



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES
DE SALUD EN EL MANEJO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICO EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES, 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autora:

Villegas Caceres Sonia

Asesor:

Mg. Ramos Castro Rubín Ebenezer

Línea de Investigación:

Cuidar cuidado de enfermería

Pimentel – Perú

2019

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES
DE SALUD EN EL MANEJO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICO EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES, 2017**

PRESENTADA POR:

VILLEGAS CACERES SONIA

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mg. Pardo Díaz Lila Josefina
PRESIDENTA

Mg. Vera Zapata Karin Jeniffer

SECRETARIA

Mg. Díaz Coronel María Antonia

VOCAL

DEDICATORIA

A mi adorada Madre Celia Caceres Barrantes, por su inmenso y dedicado sacrificio que me sirven de ejemplo, para poder lograr mis metas trazadas

A mi querido Padre Santos Villegas Rojas, por haber inculcado a sus hijos, valores morales y saber valorar el sacrificio de ellos.

A mi querido hijo Junior Mori Villegas, por su alentadora inspiración, su comprensión y porque siempre estaré a su lado cuando me necesite.

AGRADECIMIENTOS

Mis docentes de la escuela profesional de Enfermería, quiénes me dieron la confianza, al darme la oportunidad de llevar a cabo este trabajo de tesis, con disciplina, constancia, responsabilidad, por sus enseñanzas y sobre todo por compartir su tiempo para la culminación del presente trabajo.

El jurado integrado por la Mg. Lila Josefina Pardo Ramos, Mg. Karin Jeniffer Vera Zapata y la Mg. María Antonia Díaz Coronel por sus correcciones oportunas y completa disposición en la evaluación del trabajo.

Al docente MSc. Orlando Pérez Delgado, por la orientación en la parte investigativa, y como ejemplo de imagen docente en sus enseñanzas en mi formación de pre grado.

Mis amigos y colegas, quienes sin estar involucrados directamente, me dieron su apoyo para seguir adelante.

Índice

Resumen	VI
Abstract	VII
I. Introducción	1
1.1. Situación problema	1
1.2. Objetivos	2
1.3. Justificación	2
1.4. Antecedentes	3
1.5. Marco Teórico	10
II. Material y Métodos	18
2.1. Tipo de investigación	18
2.2. Diseño de la investigación	18
2.3. Población y muestra	18
2.4. Hipótesis	18
2.5. Variables	18
2.6. Operacionalización	18
2.7. Técnicas de recolección de datos	19
2.8. Instrumentos de recolección de datos	19
2.9. Procedimiento para la recolección de datos	20
2.10. Procedimiento de análisis de datos	20
2.11. Criterios éticos	20
2.12. Criterios de rigor científico	21
III. Resultados	22
IV. Discusión	26
V. Conclusiones	28
VI. Referencias	29
VII. Anexos	32

Resumen:

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de reanimación cardiopulmonar básico en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017 **Material y métodos:** Fue una investigación de tipo cuantitativo con diseño descriptivo transversal, la población muestral estuvo constituido 65 profesionales de la salud que laboran en el servicio de emergencia entre médicos, enfermeras y obstetras. Se empleó la técnica la encuesta a través de un cuestionario previa aprobación de su consentimiento informado. Una vez culminada la recolección de datos se procedió al procesamiento de datos en tablas de frecuencia y gráficas. **Resultados:** Del total de los profesionales encuestados, se evidenció un nivel de conocimiento bajo en un 7,7 %, medio en 55,4 % y alto en un 36,9 % **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre manejo de reanimación cardiopulmonar fue predominante de nivel medio y bajo.

Palabras clave: Reanimación cardio pulmonar, conocimiento, enfermería

Abstract:

Objective: To determine the level of knowledge of health professionals in the management of basic cardiopulmonary resuscitation in the emergency service of Las Mercedes Regional Teaching Hospital, 2017 **Material and methods:** It was a quantitative type research with descriptive transversal design, the sample population was constituted 65 health professionals who work in the emergency service between doctors, nurses and midwives. The technique was used the survey through a questionnaire prior approval of their informed consent. Once the data collection was completed, data were processed in frequency tables and graphs. **Results:** Out of the total number of professionals surveyed, a low level of knowledge was found in 7.7%, medium in 55.4% and high in 36.9%. **Conclusions:** The level of knowledge on management of CPR was predominant mid-level and low.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, knowledge, nursing

I. Introducción:

1.1. Situación problema:

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en el 2015 menciona que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por esta enfermedad que por cualquier otra causa, se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo, de estas muertes 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones al accidente cerebro vascular (1). Por tanto se tiene un gran problema de salud pública con una alta tasa de mortalidad-letalidad, ya que cerca de 450 mil personas tienen un paro cardio-respiratorio anualmente (2).

Se estima que hay 200.000 víctimas de muerte súbita con paro cardiopulmonar que ocurren cada año en Brasil y que la mitad de ellas ocurre fuera del hospital. Dado el tamaño y la importancia de este problema, incluso pequeñas mejoras incrementales en la supervivencia pueden traducirse en miles de vidas salvadas cada año (3).

A nivel Centroamérica la Secretaría de Salud de México muestran que la tasa de mortalidad por Enfermedades cerebrovasculares se ha incrementado a partir del año 2000, particularmente en menores de 65 años. Durante el 2007 del total de egresos en hospitales públicos el 1% fue atribuido a ECV, mientras que en el 2008, la tasa de mortalidad fue de 28.3/100,000 habitante (4). En el Perú, aunque la mayor prevalencia se observa entre los 60 y 80 años, no hay una edad específica para sufrir un infarto o un paro cardíaco, ya que este le puede ocurrir a cualquiera y hasta a aquellas que parecen gozar de buena salud (5).

De acuerdo a un registro del INEI, se reporta que el 18.2% de las muertes registradas son debido a causas cardiovasculares y son los costeños quienes presentan con más frecuencia enfermedad isquémica del corazón, esto en relación al tipo de alimentación y al estilo de vida (5).

Esto motivó a la formulación de la ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de reanimación cardiopulmonar básico en el

servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017? Siendo posible el nivel de conocimiento puede variar dependiendo de tipo de profesional como también de su experiencia profesional, se programó el presente estudio cuyo objetivo es, Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de reanimación cardiopulmonar básico en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017

1.2. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de reanimación cardiopulmonar básico en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en identificación oportuna del paro cardiaco en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017
- Identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en la aplicación de compresiones torácicas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017.
- Identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de las vías aéreas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017.

1.3. Justificación:

Dado altos índices de muertes súbitas por reanimación cardiopulmonar es importante que los profesionales de salud, tengan actitudes ,conocimientos y destrezas necesarias para realizar una buena técnica de reanimación cardiopulmonar, ya que es la primera persona quien realiza el primer contacto con el paciente, y esto solo se logrará si el profesional de salud refuerza sus conocimientos a través de la capacitación constante y el entrenamiento en maniobras de reanimación cardiopulmonar , por ello la principal determinante de sobrevida en estos casos son la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica realizadas las tareas por los profesionales de salud (6).

