir en el líder.

Los principales tipos de roles son:

- LIDER; proporciona información, da opiniones, dirige y sugiere acciones. Muestra comprensión y facilita la reducción de la tensión.
- DOMINADOR MONOPOLISTA; busca ser el centro de atracción del grupo. Aborda cualquier tema y siempre tiene alguna experiencia que contar. Dilata continuamente la tarea o discusión del equipo.
- COOPERADOR; manifiesta su posición, busca integrar las opiniones, proporciona ayuda para lograr las tareas.
- SILENCIOSO/OBSERVADOR; no tiene facilidad de palabra, a veces es neutro frente al equipo. No ayuda a dispensar y puede mostrar resistencia pasiva.
- AGRESIVO/HOSTIL; actúa con antagonismo frente a cualquier miembro del grupo. Disiente continuamente y crea tensión.
- INTELECTUALIZADOR; busca no expresar emociones. Todo lo racionaliza y sus argumentos son lógicos.
- QUEJOSO; generalmente encuentra problemas en todo cuando los demás miembros buscan resolverlos no queda conforme. MINSA.

(2009). Manual de Dirección y Relaciones Interpersonales. Universidad del Pacífico. Pág. 15.

### **2.2.5. CONOCIMIENTO Y APRENDIZAJE**

El conocimiento es definido de diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Desde el punto de vista filosófico: el conocimiento se define como un acto y un contenido.

Según Salazar Bondy define el conocimiento como un acto es decir es la aprehensión de una cosa, objeto, etc., a través de un proceso mental y no físico; contenido es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acumulo, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje. Distingue además 2 niveles de conocimientos:

- a) CONOCIMIENTO VULGAR: aquel que es adquirido y usado espontáneamente.
- b) CONOCIMIENTO CIENTÍFICO: aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (apoyado en la experiencia).

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, clasificándolo en:

- a) CONOCIMIENTO CIENTÍFICO “el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.”..... Bunge M.,(1999) La ciencia. Sus métodos y su filosofía. Ed. Siglo XX pág. 46-48.

b) CONOCIMIENTO VULGAR es vago, inexacto limitado por la observación.

El aprendizaje es un proceso activo que continua durante toda la vida. El individuo aprende constantemente a medida que obtiene información, desarrolla habilidades y las aplica al ajustarse a las nuevas situaciones de su vida. El aprendizaje se lleva a cabo a través de dos formas: informal, a través de las actividades ordinarias de la vida o de la experiencia, por ejemplo, la mujer al tener mayor número de hijos tendrá mayor experiencia debido a que reiteradamente expuesta a una misma situación, por mayor contacto con el personal de salud lo cual va a contribuir a que afiance conductas frente a estas situaciones; y la formal, que se obtiene mediante una serie de experiencias de aprendizaje seleccionadas, que tiene como fin lograr metas específicas; por ejemplo, la educación escolar la cual va a determinar su capacidad de adaptación a la sociedad donde se desenvuelve, así como la respetabilidad de conocimientos y prácticas de cuidados relacionados con la salud.

### **2.2.6. LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LAS EMERGENCIAS Y DESASTRES**

La Enfermería, como disciplina, ha brindado atención de urgencia desde sus inicios. Se percibe no obstante, que con el desarrollo de las sociedades, de las comunicaciones y del avance científico-tecnológico, se ha incrementado la demanda de los servicios de urgencias y emergencias.

En este contexto, es creciente el reclamo que se le realiza a los prestadores de asistencia sanitaria para mejorar su gestión y sus políticas de salud.

La enfermería, no ajena a este proceso evolutivo, vislumbra la oportunidad de crear la especialidad de Urgencias y Emergencias para sus profesionales.

Desde esta óptica observamos algunas necesidades inmediatas:

- Tener un cuerpo propio de conocimientos.
- Definir un perfil profesional post básico, que le permita posicionarse con un rol definido dentro del equipo sanitario.
- Tener reconocimiento social y académico.

En alguna medida la enfermera se verá involucrada en situaciones de desastre cuando estas ocurran. A veces su papel será crítico. Para desempeñarse eficientemente, la enfermera debe estar preparada para cambiar su plan de acción en cualquier momento y adaptarse a nuevas situaciones, ser planificadora, intervencionista en crisis, educadora en salud, proveedora de atenciones de enfermería, administradora y, en ciertas ocasiones, ejecutora de triage.

Se considera necesario, por lo tanto, preparara la enfermera a nivel básico y post-básico, considerando como experiencias mínimas de aprendizaje: primeros auxilios, resucitación cardiopulmonar, intervención en crisis psicológica, triage y protocolos de práctica en enfermería.

Las funciones de la enfermera en situaciones de emergencias y desastres son:

**Planificación:** formular planes de acción de enfermería en relación con los riesgos de la comunidad; mantener un inventario actualizado de recursos de la comunidad; organizar simulacros de desastres y elaborar protocolos de atención de enfermería.

**Administración:** organizar al personal de enfermería en equipos, de acuerdo con sus responsabilidades; identificar la necesidad de recursos humanos en enfermería y materiales según las necesidades de la localidad; coordinar las acciones de enfermería con el equipo de salud y otros sectores, y establecer registros e informes de enfermería para ser usados en emergencias y desastres.

**Atención:** participar en el triage, prestar atención de enfermería según los protocolos establecidos, y manejar las crisis emocionales de los pacientes en coordinación con otros miembros del equipo.

**Docencia:** programar cursos sobre desastres para personal de enfermería y para miembros de la comunidad.

**Investigación:** participar en investigaciones epidemiológicas en desastres y realizar investigaciones operativas sobre los efectos de los desastres en la salud y la reducción de los mismos a raíz de la intervención de enfermería.