El paro cardiorrespiratorio que día a día es más frecuente y que para resolverla es necesaria una actuación temprana y eficaz, la labor principal del profesional de salud en relación con la PCR debe ir encaminada a su prevención, pues es la medida más oportuna la formación teórica y práctica de los profesionales de salud en las diferentes técnicas de RCP, pues éstos son los que se encuentran más cercanos al paciente en la realización de las maniobras tanto de RCPB como de RCPA.

Esta investigación es útil porque propone que todo profesional de salud debe estar entrenado y capacitado apropiadamente para un evento de RCP; el cual debe ser atendido con los estándares de alta calidad que puedan asegurar la vida del paciente y así realizar una buena atención oportuna o de lo contrario el paciente no logrará salir del estado en que se encuentra produciéndole la muerte.

El Estudio se realiza con el fin para servir de antecedentes en investigaciones posteriores. El propósito de la presente investigación está orientado a proporcionar información actualizada a los profesionales de salud para que se realicen capacitaciones continuas en dicha temática porque ayudará a disminuir tasas de mortalidad.

1.4. Antecedentes:

Okonta y Ngozi (2014). Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de la RCP entre los médicos y algunos factores que determinan la exactitud de los conocimientos. Un total de 50 cuestionarios estructurados fueron administrados a los médicos con 35 (70%) cuestionarios debidamente llenados y devueltos. Los datos sobre los breves datos de los participantes y la comprensión de las habilidades básicas de RCP se recogieron y analizaron utilizando IBM SPSS Statistics versión 21. La prueba t para muestras independientes se aplicó para los datos agrupados con $P < 0,05$ tomado como nivel de significación. La edad de los encuestados osciló entre 20-37 años con la edad media de $25.4 + SD2.7$ años y la relación hombre / mujer fue de 1: 1.3. Once (31.4%) de los 35 Médicos no tenían entrenamiento previo de RCP mientras que 68.6% tenían entrenamiento previo; Dieciocho (51,4%) recibieron capacitación en los últimos 2 años. Veinte (57,1%) habían realizado RCP en una situación real, mientras que el 42,9% no lo habían hecho. Seis (17,1%) médicos obtuvieron calificaciones superiores al 50%, mientras que el 82,9% fueron inferiores al

50%. Las mujeres obtuvieron más respuestas correctas que los hombres (25% versus 6,7%, $p = 0,167$). El número de encuestados que recibieron entrenamiento previo de RCP tuvo más respuestas correctas que los que no lo hicieron (25% frente a 0%, $p = 0,083$), mientras que los que habían realizado previamente RCP tenían más respuestas correctas que los que no lo habían hecho (33,3% frente a 5 %, $P < 0,05$). Había un conocimiento pobre general sobre el desempeño de la RCP básica entre los médicos. Sin embargo, la experiencia previa de haber realizado RCP en un entorno real, o el uso de maniqués, mejoró sus conocimientos teóricos de la RCP (7).

Moura *et al.* (2016) Evaluar el conocimiento de las guías de 2010 para la reanimación cardiopulmonar (RCP) entre los estudiantes de medicina en su último año de formación de pregrado. Se trata de un estudio transversal con una muestra de 217 estudiantes de medicina matriculados en el sexto año de las escuelas de medicina acreditadas en Brasil. Se utilizó un cuestionario estructurado con 27 ítems para registrar las características sociodemográficas de los participantes y para evaluar su base de conocimientos de las guías de ILCOR 2010 para la RCP. Sólo cincuenta (23,04%) de los 217 alumnos obtuvieron resultados considerados satisfactorios en la evaluación escrita. El puntaje promedio obtenido fue de 56,74% de respuestas correctas. Diecisiete por ciento de los estudiantes nunca habían realizado maniobras de RCP y 83,80% nunca habían realizado cardioversión o desfibrilación. La base de conocimientos de los estudiantes de medicina con respecto a la reanimación cardiopulmonar es baja. Teniendo en cuenta que estos estudiantes de medicina están en su último año de la escuela de medicina, este estudio revela un escenario preocupante (3).

Singh *et al.* (2011).El presente estudio se realizó para evaluar el conocimiento y la experiencia personal con la resucitación cardiopulmonar (CPR) entre los dentistas en Udaipur, India. En un estudio transversal, 241 dentistas (113 hombres y 128 mujeres) que se compone de 190 profesores odontólogos de dos colegios, junto con 51 odontólogos locales fueron encuestados mediante un auto-administrado, cuestionario estructurado previamente probado a través de una encuesta piloto. Se calculó la frecuencia, el porcentaje de distribución y el rango promedio. Se utilizaron pruebas no paramétricas de Kruskale Wallis y Wilcoxon para determinar su significación. Resultados: En este estudio, el 75,9% de los dentistas habían recibido información sobre

la RCP básica, pero sólo el 56,0% tenía el concepto correcto de realizarla y sólo el 12% había recibido capacitación práctica en CPR básica. Uno de cada diez dentistas había visto a pacientes que sufren de paro cardiopulmonar (CPA) en su práctica, pero ninguno de ellos mencionó ninguna fatalidad debido a CPA. El nivel de conocimiento fue significativamente mayor entre los profesionales de odontología (126,61) en comparación con los odontólogos locales (100,10). Además, se encontró una correlación lineal positiva entre el nivel educativo y el nivel de conocimiento ($r = 0.307$, $P = 0.01$). Conclusiones: Dado que sólo unos pocos dentistas (12%) habían recibido capacitación en RCP, existe una necesidad percibida de capacitación entre los dentistas en su manejo (8).

Aranzabal *et al.* (2017). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociales y educativos y el nivel de conocimiento de la RCP entre el personal sanitario en los hospitales del Perú. Se realizó un estudio analítico transversal multicéntrico basado en el muestreo de convivencia entre trabajadores de la salud en 25 hospitales del Perú, utilizando cuestionarios validados para la población local. Las estadísticas bivariadas y multivariantes se calcularon utilizando modelos lineales generalizados. De las 1075 personas encuestadas, el 52% eran mujeres, la edad media era de 33 años, el 77% eran médicos, el 61% había asistido a universidades nacionales y el 62% había cursado un curso / taller de primeros auxilios. De ellos, el 59% falló la prueba de RCP. Haber pasado más tiempo en el servicio de urgencias (OR: 1,003; IC del 95%: 1,002-1,004; $p < 0,001$), ser médico (OR: 1,51; IC del 95%: 1,13-2,03; $p = 0,027$) o ser Una enfermera (OR: 1,45; IC del 95%: 1,10-1,93; $p = 0,001$), se asoció con un buen conocimiento de la RCP, ajustado para la asistencia previa a un curso de RCP, y para el lugar de trabajo del individuo encuestado (9).

Balcazar, Mendoza y Ramírez (2015) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar entre el personal de salud que labora en un servicio de urgencias. Material y métodos: estudio descriptivo y transversal. Se evaluó el conocimiento en reanimación cardiopulmonar de 122 médicos y enfermeras del servicio de urgencias mediante un cuestionario de 20 preguntas. Se determinaron asociaciones causales con la prueba de χ^2 . Resultados: 89.3% de los encuestados demostraron conocimientos insatisfactorios. La formación académica del

personal está asociada con el nivel de conocimientos ($p = 0.000$), la especialidad de urgencias médicas demostró tener mejores conocimientos en reanimación cardiopulmonar ($p = 0.000$). Conclusiones: en el personal de salud del servicio de urgencias de nuestra unidad existen deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar. Es necesario iniciar cursos y talleres de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada certificados por la American Heart Association (10).

Sánchez *et al.*, (2015). Realizaron una investigación de conocer el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios, si estos profesionales están correctamente actualizados y constatar si la realización de cursos en el tiempo recomendado mejora el nivel de conocimientos. Realizamos una encuesta con 20 preguntas basada en los cuestionarios para valoración de conocimientos en RCP de la American Heart Association (AHA) y de la Sociedad Española de Medicina y Cuidados Intensivos (SEMICYUC). Obtuvieron como resultado que la totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización de conocimientos. El 64,7 % se actualizó después del 2010 y 10,1% nunca se actualizó. El 30% de los médicos, el 90% de los residentes y el 7% de los enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios de urgencias hospitalarias (un curso cada dos años). Se corrobora que a mayor realización de cursos mejor nivel de conocimientos. Resultó evidente la necesidad de cambios en la metodología de aprendizaje de los cursos impartidos en materia de RCP para profesionales. Destacamos que el personal sanitario sí está concienciado de la necesidad de formación en esta materia (11).

Peláez (2016). Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del Hospital del Oriente de Asturias (HOA) sobre RCP y Conocer el grado de formación en RCP. El tipo de investigación fue descriptivo transversal. Se utilizó la técnica de encuesta anónima y voluntaria dirigida al personal de enfermería del HOA evaluando aspectos relacionados con las características sociodemográficas, experiencia profesional, formación y conocimientos en RCP, conocimiento del sistema aviso–respuesta en caso de parada cardiorrespiratoria e interés en recibir formación. Los resultados obtenidos fueron la Tasa de participación

del 77,90%. El 71% de los profesionales han recibido formación en RCP durante su experiencia laboral, aunque sólo el 20% hace menos de 2 años. El 76,9% han contestado correctamente los conocimientos sobre RCP siendo unidades como Urgencias-Uvi móvil, UCA (Unidad de Cuidados Avanzados) - Reanimación y hospitalización donde se detecta un mayor nivel de conocimiento. El 61,5% han mostrado conocimiento correcto del sistema de aviso respuesta. Cuando se comparan los conocimientos del personal de enfermería con la experiencia laboral y con la cognición del plan de actuación, se ve un mayor nivel de los mismos entre el personal que tiene una experiencia laboral entre 14-20 años y entre 13 y 15 años respectivamente; por lo que concluye la necesidad de organizar cursos de formación de RCP en el HOA. El interés de los enfermeros del HOA en recibir formación es muy elevado (12).

Cueto. M (2014). realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales enfermeros de un centro materno infantil sobre reanimación cardiopulmonar; el tipo de estudio descriptivo, transversal de una muestra formada por 84 enfermeros. Se realizó un cuestionario anónimo de 31 preguntas con tres apartados, de los cuáles, el tercero, corresponde a conocimientos sobre RCP. Se catalogó el resultado final como insatisfactorio, satisfactorio y muy satisfactorio. Se procesó la información con el paquete estadísticos SPSS para Windows versión 15. Se prefijó un nivel de significación del 5% ($p=0,05$), rechazándose la hipótesis de independencia entre las variables cuando p resultó menor que el nivel de significación. Teniendo como resultado el total de encuestas 84: muy satisfactorio 6% (5 personas), satisfactorio 22,6% (19 personas) e insatisfactorias 71,4% (60 personas). Además se observó una relación inversa entre la edad y años de experiencia y nivel de conocimientos. Por lo que se concluye que existe un insuficiente nivel de conocimientos sobre RCP (13).

Gálvez. (2015) realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar Básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención Essalud de Lima - Perú 2015. Estudio cuantitativo, el nivel es aplicativo, de diseño descriptivo y de corte transversal. La población con la que se trabajó estuvo conformada por 36 personas tanto enfermeros como técnicos de enfermería. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el

instrumento fue el cuestionario. Resultados: el personal de enfermería tiene un nivel de conocimientos medio sobre reanimación cardiopulmonar con un porcentaje de 69.44%. En relación a los conocimientos sobre identificación y activación del sistema médico de emergencia, obtuvieron un nivel medio con un porcentaje de 69.44%. En relación a los conocimientos sobre compresiones torácicas, obtuvieron un nivel medio con un porcentaje de 69.44%. En relación a los conocimientos sobre el manejo de la vía aérea, obtuvieron un nivel medio con un porcentaje de 58.33%. En relación a los conocimientos sobre la ventilación, obtuvieron un nivel medio, con un porcentaje de 80.55%. En relación a los conocimientos sobre desfibrilación temprana, obtuvieron un nivel medio, con un porcentaje de 80.56%. La mayoría del personal de enfermería del establecimiento de primer nivel de atención tiene un nivel de conocimiento medio sobre reanimación cardiopulmonar básica ((7).

Muña (2016). Realizó un estudio con el objetivo de describir el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en estudiantes de Enfermería. En él participaron como muestra 112 estudiantes matriculados del quinto al octavo semestre. El tipo de investigación fue descriptivo – transversal. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario, aplicado por única vez. Los resultados obtenidos fueron: de los estudiantes encuestados; referente a aspectos generales el 46.4% tienen un nivel de conocimiento bueno, seguido por el 45.5% conocimiento regular y el 8% deficiente; con referencia a actuaciones previas a la reanimación cardiopulmonar básica el 66.1% presenta un nivel de conocimiento deficiente y el 33.9% conocimiento regular; sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar básica en el adulto el 63.4% de los estudiantes con conocimiento deficiente y el 36.6% regular. Por lo tanto, del 100% de estudiantes el 55.4% presentan un nivel de conocimiento deficiente y el 44.6% regular; sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto, Por lo que se concluye que, los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto (14).

Falcón (2015) realizó un estudio denominado “cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre Reanimación cardiopulmonar del enfermero(a) del Programa de Segunda Especialización en enfermería. El presente estudio es descriptivo – transversal estando la muestra constituida por enfermeros del

Programa de Segunda Especialización en enfermería, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario. Analizándose, se concluyó que el enfermero tienen un nivel conocimiento medio y bajo con tendencia al desconocimiento del cambio de secuencia de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar como son manejo de vías aéreas, respiración y compresiones torácicas (ABC) a Compresiones, manejo de ix las vías aéreas y respiración (CAB), el lugar, la frecuencia y la profundidad adecuada de las compresiones. Por ello se recomienda al enfermero (a) la capacitación continua y certificación en RCP Básica (15).