La enfermera no sólo es una parte sumamente importante en el equipo de salud, sino que en muchas ocasiones es la única representante de ese sector en la comunidad. Su capacitación para situaciones de emergencia y desastres por tanto es fundamental y bien merece la pena considerar la posibilidad de que se incorporen temas específicos dentro de los currículos de las escuelas de enfermería, como vigilancia epidemiológica en desastres, planes nacionales para desastres, desastres mira y extrahospitalarios, manejo de los problemas de alimentación y nutrición, manejo de víctimas en masa, triage, reanimación cardiopulmonar básico y avanzada, etc. Según recursos disponibles, la OPS estaría en capacidad de prestar colaboración técnica a las escuelas de enfermería y asociaciones nacionales que tengan interés en el tema.

### **2.3. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**

- **CONOCIMIENTO:** Es toda aquella información que posee el personal de salud sobre Paro Cardio Respiratorio y Reanimación Cardiopulmonar.
- **PERSONAL DE SALUD:** personal de salud médico, enfermera y técnico de enfermería que labora en el Policlínico Fiori.

- REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR: son aquellas maniobras que están destinadas a asegurar la oxigenación de los órganos cuando la circulación de la sangre de una persona se detiene.
- PARO CARDIORESPIRATORIO: El paro cardiorrespiratorio es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón.

## **2.4. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS**

### **2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL**

El presente investigación tiene la siguiente hipótesis general:

El 100% de personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD tiene conocimientos sobre la Reanimación Cardiopulmonar Básica.

### **2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA**

1.- El 100% personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD tiene conocimientos sobre Paro cardio respiratorio.

2.- El 100% de personal de salud del Policlínico Fiori–ESSALUD tiene conocimientos sobre las Maniobras de la Reanimación Cardiopulmonar.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque se miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar; cuantitativo, porque sus datos se analizarán en la medición numérica y el análisis estadístico, para así establecer patrones de comportamiento. De nivel aplicativo, porque los resultados serán aplicados a la realidad. Y es de corte transversal porque se recolectarán los datos en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo.

### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Policlínico Fiori – RED Sabogal - ESSALUD, ubicada en el Block C del Centro Comercial Fiori, de la Urbanización Fiori, del cual toma el nombre, dentro del Distrito de San Martín de Porres, a la altura del Km 13.5 de la Panamericana Norte, es un establecimiento del primer nivel de atención de salud, categorizado como CAP III (categoría I-3). Tiene como autoridad superior al Director, dos órganos de línea con cargos jefaturales de Servicios y una Oficina Administrativa.

El ámbito poblacional bajo la responsabilidad del Policlínico Fiori (población adscrita) es de 97,971 de la población asegurada del

distrito de San Martín de Porres, brinda atención 12 horas al día; a través de sus consultorios externos y servicio de urgencias.

### **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio fue el personal de salud conformada por 58 trabajadores asistenciales, de los cuales 17 son médicos, 17 enfermeras y 24 técnicos de enfermería.

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Para la realización de la presente investigación se consideró al personal de salud asistencial del policlínico Fiori entre médicos, enfermeras y personal técnico de enfermería que laboran en la consulta externa y servicio de urgencias.

### **3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personal que labora en el policlínico más de un año.
- Personal que acepte voluntariamente participar del estudio.
- Personal compuesto por médicos, enfermeras y personal técnico de enfermería asistencial.

#### **3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Personal que se encuentra en calidad de stage, serums o suplencia.
- Personal que realice labor administrativa.
- Personal médicos, enfermeras y personal técnico de enfermería asistencial que se encuentre de vacaciones y/o descanso médico.

### **3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica para la recolección de datos que se utilizó en la presente investigación fue la encuesta (ANEXO N° 2) con el cual se obtuvo los datos a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a un conjunto total de población estadística en estudio, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos y el instrumento a utilizar es el cuestionario, donde las preguntas están diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos y dar respuesta a las hipótesis del proyecto de investigación. El instrumento se sometió a la prueba de confiabilidad, antes de ser aplicada. La validez del contenido del instrumento: cuestionario se realizó mediante Juicio de Expertos, conformado por 8 profesionales de la salud, cuyas opiniones sirvieron para mejorar el instrumento. Los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial para determinar el error de significancia mediante la tabla de concordancia de modo que luego de haberse realizado las modificaciones de acuerdo a las sugerencias se procedió a recoger los datos (ANEXO N° 3).

Para la ejecución del presente estudio se realizó los trámites administrativos correspondientes a la institución mediante un oficio dirigido al Director del Policlínico Fiori para obtener la autorización. Luego de haber sido aceptado se realizó la recolección de datos en el mes de setiembre, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, los derechos de anonimato, la libre participación y confidencialidad.

### **3.7. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Una vez finalizada la recolección de datos, se procedió al procesamiento de datos, para lo cual se diseñó previamente una hoja decodificación; luego se realizó la tabulación, y se hizo uso de gráficos y cuadros estadísticos.

Además fueron procesados mediante paquetes estadísticos previa elaboración de la tabla de códigos asignando a la respuesta correcta el valor de 1 y de 0 a la respuesta incorrecta (ANEXO N° 4); así como en una tabla matriz (ANEXO N° 5), a fin de que luego sean presentados en gráficos y/o en tablas estadísticas para el análisis e interpretación considerando los antecedentes y el marco teórico.

La clasificación cuantificada de los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Básico del personal de salud es:

- Conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Básico:  
Conoce: puntaje 10 a más.  
No conoce: puntaje 9 a menos.
- Conocimientos sobre Paro Cardiorrespiratorio:  
Conoce: puntaje 4 a más.  
No conoce: puntaje 3 a menos.
- Conocimientos sobre las Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar:  
Conoce: puntaje 7 a mas  
No conoce: puntaje 6 a más.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. RESULTADOS**

Después de la recolección de datos, estos fueron procesados y presentados en tablas y cuadros de acuerdo a los objetivos planteados.