Kila y Yockopua (2012). Tuvo como objetivo evaluar el conocimiento entre los médicos del Hospital General Port Moresby de soporte vital básico y reanimación cardiopulmonar (CPR) para niños y adultos, según las directrices del Australian Resuscitation Council. 87 (81%) de 107 cuestionarios fueron devueltos por 15 consultores (17% de los encuestados), 51 registradores (59%), de los cuales 39 (45%) estaban en capacitación y 21 médicos residentes (24%). Los encuestados se basaron en medicina interna, cirugía, medicina de emergencia, anestesia, obstetricia y ginecología, pediatría y disciplinas más pequeñas (oído, nariz y garganta, oftalmología, cuidados intensivos, radiología, psiquiatría y patología). El conocimiento de la RCP en esta población de estudio fue desigual y, en general, inadecuado. Solo 51 encuestados (59%) sabían que la RCP básica era una prioridad sobre la intubación. 72 (83%) conocían la compresión correcta: relación de ventilación para niños, pero solo 38 (44%) lo sabían para adultos. 33 (38%) conocían la tasa de compresión correcta para niños y 29 (33%) para adultos. 40 (46%) conocían la profundidad de compresión correcta para niños y 35 (40%) para adultos. 60 (69%) conocían los sitios para las almohadillas del desfibrilador. El conocimiento de los tipos de desfibrilador y los ritmos desfibrilables fue deficiente: 21 (24%) dieron dos arritmias correctas para la desfibrilación y 44 (51%) dieron una. Los médicos en formación parecían tener un mejor conocimiento que sus colegas en los programas de formación de posgrado. Como grupo, los médicos que trabajan en medicina de urgencias, anestesia y cuidados intensivos tenían un mejor conocimiento de la resucitación de adultos que sus contrapartes en las otras disciplinas adultas y tenían conocimientos similares de reanimación pediátrica a sus contrapartes pediátricos,

aunque el conocimiento general era incompleto en todos los grupos. Los diagramas de flujo de soporte vital básico (BLS) y de soporte vital avanzado (ALS) para niños y adultos deben ser muy visibles en todo el hospital y existe la necesidad de entrenamiento regular en RCP (16).

Rojas *et al.*, (2012). Evaluar el grado de conocimiento, habilidades y efectividad práctica en resucitación cardiopulmonar (CPR) de médicos generales chilenos. Cuarenta y ocho médicos generales que comenzaban los programas de residencia en Anestesiología o Medicina Interna fueron evaluados. Respondieron una prueba escrita del Curso de Soporte Vital Básico modificado de la Asociación Estadounidense del Corazón y participaron individualmente en un escenario simulado de FV con paro cardíaco. Se registraron las tareas de resucitación en el orden correcto, la calidad de las maniobras y el uso del desfibrilador. Todos los participantes reconocieron la importancia de la RCP ininterrumpida y la desfibrilación temprana. El 75% sabía la frecuencia correcta de las compresiones torácicas, pero solo el 6.25% conocía todas las características efectivas de compresión torácica. El noventa y ocho por ciento sabía la cantidad recomendada de respiraciones por ciclo. En la práctica, el 58% realizó ventilaciones efectivas, el 33% realizó compresiones ininterrumpidas, el 14% las hizo con la frecuencia adecuada y solo el 8% realizó compresiones de tórax de manera adecuada. El cuarenta y cuatro por ciento solicitó un desfibrilador en 30 segundos y el 31% emitió la primera desfibrilación dentro de los 30 segundos posteriores a la llegada del desfibrilador. La secuencia de las vías respiratorias, la respiración, la circulación y la desfibrilación fue realizada correctamente por el 12% de los participantes y el 80% reconoció que su entrenamiento médico fue inadecuado o insuficiente para manejar un paro cardíaco. A pesar de un alto grado de conocimiento sobre aspectos clave de la RCP, este grupo de médicos chilenos mostró habilidades prácticas subóptimas mientras realizaban RCP en un escenario simulado, especialmente administrando compresiones torácicas efectivas y solicitando y usando el desfibrilador (17).

1.5. Marco Teórico:

Según Manuel Kant en su “teoría de conocimiento” expresa que todo conocimiento se inicia con la experiencia, es necesario que un objeto estimule nuestros sentidos, sin embargo no todo procede de la experiencia ya que el conocimiento es una composición entre lo que recibimos de las sensaciones y lo que nosotros aplicamos por nuestra

facultad de conocer distinguiendo dos tipos de conocimiento (18).

Lo «a posteriori»: Es aquello que en el conocimiento procede de la experiencia a través de la sensación. Es lo empírico en el conocimiento. Por darse en la sensación, o intuición empírica, que es singular y fáctica, lo empírico y a posteriori en el conocimiento es, asimismo, singular y contingente.

Lo «a priori»: Es aquello que en el conocimiento no procede ni se deriva de la experiencia, sino que la antecede de alguna manera y surge independientemente de la experiencia. Al no derivarse ni proceder de la experiencia empírica, lo a priori en el conocimiento es universal y necesario en y para el conocimiento.

Según Piaget (19), define el conocimiento que se produce al construir nuevas ideas o conceptos con base en los conocimientos adquiridos con anterioridad, clasificándole en:

El conocimiento físico: Es el que pertenece a los objetos del mundo natural; se refiere básicamente al que está incorporado por abstracción empírica, en los objetos. La fuente de este razonamiento está en los objetos (por ejemplo la dureza de un cuerpo, el peso, la rugosidad, el sonido que produce, el sabor, la longitud, etcétera).

El conocimiento lógico-matemático: Es el que no existe por sí mismo en la realidad (en los objetos). La fuente de este razonamiento está en el sujeto y éste la construye por abstracción reflexiva.

El conocimiento social, puede ser dividido en convencional y no convencional. El social convencional, es producto del consenso de un grupo social y la fuente de éste conocimiento está en los otros (amigos, padres, maestros, etc.).

El paro cardiorrespiratorio, se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

El paro cardiorrespiratorio significa un colapso en la perfusión tisular cuyas consecuencias son determinadas por el daño producido a los órganos más temprana y severamente afectados. La magnitud del daño producido dependerá de la condición previa del paciente y del tiempo que tome el retornar a la circulación normal. Los órganos más tempranamente afectados por el colapso circulatorio son el cerebro y corazón. El daño producido a estos órganos, especialmente al cerebro, determinan el pronóstico del

paciente que ha sufrido un RCP. Dicho de otro modo, a mayor tiempo de isquemia cerebral, mayor daño por el RCP (20).

Etiopatogenia del Paro Cardiorrespiratorio Cardiovasculares IMA, Disrritmias. (FV/ TVSP, bradicardias, Bloqueos A-V II y II grado), embolismo pulmonar, taponamiento Cardíaco, respiratorias: Obstrucción de la vía aérea, Depresión del Centro Respiratorio, Broncoaspiración, Ahogamiento o asfixia, Neumotórax a tensión, Insuficiencia respiratoria. Metabólicas: hiperpotasemias, hipopotasemia, traumatismo: Craneoencefálico, torácico, lesión de grandes vasos, hemorragia Interna o externa (17).

El diagnóstico del paro cardíaca (PC) es fundamentalmente clínico y los hechos anteriores se manifiestan clínicamente como: pérdida brusca de la conciencia, ausencia de pulso centrales, cianosis, apnea (respiración en boqueadas), midriasis.

Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP). La FV es el ritmo ECG inicial más frecuente en pacientes que presentan RCP secundaria a enfermedad coronaria. La FV degenera en Asistolia, de forma que después de 5 minutos de evolución sin tratamiento solo en menos de un 50% de las víctimas se comprueba su presencia. Es de vital importancia el poder realizar una desfibrilación precoz, ya que se han comprobado supervivencias inmediatas de hasta un 89% cuando la FV es presenciada y la desfibrilación es instantánea, descendiendo ésta supervivencia en aproximadamente un 5% por cada minuto perdido antes de realizar la desfibrilación ventricular (DF) (20).