#### **4.1.1. DATOS GENERALES**

La distribución de encuestados en relación al sexo, tenemos que de 100% (50) del personal de salud encuestados, 78% (39) son de sexo femenino y 22% (11) son de sexo masculino. (ANEXO N° 6)

En relación a la edad de los encuestados, tenemos que de 100% (50) del personal de salud, 4% (2) tienen edad comprendida entre 21 a 30 años, 22% (11) tienen edad comprendida entre 31 a 40 años, 58% (29) tienen edad comprendida entre 41 a 50 años y 16% (8) más de 50 años. (ANEXO N° 7)

De acuerdo al tipo de profesión que desempeña el personal de salud tenemos del 100% (50), 26% (13) son médicos, 30% (15) son enfermeras (os) y 44% (22) son técnicos de enfermería. (ANEXO N° 8)

Del personal de salud que recibió capacitación en los últimos 3 años, sobre RCP básico el 22% (11) si recibió capacitación y 78% (39) no se capacito; sobre RCP avanzado 4% (2) si se capacito y 96% (48) no se

capacito; otras capacitaciones 18% (9) si se capacito y 82% (41) no se capacito. (ANEXO N° 9)

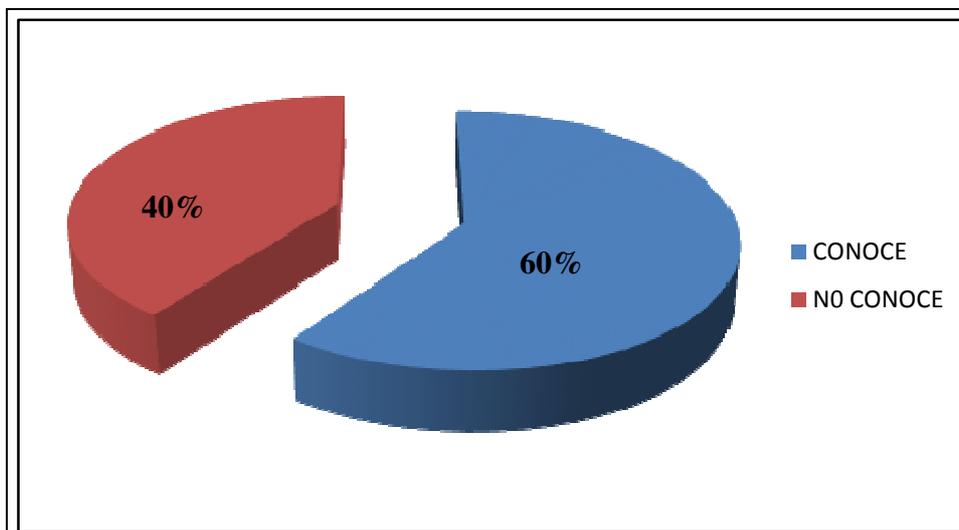
De los encuestados de acuerdo al tiempo de experiencia profesional del 100% (50), 18% (9) laboran de 0 – 10 años, 54% (27) laboran de 11 – 20 años, 26% (13) laboran de 21 – 30 años y 2% (1) más de 30 años. (ANEXO N° 10)

Del personal de salud que participo en maniobras del 100% (50), 74% (37) si participo alguna vez en maniobras de reanimación y 26% (13) no participo en maniobras de reanimación (ANEXO N° 11).

#### 4.1.2. DATOS ESPECÍFICOS

##### GRÁFICO N°1

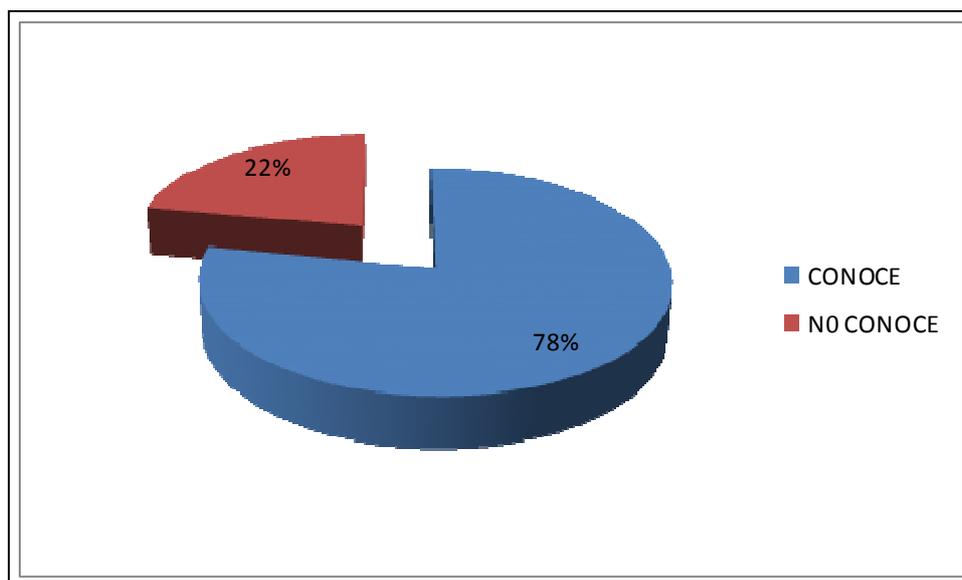
### CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR LIMA – PERÚ 2015



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud que labora en el Policlínico Fiori - ESSALUD.

## GRÁFICO N° 2

### CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE PARO CARDIORESPIRATORIO. LIMA – PERÚ 2015



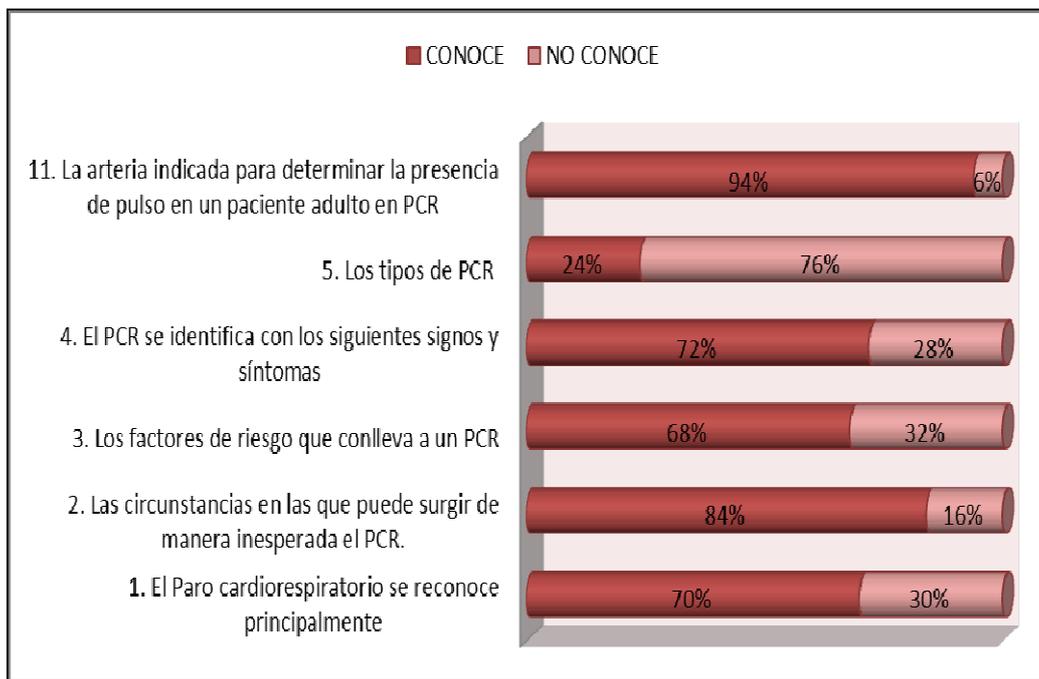
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud que labora en el Policlínico Fiori - ESSALUD.

En relación al conocimiento de reanimación cardiopulmonar básico en el Gráfico n° 1, se puede apreciar que del 100% (50) personal de salud encuestado; 60% (30) evidencia que conoce al respecto, mientras que 40% (20) evidencian que no conocen sobre el mismo.

Con respecto al conocimiento sobre el paro cardiorrespiratorio, puede apreciarse en el Gráfico N° 2 que, del 100% (50) integrantes del personal de salud encuestado; se encontró que 78% (39) estarían evidenciando conocer, mientras que 22% (11) estarían evidenciando no conocer o conocer poco al respecto.

### GRÁFICO N° 3

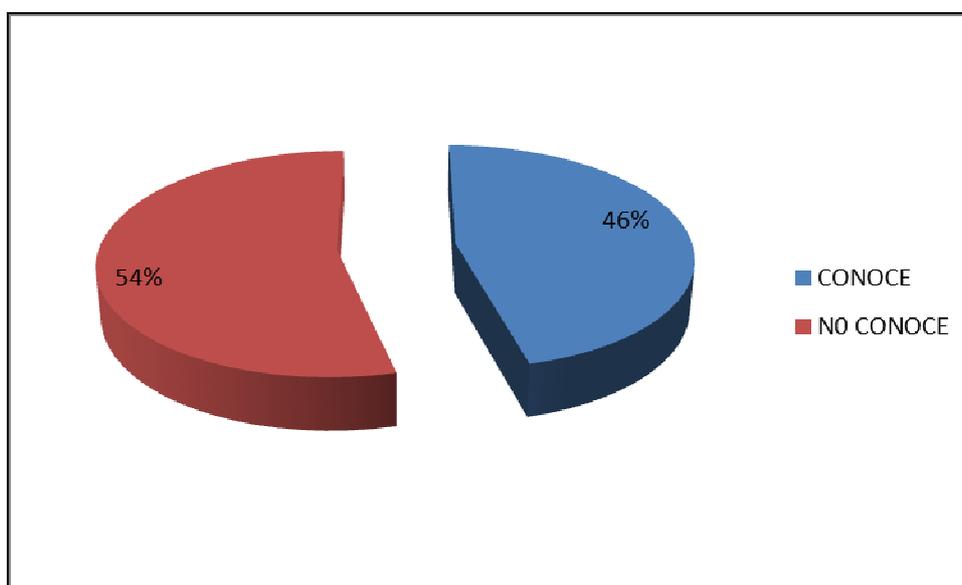
## CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE INDICADORES DE LA DIMENSIÓN PARO CARDIORESPIRATORIO. LIMA – PERÚ 2015



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud que labora en el Policlínico Fiori-ESSALUD

En relación a los aspectos o indicadores investigados en la dimensión Paro Cardiorrespiratorio, puede apreciarse en el Grafico N° 3, que del 100% (50) personal de salud encuestado; el aspecto que más estarían conociendo el 94% (47), es sobre la arteria indicada para determinar la presencia de pulso en un paciente adulto; seguido por un 84% (42) que estarían evidenciando conocer acerca de las circunstancias en las que puede surgir de manera inesperada el PCR; mientras que es preocupante que el 76% (38), evidencie que el aspecto que menos conocen es sobre los tipos de PCR.

**GRÁFICO N°4**  
**CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL**  
**DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI**  
**ESSALUD SOBRE LAS**  
**MANIOBRAS DE**  
**REANIMACIÓN.**  
**LIMA-PERÚ**  
**2015**



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud que labora en el Policlínico Fiori - ESSALUD.