Asistolia. Constituye el ritmo primario o responsable de la aparición de una situación de RCP en el 25% de las acontecidas en el ambiente hospitalario y en el 5% de las extrahospitalarias. No obstante, se encuentra con más frecuencia al ser la evolución natural de las FV no tratadas. Su respuesta al tratamiento es mucho peor que la de la FV, cuando es causada por enfermedad cardíaca, presentando una supervivencia menor de un 5%. Las tasas de supervivencias pueden ser mejores cuando se presenta asociada a hipotermia, ahogamiento, intoxicación medicamentosa, bloqueo A-V completo por afectación trifascicular, bradicardia extrema, o cuando se trata de un fenómeno transitorio tras la DF de una FV (20).

Actividad eléctrica sin pulso: Se define como la presencia de actividad eléctrica cardíaca organizada, sin traducirse en actividad mecánica (ausencia de pulso arterial central) o TAS < 60 mmHg. En ausencia de flujo en las coronarias las ondas coordinadas en el ECG solo pueden existir de forma transitoria. La presencia de disociación electromecánica (DEM) provoca una situación de muy mal pronóstico (supervivencia inferior al 5% cuando está causada por enfermedad coronaria), excepto en aquellos casos en que se trata de un fenómeno transitorio tras la DF o es secundaria a una causa rápidamente corregible (20)

Reanimación cardiopulmonar (RCP): Comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de RCP, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la respiración y circulación espontáneas (20).

Según declaración del consenso de la American Heart Association, define la reanimación cardiopulmonar es una intervención que salva vidas y constituye la piedra angular del procedimiento de reanimación ante un paro cardíaco. La supervivencia al paro cardíaco depende del reconocimiento temprano del episodio y de la activación inmediata del sistema de respuesta a emergencias, pero la calidad de la RCP administrada es un factor igualmente decisivo. En diversos estudios clínicos y realizados con animales se demuestra que la calidad de la RCP durante la reanimación influye de manera significativa en la supervivencia y contribuye a la gran variabilidad de la supervivencia que se observa entre los sistemas de asistencia y en el seno de los mismos (21)

La RCP es por sí misma, ineficiente; solo proporciona del 10 % al 30 % del flujo sanguíneo normal al corazón y entre el 30 % y el 40 % del flujo sanguíneo normal al cerebro^{16–19} incluso cuando se realiza según las guías establecidas. Esta ineficiencia pone de manifiesto la necesidad de que los reanimadores entrenados administren una RCP de la máxima calidad posible (21)

Según las Guías del AHA RCP y ACE 2015, en la última guía de AMERICAN HEART ASSOCIATION en el 2015, Se ha recomendado la creación de cadenas de supervivencia separadas en las que se identifiquen las diferentes vías asistenciales para pacientes que sufren un paro cardíaco hospitalario y extrahospitalario. Los pacientes que sufren un paro cardíaco extrahospitalario (PCEH) dependen de la asistencia que se les preste en su

comunidad entorno social. Los reanimadores legos deben reconocer el paro cardíaco, pedir ayuda, iniciar la RCP y realizar la desfibrilación de acceso público (DAP) hasta que un equipo de profesionales del servicio de emergencias médicas (SEM) se haga cargo y traslade al paciente a un servicio de urgencias hospitalario o a un laboratorio de cateterismo cardíaco. Por último, el paciente se traslada a una unidad de cuidados intensivos donde recibe una asistencia continuada. En cambio, los pacientes que sufren un paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) dependen de un sistema de vigilancia apropiado (por ejemplo, un sistema de respuesta rápida o de alerta temprana) para prevenir el paro cardíaco. Si sobreviene el paro cardíaco, los pacientes dependen de una interacción fluida entre las distintas unidades y servicios del centro de salud, y de un equipo multidisciplinar de cuidadores profesionales que abarca médicos, personal de enfermería y especialistas en terapia respiratoria (21).

Los eslabones de cadena de supervivencia intrahospitalaria (PCIH) incluye: vigilancia y prevención, reconocimiento y activación del sistema de respuestas a emergencias, RCP de calidad inmediata, desfibrilación rápida y soporte vital avanzado, cuidados posparo cardíaco, en cambio ante PCEH incluye reconocimiento y activación del sistema de respuestas a emergencias, RCP de calidad inmediata, desfibrilación rápida, servicio de emergencias médicas básico y avanzado, soporte vital avanzado y cuidados posparo (21).

Soporte vital básico para adultos y calidad de la RCP realizada por reanimadores jóvenes. El algoritmo de SVB/BLS en adultos se ha modificado para reflejar el hecho de que los reanimadores pueden activar el sistema de respuesta a emergencias sin alejarse de la víctima (mediante el uso de un teléfono móvil). Se recomienda a las comunidades donde residan personas en riesgo de sufrir un paro cardíaco que pongan en práctica programas de DAP

Se han intensificado las recomendaciones para fomentar el reconocimiento inmediato de un paciente que no responde, la activación del sistema de respuesta a emergencias y el inicio de la RCP si el reanimador lego observa que la víctima que no responde no respira o no lo hace con normalidad (por ejemplo, jadea/boquea)

Se ha confirmado la secuencia recomendada para un solo reanimador: el reanimador que actúe solo ha de iniciar las compresiones torácicas antes de practicar las ventilaciones de

rescate (C-A-B en lugar de A-B-C) para acortar el tiempo transcurrido hasta la primera compresión. El reanimador que actúe solo debe iniciar la RCP con 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones (21).

Se siguen resaltando las características de la RCP de alta calidad: compresiones torácicas con la frecuencia y profundidad adecuadas, permitiendo una descompresión torácica completa tras cada compresión, reduciendo al mínimo las interrupciones en las compresiones y evitando una ventilación excesiva.

La frecuencia recomendada de las compresiones torácicas es de 100 a 120 cpm (antes era de al menos 100 cpm).

Se ha aclarado la recomendación de la profundidad de la compresión torácica para adultos, que es de al menos 5 cm (2 pulgadas), pero no superior a 6 cm (2,4 pulgadas).

Soporte Vital Básico para adultos y calidad de la RCP SVB/ BLS proporcionados por profesionales de la salud (21).

Los profesionales de la salud deben solicitar ayuda ante una víctima que no responde, pero sería conveniente que un profesional de la salud continuase evaluando la respiración y el pulso de forma simultánea antes de activar totalmente el sistema de respuesta a emergencias. Los equipos integrados de reanimadores con un amplio entrenamiento pueden usar un método coreográfico consistente en la realización de varios pasos y evaluaciones de manera simultánea y no de forma secuencial, como hacen los reanimadores que intervienen solos (21).

Se resalta aún más la importancia de la RCP de alta calidad utilizando objetivos de rendimiento (compresiones con la frecuencia y profundidad adecuadas, permitiendo una completa descompresión entre una compresión y otra, reduciendo al mínimo las interrupciones en las compresiones y evitando una excesiva ventilación). Es razonable que los profesionales de la salud realicen compresiones torácicas y ventilaciones a todos los pacientes adultos en paro cardíaco, tanto si el paro tiene un origen cardíaco como si no. Además, es lógico que los profesionales de la salud adapten la secuencia de las acciones de rescate a la causa más probable del paro cardíaco.

Se espera que los profesionales de la salud estén entrenados en la RCP y que puedan realizar tanto compresiones como ventilaciones de manera eficaz. Sin embargo, la

prioridad para el profesional, sobre todo si interviene solo, debería seguir siendo la de activar el sistema de respuesta a emergencias y realizar las compresiones torácicas.

Durante la RCP manual, los reanimadores deben realizar compresiones torácicas con una profundidad de al menos 5 cm (2 pulgadas) en un adulto de complejión normal evitando una profundidad excesiva (más de 6 cm (2,4 pulgadas)).

Una profundidad de compresiones de unos 5 cm se asocia a una mayor probabilidad de obtener una evolución clínica favorable en comparación con compresiones más superficiales. Si bien hay menos pruebas de la posible existencia de un umbral superior por encima del cual las compresiones podrían ser demasiado profundas, en un reciente estudio de reducido alcance. Es razonable que los reanimadores eviten apoyarse sobre el tórax de la víctima entre las compresiones para permitir la descompresión de la pared torácica completa en adultos que han sufrido un paro cardíaco (21).

Pasos y técnicas de la reanimación cardiopulmonar básica que debe garantizar la seguridad del reanimador y de la víctima y evaluación del estado de conciencia:

El reconocimiento y activación, si la víctima no responde, pedir ayuda en voz muy alta a las personas que se encuentren cerca., activar el sistema de respuesta a emergencias a través de un dispositivo móvil(si corresponde),proporcionar ventilación de obtener un DEA y equipo para emergencias rescate, ventilación cada(o enviar a otra persona para que lo traiga), comprobar el pulso durante no más de 10 segundos(pulso carotideo) si no hay pulso realice la compresiones torácicas y realice 30 compresiones y 2 ventilaciones hasta que llega el DEA, si existe pulso pero el paciente no respira habrá la vía aérea y realice una ventilación de rescate de ventilación cada 5-6 segundos para adultos y vuelva a verificar el pulso aproximadamente 2 minutos (21).

Posición de las manos Estudios experimentales demuestran mejores respuestas hemodinámicas cuando las compresiones torácicas se realizan en la mitad inferior del esternón. Se recomienda que esta localización se explique de una forma sencilla, como, "colocar el talón de la mano en el centro del pecho con la otra mano encima". Esta instrucción debería ir acompañada de una demostración de la colocación de las manos en la mitad inferior del esternón. Las compresiones torácicas se realizan más fácilmente por

un solo reanimador arrodillándose al lado de la víctima, ya que esto facilita el movimiento entre compresiones y ventilaciones con mínimas interrupciones (21).

La RCP desde la cabeza de la víctima por un solo reanimador y la RCP a horcajadas por dos reanimadores pueden considerarse cuando no es posible realizar compresiones al lado de la víctima, como por ejemplo cuando la víctima se encuentra en un espacio reducido (21).

Uso de un desfibrilador externo automatizado Los DEA son seguros y efectivos cuando se utilizan por personas legas con mínima o ninguna formación. Los DEA hacen posible desfibrilar muchos minutos antes de que llegue la ayuda profesional. Los que realicen la RCP deberían continuarla con la mínima interrupción de las compresiones torácicas mientras se coloca un DEA y durante su uso. Los que realicen la RCP deberían concentrarse en seguir inmediatamente las instrucciones de voz cuando son emitidas, en particular, reanudando la RCP tan pronto como se indique y reducir al mínimo las interrupciones en las compresiones torácicas (21).

II. Material y Métodos:

2.1. Tipo de investigación

Para Hernández Sampieri, refiere que la metodología cuantitativa usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y datos estadísticos para establecer patrones de comportamiento (22).

2.2. Diseño de la investigación

Para el presente estudio se empleó un diseño descriptivo y transversal. Así mismo descriptiva, porque es aquel diseño que busca especificar las propiedades importantes de personas o grupos que se someta aún análisis. Además, ya que detalla la información de la variable en estudio; y es transversal porque permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado (22).

2.3. Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por 65 profesionales de la salud conformado entre médicos, enfermeras y obstetricias, del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Muestra:

Para dicho estudio se tomó como muestra el total de la población.

2.4. Hipótesis

Esta investigación no tiene hipótesis ya que es un estudio descriptivo

2.5. Variables: Nivel de Conocimiento del personal de salud en el manejo de reanimación cardiopulmonar.

2.6. Operacionalización:

Variable	Dimensiones	Indicadores	Índice	Técnica e instrumento de recolección de datos
----------	-------------	-------------	--------	---

Nivel de conocimiento del personal de salud en el manejo de RCP básico	Paro cardiaco	-Signos del paro cardiaco -Cadena de supervivencia -Causa de un paro cardiaco -Secuencia del RCP	Alto 12 - 19	
	Comprensión torácicas	-Sitio de aplicación -Profundidad -Frecuencias -Tiempo -Complicaciones de un RCP inadecuado -Técnica correcta	Medio 6 - 11	Encuesta Cuestionario
	Manejo de la vía aérea	Causa de la obstrucción de la vía aérea Técnica para permeabilizar la vía aérea según existencia o no de traumatismo de cervical	Bajo 0 – 5	

2.7. Técnicas de recolección de datos:

Técnica encuesta: Señala que la técnica de encuestas se hace a través de formularios, los cuales tienen aplicación a aquellos problemas que se pueden investigar por métodos de observación, análisis de fuentes documentales y demás sistemas de conocimiento. La encuesta permite el conocimiento de las motivaciones, las actitudes y las opiniones de los individuos con relación a su objeto de investigación (19).

2.8. Instrumentos de recolección de datos.

El presente trabajo empleó un instrumento de recolección de datos en este caso un cuestionario, para medir el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar, el cual estuvo constituido por 19 preguntas que fueron tomados de la tesis de Gálvez

(7), para la prueba de confiabilidad se empleó la prueba de Kuder-Richardson. Para que el instrumento sea confiable, el valor final debe ser mayor de 0.5, por lo tanto el instrumento es confiable (Anexo N° 1).

BAREMO

0 – 5 Bajo

6 – 11 Medio

12 – 19 Alto

2.9. Procedimiento para la recolección de datos:

Se presentó un oficio dirigido al Director del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Luego se realizó las coordinaciones adecuadas a fin de iniciar con la recolección de datos teniendo en cuenta el tiempo y horarios y fechas disponibles del personal de salud que laboran en dicho establecimiento.

Se explicó al personal de salud sobre el proyecto de investigación, luego se hizo firmar el consentimiento informado.

Se aplicó el cuestionario al personal de salud previo aprobación de su consentimiento informado. Se realizó durante dos semanas de modo paralelo y el tiempo promedio será de 20 minutos por cada personal de enfermería encuestado.

Una vez culminada la recolección de datos se procedió al procesamiento de datos en tablas de frecuencia y gráficas.

2.10. Procedimiento de análisis de datos.

Se empleó el software estadístico SPSS versión 22.0, para emplear un tipo de estadística descriptiva para resumir los datos en tablas de frecuencia y gráficos, representados en frecuencias absolutas y relativas

2.11. Criterios éticos.

Para el presente estudio, se empleará en base al informe Belmont (23), el cual sirvió para establecer las pautas éticas orientadas en los principios éticos

- **Principio de respeto a la dignidad humana:** Como parte de este principio se tomó el derecho a la autodeterminación, se sustenta en que los seres humanos deben ser tratados como entidades autónomas, capaces de conducir sus propias actividades y destinos.