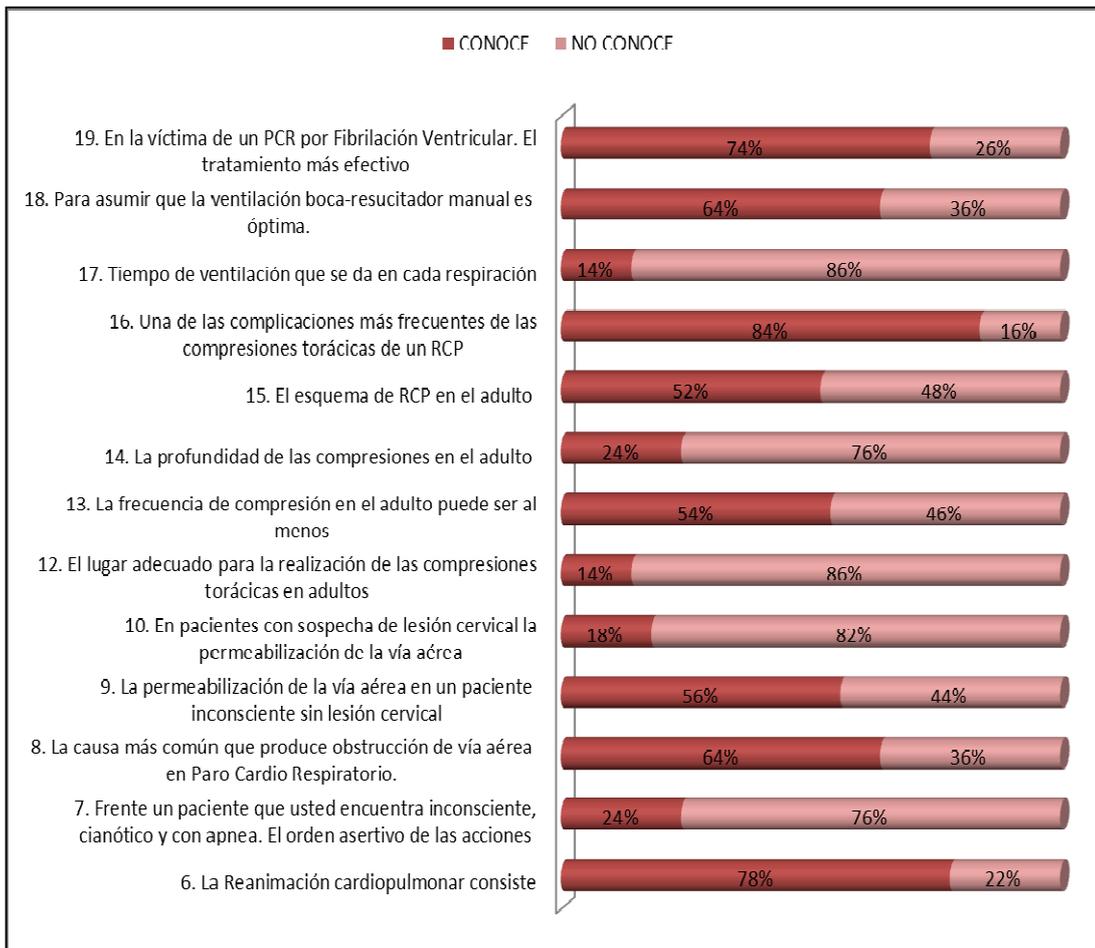
En relación al conocimiento sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar, en el gráfico N° 4, puede apreciarse que del 100% (50) personal de salud encuestado, el 46% (23) estaría evidenciando que conoce, mientras que el 54% (27) estaría evidenciando que no conoce o conoce poco.

En relación a los aspectos considerados en la dimensión Maniobras de reanimación cardiopulmonar, en el Gráfico N° 5, puede apreciarse que del 100% (50) personal de salud encuestado, el 84% ( 42 ) evidencia que conocen acerca de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas de un RCP, seguido del 78% (39) que están evidenciando que aspecto que más estarían conociendo es sobre la

definición acerca de la reanimación, así como del 74% ( 37 ), que conoce el tratamiento más efectivo en la víctima de un Paro Cardiorrespiratorio por Fibrilación Ventricular.

**GRAFICO N° 5**

**CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SOBRE INDICADORES DE LA DIMENSIÓN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN. LIMA – PERÚ 2015**



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud que labora en el Policlínico Fiori - ESSALUD.

A su vez, los aspectos que menos conocen es sobre el lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas en adultos 86

% (43), sobre el tiempo de ventilación que se da en cada respiración 86% (43) y sobre permeabilización de la vía aérea en paciente con sospecha de lesión cervical 82% (41.)

## **4.2. DISCUSIÓN**

En el presente estudio con respecto al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del personal de salud que labora en el Policlínico Fiori Essalud se encontró que el aspecto que más conocen es sobre el Paro Cardiorespiratorio los ítems relacionados a la definición, los signos y síntomas, los factores de riesgo y el reconocimiento de la arteria que determina la presencia de pulso. Según Hamm (2004) el paro cardiorrespiratorio es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón. En determinadas circunstancias, puede producirse un paro respiratorio y el corazón funcionará durante 3 a 5 minutos, luego sobreviene el paro cardíaco; por eso es importante la identificación durante los primeros minutos de los diferentes signos y síntomas que pueden conllevar a un PCR.

Además se observa en el estudio que el personal de salud no conocen los tipos de PCR que puede haber en una persona adulta; el ritmo inicial más frecuente en una muerte súbita es la fibrilación ventricular; el único tratamiento efectivo para revertir este estado es la desfibrilación eléctrica; la probabilidad de sobrevivencia aumenta si se da el tratamiento tempranamente; por ello se recomienda el uso de un Desfibrilador Automático Externo durante la atención de la Reanimación Cardiopulmonar Básica.

Los resultados en relación a las maniobras de RCP de acuerdo al estudio se observó que el personal de salud no conocen las acciones a seguir frente a un paciente inconsciente, la permeabilización de la vía aérea en paciente con lesión cervical, el lugar donde se realiza las compresiones torácicas, la profundidad de las compresiones y el tiempo de ventilación por cada respiración. Estos resultados son preocupantes

porque las maniobras de RCP son procedimientos que deben ser realizados secuencialmente bajo la regla nemotécnica del «CAB» de la reanimación. «C»: circulación e iniciar de compresiones cardíacas. «A»: apertura de las vía aérea. «B»: Proporcionar respiración.

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

La reanimación cardiopulmonar es un conjunto de maniobras con el objetivo de revertir un paro cardiorespiratorio, proporcionando oxígeno al cerebro y al corazón, las maniobras de la reanimación cardiopulmonar básica tienen un protocolo internacional, liderada por la Asociación Americana del Corazón, por lo cual se creó un consejo peruano de reanimación, para que el protocolo se cumpla en nuestro país acorde con nuestra realidad. El protocolo cuenta con pasos y fases a seguir para realizar una adecuada y buena reanimación cardiopulmonar de alta calidad.

La falta de conocimiento, lo imprevisto del suceso, la lentitud en la implementación de las maniobras de RCP básicas y la falta de experiencia hacen que, muchas veces, se fracase en los intentos por recuperar la vida.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

- La mayoría de personal de salud que labora en el Policlínico Fiori – Essalud, conoce sobre reanimación cardiopulmonar básico. Por tanto no se prueba la hipótesis de estudio, ya que no es el 100% del personal que evidencia conocimientos.
  
- La mayoría de personal de salud que labora en el Policlínico Fiori – Essalud conoce sobre paro cardiorrespiratorio, siendo que los aspectos más conocidos son los signos y síntomas del paro cardiorrespiratorio, la arteria indicada para determinar la presencia del pulso, los factores de riesgo que conlleva al PCR y las circunstancias en las que puede surgir un PCR de manera inesperada, mientras que los menos conocidos son los tipos de PCR.
  
- La mayoría de personal de salud que labora en el Policlínico Fiori – Essalud desconoce sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar, siendo que los aspectos más conocidos las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas de un RCP, la definición acerca de la reanimación, el tratamiento más efectivo en la víctima de un Paro Cardiorrespiratorio por Fibrilación

Ventricular; mientras que los menos conocidos son las acciones a seguir frente a un paciente inconsciente, la permeabilización de la vía aérea en paciente con lesión cervical, el lugar donde se realiza las compresiones torácicas, la profundidad de las compresiones y el tiempo de ventilación por cada respiración

## **5.2. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a los resultados de esta investigación, queda evidente la necesidad de ofrecer cursos de capacitación teórico – práctico y de actualización para que el personal de salud mejore sus conocimientos y prácticas y, consecuentemente, mejoren su desempeño, además de contribuir en la sobrevivencia de las personas.

Además se recomienda la elaboración de protocolos sobre la atención del paciente con paro cardio respiratorio.

## **5.3. LIMITACIONES**

La limitación del presente estudio está dado a que los resultados y conclusiones sólo son válidos para la población sujeta al estudio. Se podría extrapolar si se encuentra una población con las mismas características.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARPIO GUZMÁN R, AMANSO LÓPEZ C y colaboradores (2011). Guía de Reanimación Cardio Pulmonar Básica. Escuela de Emergencia - Es Salud

VIGO RAMOS J. (2008) Revista Peruana med. Exp. Salud pública “Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actúa”

MINSA. OPS/OMS. (2011) Normas Técnicas Para Proyectos de los Establecimientos de Salud. Lima.

BENITO JULCA K, (2014) “Conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU - 2014”. Lima – Perú.

SIGUAS ASTORGA Y., (2005) “Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia título de Especialista en Enfermería Emergencia y desastre. Lima – Perú.

PALMA VASQUEZ N., (2009) “Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el hospital regional de Cajamarca – Perú”.

ALARCÓN PONCE C. Y GUIDOTTI CAMARENA R. (2010), “Nivel de Conocimiento de las enfermeras, sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar en la Clínica Maison de Santé”, Lima – Perú.

CEVALLOS ZAMBRANO G., Y SALTOS LOOR A. (2013), “Evaluación de la intervención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar a pacientes críticos en el proceso de emergencia del Hospital Miguel H.

Alcívar de Leónidas Plaza, Cantón Sucre, periodo Enero – Agosto 2013”, Ecuador.

DÍAZ AGUILAR P. (2014) “Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería”. Guatemala.

OLIVETTO DE ALMEIDA, MUGLIA ARAUJO y colaboradores (2011).En la Rev. Latino-Am. Enfermagem. Brasil.

HAMM WILLEMS, (2004) El Electrocardiograma: Su Interpretación Práctica. 3a ed Ed. Mc Graw-Hill/ Interamericana. México.

MINSA. (2012) Manual de Dirección y Relaciones Interpersonales. Universidad del Pacífico. Lima – Perú.

BUNGE, Mario (2002) “La ciencia, su métodos y su filosofía”. Buenos Aires. Ed. Siglo XX,

# **ANEXOS**

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO		PAG
1	MATRIZ DE CONSISTENCIA	63
2	INSTRUMENTO	65
3	TABLA DE CONCORDANCIA	70
4	TABLA DE CÓDIGOS	71
5	TABLA MATRIZ	72
6	PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN SEXO	73
7	PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO ESSALUD FIORI SEGÚN GRUPO ETÁREO	73
8	PERSONAL DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN TIPO DE PROFESIÓN	74
9	PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN CAPACITACIÓN EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS	74
10	PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO	75
11	PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN PARTICIPACIÓN EN MANIOBRAS DE RCP	75
12	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	76

## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Conocimientos que tiene el personal de salud del policlínico Fiori – ESSALUD sobre reanimación cardiopulmonar. SMP - Lima. 2015	<b>OBJETIVOS GENERALES</b> Determinar los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD.	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b> El personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD tiene conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar.	Conocimientos sobre paro cardiopulmonario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Causas</li> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Signos y síntomas</li> <li>• Tipos</li> <li>• Arteria indicada</li> </ul>	CUESTIONARIO <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ítem 1</li> <li>• Ítem 2</li> <li>• Ítem 3</li> <li>• Ítem 4</li> <li>• Ítem 5</li> <li>• Ítem 1</li> <li>• Ítem 6</li> </ul>

	<p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>1.-Identificar los conocimientos sobre el paro cardiopulmonar.</p> <p>2.- Identificar los conocimientos sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar</p>	<p><b>ESPECÍFICAS</b></p> <p>1.-El personal de salud conoce 100% sobre paro cardiorespiratorio</p> <p>2.- el personal de salud conoce un 100% sobre las maniobras de la reanimación cardiopulmonar.</p>	<p>sobre las maniobras de la reanimación cardiopulmonar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Orden de la secuencia</li> <li>• Manejo de la vía aérea</li> <li>• Manejo de compresiones torácicas</li> <li>• Manejo de la ventilación</li> <li>• Complicaciones</li> <li>• Terapia eléctrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ítem 7</li> <li>• Ítem 8, 9 y 10</li> <li>• Ítem 11, 12,13, 14,15</li> <li>• Ítem 17 y 18</li> <li>• Ítem 16</li> <li>• Ítem 18</li> </ul>
--	--	---	--	--	---

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO

#### I.- PRESENTACIÓN

El presente cuestionario tiene por finalidad obtener información acerca de los conocimientos que tiene el personal de salud sobre Reanimación cardiopulmonar.

La información que usted brinde será anónima por lo que le pido sinceridad en sus respuestas. Le agradecemos su valiosa colaboración.

#### II.- INSTRUCCIONES

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

#### III.- DATOS GENERALES

1. Sexo M ( ) F ( )

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Medico \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_ Técnico de Enfermería \_\_\_\_\_

4. Capacitaciones de los últimos tres años de:

	Año	Institución que lo capacito
RCP básico	_____	_____
RCP Avanzado	_____	_____
Otros	_____	_____

5. Tiempo de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

6. ¿Ha participado usted en maniobras de Reanimación cardiopulmonar en situaciones reales?

a. Si

b. No

7. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

#### IV.- DATOS ESPECÍFICOS

1. El Paro cardiorespiratorio se reconoce principalmente por:

- a. Cese de la función cardiaca
  - b. Pérdida de la conciencia
  - c. Cese brusco de la función del corazón y de la respiración
  - d. Pérdida de la función respiratoria
2. Las circunstancias en las que puede surgir de manera inesperada el PCR:
- a. Hipotermia – Shock - TEC o torácico – Electrocutación.
  - b. tabaquismo – Diabetes - HTA
  - c. Sexo – antecedentes familiares – edad
  - d. Obesidad – dislipidemias – factores genéticos
3. Los factores de riesgo que conlleva a un PCR son:
- a. sexo femenino – HTA – aumento de HDL
  - b. Obesidad – aumento de LDL - Diabetes
  - c. IMA previo – sexo masculino - tabaquismo
  - d. b y c
4. El PCR se identifica con los siguientes signos y síntomas:
- a. Ausencia de pulso y respiración
  - b. Piel pálida, sudorosa y fría, a veces cianótica
  - c. Pupilas dilatadas parcialmente. A los 2 o 3 minutos, la dilatación es total y no reaccionan a la luz
  - d. Todas las anteriores.
5. Los tipos de PCR son:
- a. FV – Asistolia – Actividad eléctrica sin pulso
  - b. FA – Actividad eléctrica con pulso – taquicardia sinusal
  - c. Taquicardia Auricular – FA – taquicardia ventricular
  - d. Todas las anteriores.
6. La Reanimación cardiopulmonar consiste en:
- a. Maniobras
  - b. Actividades.
  - c. Valoración

d. Intervención

7. Frente un paciente que usted encuentra inconsciente, cianótico y con apnea. El orden asertivo de las acciones es:

- a. BAC
- b. ABC
- c. CAC
- d. CAB

8. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente en parocardiorespiratorio.

- a. Caída de la lengua.
- b. Alimento.
- c. Presencia de prótesis.
- d. secreciones.

9. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente sin lesión cervical se realiza mediante

- a. Colocación de tubo orofaríngeo
- b. Maniobra "frente – mentón"
- c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
- d. Barrido con el dedo de cuerpos extraños

10. En pacientes con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:

- a. Hiperextensión del cuello.
- b. Barrido con el dedo de cuerpos extraños
- c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
- d. Colocación de tubo orofaríngeo

11. La arteria indicada para determinar la presencia de pulso en un paciente adulto en paro cardiorrespiratorio es:

- a. La arteria femoral.
- b. La arteria poplítea.
- c. La arteria carótida.

d. La arteria braquial.

12. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas en adultos es

- a. 2 dedos debajo del apéndice xifoides.
- b. 3 dedos encima del apéndice xifoides.
- c. 2 dedos encima del apéndice xifoides.
- d. En el centro del tórax.

13. La frecuencia de compresión en el adulto puede ser al menos:

- a. 80/min
- b. 100/min
- c. 120/min
- d. 150/min

14. La profundidad de las compresiones en el adulto es:

- a. >2 cm.
- b. >3 cm.
- c. >4 cm.
- d. >5 cm.

15. El esquema de RCP en el adulto implica:

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

16. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas de un RCP inadecuado es:

- a. Neumotórax
- b. Fractura costal
- c. Laceración hepática
- d. Laceración esplénica

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

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

18. Para asumir que la ventilación boca-resucitador manual es óptima.

Usted evaluara:

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

19. En la víctima de un Paro Cardiorespiratorio por Fibrilación Ventricular ¿Cuál es el tratamiento más efectivo?

- a. Adrenalina IV
- b. Golpe precordial
- c. Intubación endotraqueal
- d. Desfibrilación

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

## ANEXO 3

### TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	0	1	0	0	0	1	0	1	0.855*
7	1	0	0	1	1	0	1	1	0.363*

\* En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Favorable: 1 (Si )

Desfavorable: 0 (No )

Si  $P < 0.05$  la concordancia es significativa.

## ANEXO 4

### TABLA DE CÓDIGOS

N° ITEMS	VARIABLE	PUNTUACION
1	CONOCIMIENTO	C = 1
2	CONOCIMIENTO	A = 1
3	CONOCIMIENTO	D = 1
4	CONOCIMIENTO	D = 1
5	CONOCIMIENTO	A = 1
6	CONOCIMIENTO	A = 1
7	CONOCIMIENTO	D = 1
8	CONOCIMIENTO	A = 1
9	CONOCIMIENTO	B = 1
10	CONOCIMIENTO	C = 1
11	CONOCIMIENTO	C = 1
12	CONOCIMIENTO	D = 1
13	CONOCIMIENTO	B = 1
14	CONOCIMIENTO	D = 1
15	CONOCIMIENTO	D = 1
16	CONOCIMIENTO	B = 1
17	CONOCIMIENTO	A = 1
18	CONOCIMIENTO	C = 1
19	CONOCIMIENTO	D = 1

## ANEXO 5

### TABLA MATRIZ DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DEL PERSONAL DE SALUD

PERSONAL DE SALUD	DIMENSION PARO CARDIORESPIRATORIO						SUB TOT AL	DIMENSION MANIOBRAS												SUB TOT AL	PUNTAJE TOTAL	
	1	2	3	4	5	11		6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18			19
1	0	1	1	1	0	0	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	9
2	1	0	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	7	
3	0	1	0	1	1	1	4	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	5	9	
4	1	0	1	1	0	1	4	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	7	11
5	0	1	0	1	1	1	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	5	9
6	1	1	1	1	0	1	5	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	7	12
7	1	1	1	0	0	1	4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	10	14
8	1	1	1	1	0	1	5	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	8	13
9	1	0	1	1	0	1	4	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	7	11
10	1	1	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	7
11	1	1	1	1	0	1	5	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	5	10
12	1	1	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
13	1	1	1	1	1	1	6	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	12
14	1	1	1	1	0	1	5	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	8	13
15	1	1	1	0	0	1	4	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	7	11	
16	0	1	1	0	0	1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	5	8	
17	0	1	1	1	0	1	4	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	7	11
18	0	1	1	0	1	1	4	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	8	12
19	1	1	0	0	0	1	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	6	9	
20	1	1	1	1	1	1	6	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	9	15
21	1	1	1	1	0	1	5	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	8
22	1	0	1	1	0	1	4	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	5	9
23	0	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	5	8
24	1	1	1	0	0	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	8	
25	0	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	7	9
26	1	1	1	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4	8	
27	1	1	1	1	0	1	5	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	6	11
28	1	0	1	1	0	1	4	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	6	10
29	1	1	1	1	0	1	5	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	7	12
30	1	1	1	1	0	1	5	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	7	12
31	1	1	0	1	0	1	4	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	4	8
32	1	1	0	1	0	1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	7	11
33	1	1	0	1	0	1	4	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	6	10
34	1	0	1	1	0	1	4	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	12
35	0	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	11	15
36	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	11	17
37	1	1	0	1	0	1	4	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	6	10	
38	1	0	0	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	5	
39	0	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5	10	
40	0	1	0	0	1	1	3	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	7	10
41	1	1	1	1	0	1	5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	10	15
42	0	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	5	8
43	0	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	11	15
44	0	1	0	0	1	1	3	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	7	10
45	1	1	0	0	0	1	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	6	9	
46	1	1	1	1	0	1	5	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	5	10
47	0	1	0	1	1	1	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	5	9
48	1	1	1	0	0	1	4	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	7	11	
49	1	1	1	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4	8	
50	1	1	0	1	0	1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	7	11

## ANEXO 6

### PERSONAL DE SALUD DEL POLICLINICO FIORI ESSALUD SEGÚN SEXO - LIMA – PERÚ. 2015

GENERO	N°	%
FEMENINO	39	78%
MASCULINO	11	22%
TOTAL	50	100%

## ANEXO 7

### PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO ESSALUD FIORI SEGÚN GRUPO ETÁREO - LIMA – PERÚ. 2015

GRUPO ETAREO	N°	%
21 – 30	2	4%
31 - 40 AÑOS	11	22%
41 - 50 AÑOS	29	58%
MAS DE 50 AÑOS	8	16%
TOTAL	50	100%

## ANEXO 8

### PERSONAL DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN TIPO DE PROFESIÓN - LIMA – PERÚ. 2015

TIPO DE PROFESION	N°	%
MEDICO	13	26%
ENFERMERA	15	30%
TECNICO ENFERMERIA	22	44%
TOTAL	50	100%

## ANEXO 9

### PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN CAPACITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS LIMA – PERÚ 2015

CAPACITACION EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS	SI	NO	TOTAL
RCP BASICO	11 (22%)	39 (78%)	50
RCP AVANZADO	2 (4%)	48 (96%)	50
OTROS	9 (18%)	41(82%)	50

## ANEXO 10

### PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO LIMA – PERÚ 2015

TIEMPO DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	N°	%
0 - 10 AÑOS	9	18%
11 - 20 AÑOS	27	54%
21 - 30 AÑOS	13	26%
MAS DE 30 AÑOS	1	2%
TOTAL	50	100%

## ANEXO 11

### PERSONAL DE SALUD DEL POLICLÍNICO FIORI ESSALUD SEGÚN PARTICIPACIÓN EN MANIOBRAS DE RCP LIMA – PERÚ 2015

PARTICIPACION EN MANIOBRAS	N°	%
SI	37	74%
NO	13	26%
TOTAL	50	100%

## ANEXO 12

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR QUE ADOPTA LA VARIABLE
Conocimientos que tiene el personal de salud sobre reanimación cardiopulmonar del policlínico Fiori.	Conjunto de ideas, conceptos, informaciones básicas que tiene el personal de salud sobre reanimación cardiopulmonar, adquirido por medio de una educación formal e informal.	Conocimiento sobre Paro cardiorespiratorio.  Conocimiento sobre las maniobras de la reanimación cardiopulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de</li> <li>• Factores de riesgo.</li> <li>• Signos y síntomas</li> <li>• Tipos</li>   <li>• Concepto</li> <li>• Identificación de obstrucción de vía aérea</li> <li>• Secuencia de la RCP</li> <li>• Complicaciones</li> </ul>	Conocimiento : Conoce / no conoce