- **Consentimiento informado:** Supone que los participantes cuentan con información adecuada respecto de la investigación, que son capaces de comprenderla y de ejercer su libre albedrío, el cual les permite aceptar o declinar voluntariamente a participar, para lo cual en el presente estudio se contará con el consentimiento informado de los profesionales de salud. (Anexo 2).

2.12. Criterios de rigor científico.

Confiabilidad

Se empleó el resultado de la prueba de Kuder-Richardson (7) para la confiabilidad del cuestionario del nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar básico, teniendo los siguientes criterios de respuesta correcta e incorrecta.

III. Resultados:

A través del presente estudio, se busca tener una medición en el nivel conocimiento sobre manejo de reanimación cardiopulmonar, por tal motivo se encuestó a los profesionales que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, en la cual se evidenció que presentaron un nivel de conocimiento bajo en un 7,7% medio en 55,4 % y Alto en un 36,9% (Tabla 1, figura 1).

Tabla N° 01. Nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar básico

Nivel	Frecuencia	
	Absoluta	Frecuencia relativa (%)
Bajo	5	7,7
Medio	36	55,4
Alto	24	36,9
Total	65	100

Fuente: Profesionales de la Salud del servicio de emergencia

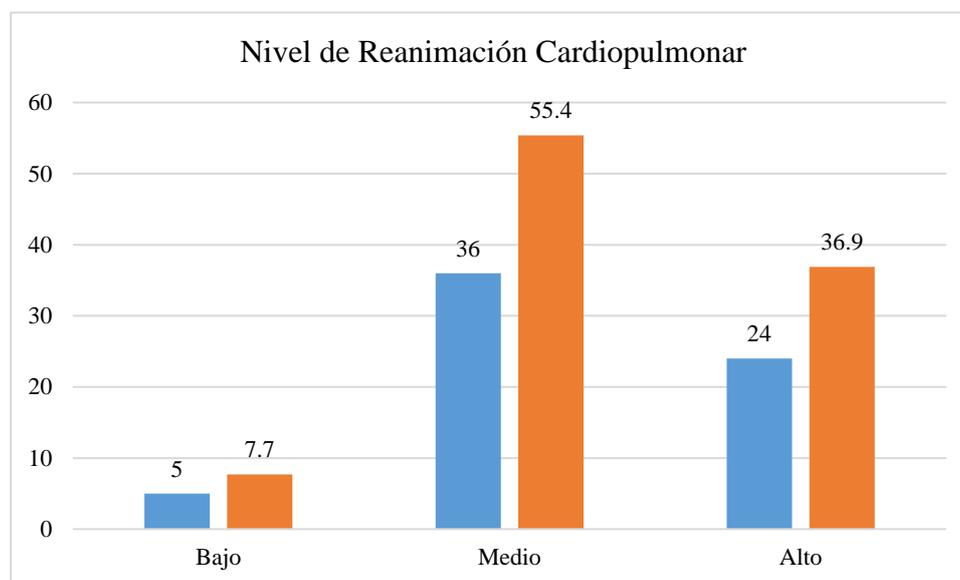


Figura N° 01. Nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar básico

Además, los profesionales que laboran en el servicio de emergencia también se evidenció que el nivel de conocimiento sobre paro cardiorespiratorio y activación del sistema de emergencias, fue predominante el nivel conocimiento medio en un 64,6 % seguido del nivel alto en un 35,4% respectivamente (Tabla 2 y figura 2).

Tabla N° 02. Nivel de conocimiento de los profesionales de salud en identificación oportuna del paro cardiaco en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes

Nivel	Frecuencia	
	absoluta	Frecuencia relativa (%)
Medio	42	64,6
Alto	23	35,4
Total	65	100

Fuente: Profesionales de la Salud del servicio de emergencia

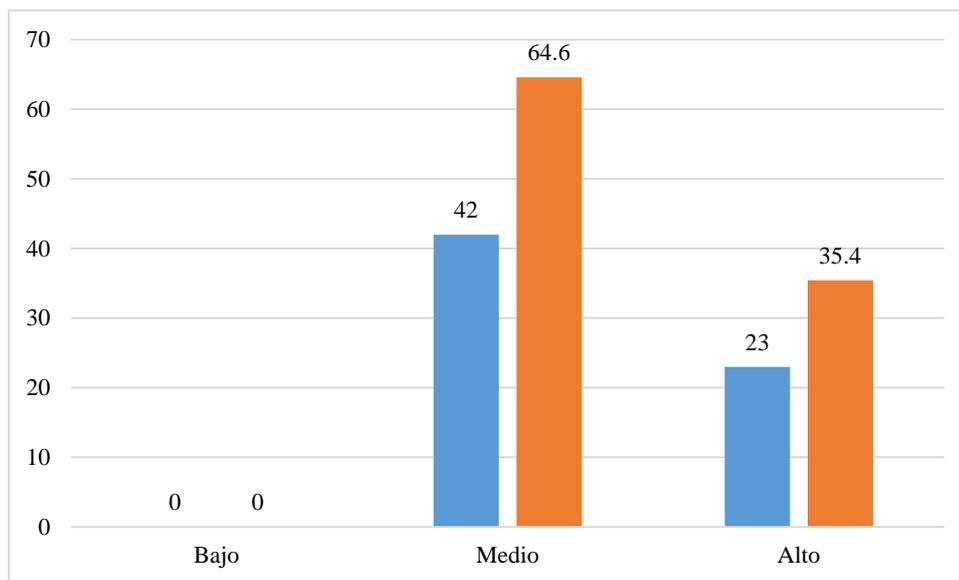


Figura N° 02. Nivel de conocimiento de los profesionales de salud en identificación oportuna del paro cardiaco en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes

Asimismo, con respecto a nivel de conocimiento sobre comprensiones torácicas, los profesionales evaluados, presentaron un nivel medio en 87,7% y alto en un 12,3 % (Tabla N° 03, figura N°03).

Tabla N° 03. Nivel de conocimiento de los profesionales de salud en la aplicación de comprensiones torácicas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes

Nivel	Frecuencia	
	absoluta	Frecuencia relativa (%)
Medio	57	87,7
Alto	8	12,3
Total	65	100

Fuente: Profesionales de la Salud del servicio de emergencia

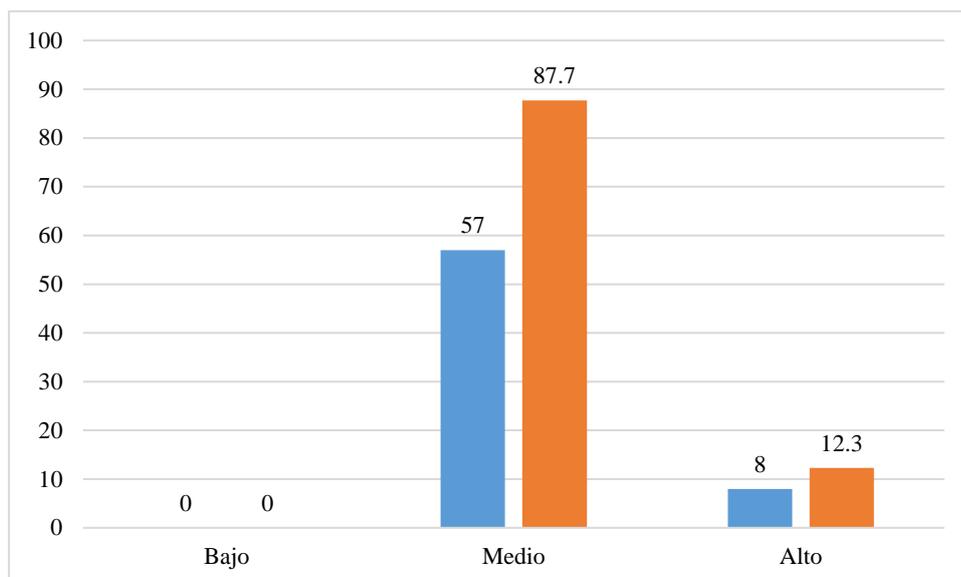


Figura N° 03. Nivel de conocimiento de los profesionales de salud en la aplicación de compresiones torácicas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes

Los profesionales del servicio de emergencia, con respecto al manejo de la vía aérea presentaron un nivel de conocimiento bajo en 10,8%, medio en 84,6% y nivel alto en un 4,6% respectivamente (Tabla N° 04, figura N° 04).

Tabla N° 04. Nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de las vías aéreas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes

Nivel	Frecuencia	
	absoluta	Frecuencia relativa (%)
Bajo	7	10,8
Medio	55	84,6
Alto	3	4,6
Total	65	100

Fuente: Profesionales de la Salud del servicio de emergencia

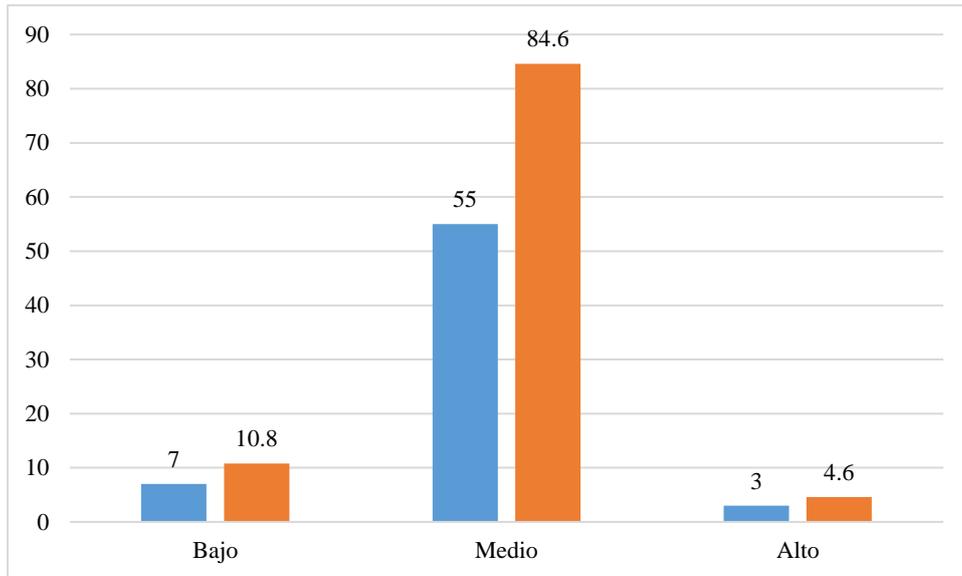


Figura N° 04. Nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de las vías aéreas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes

IV. Discusión:

La presente investigación cuyo título es nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de reanimación cardiopulmonar básico en el servicio de emergencia del hospital regional docente las mercedes, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de reanimación cardiopulmonar básico en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017. De los cuales en los resultados se evidenció que los profesionales encuestados presentaron un nivel de conocimiento bajo en un 7,7% medio en 55,4 % y Alto en un 36,9%, estos resultados fueron coincidentes con lo publicado por Falcon (14), que demostró que el nivel de conocimiento fue medio y bajo con tendencia al desconocimiento, teniendo en cuenta que existe otros factores pueden estar influenciando en el manejo de reanimación cardiopulmonar, por otro Muña (13). En su estudio demostró que los evaluados presentaron un nivel conocimiento regular y deficiente siendo predominante en comparación nivel de conocimiento bueno, además los resultados del estudio concuerdan con publicado por Gálvez con respecto al nivel conocimiento medio por encima del 50 % (6).

Esto podría sugerir que los profesionales de la salud con mayor contacto con los pacientes que necesiten reanimación pueden depender de la capacitación clínica en el trabajo y, por lo tanto, no buscar instrucción formal y certificación. Es interesante observar que el nivel de conocimiento medio fue mayor al 50%, lo que sugiere que la capacitación engendra el deseo de mantenerse al día con la práctica actual.

Además de acuerdo al siguiente objetivo para identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en identificación oportuna del paro cardiaco en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, presentaron un nivel de conocimiento medio en un 64,6%, comparando con otros resultados como Cueto (13), que empleó indicadores de medición diferentes al presente estudio, obtuvieron un nivel de conocimiento de RCP sobre paro cardiaco, que fue insatisfactorio, además que lo asoció a la edad y los años de experiencia. Por otro lado, Balcazar, Mendoza y Ramírez, también obtuvieron resultados insatisfactorios en nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar, teniendo en cuenta que para el estudio emplearon la guía de reanimación publicada por la AHA (10).

Posteriormente respondiendo al siguiente objetivo fue identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en la aplicación de compresiones torácicas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, presentaron un nivel de conocimiento medio en 87,7%, al contrastar con los resultados por Rojas et al, no fue coincidente, ellos obtuvieron un 75 % del total que conocían la frecuencia correcta de las compresiones torácicas y además que el 6,25 % conocía todas las características efectivas de las compresiones torácicas (17). En cuanto a lo publicado por Kila y Yockopua el 83% conocían la comprensión correcta y siendo más específicos conocían la tasa de compresión correcta para niños el 33% y para adultos el 46% respectivamente (16).

Además, respondiendo al siguiente objetivo que fue identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de las vías aéreas en el en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, presentaron un nivel de conocimiento medio en un 84,6%, fue coincidente con lo publicado por Gálvez que en los profesionales evaluados presentaron un nivel de conocimiento medio con respecto a esta dimensión (7), muy diferente con lo demostrado por Kila y Yockopua, no fue coincidente ya que el 59 % sabían la RCP sobre intubación y siendo más específicos para ventilación en niños conocían el 44% y el 38% para adultos (16).

Además, muchos profesionales de la salud, pueden sentir que la capacitación en RCP no es tan importante en comparación con otros intereses académicos (tabla N° 5, anexo N°2), por tal motivo los resultados obtenidos mostraron 64,6 % no presentaron una capacitación, y nivel de conocimiento puede ser influenciado de forma positiva por las capacitaciones previas y que este entrenamiento puede ayudar al manejo adecuado de reanimación cardiopulmonar (10,11)

A nivel del servicio de emergencias del Hospital puede haber varias razones por las cuales nuestra población de estudio en conjunto tuvo un desempeño de nivel de conocimiento medio y bajo, se puede inferir que puede existir factores que pueden influenciar, como el tiempo, lo económico, la falta de entrenamiento, con todo lo mencionado los profesionales de la salud puede verse limitado se reacción antes eventos de reanimación, como emplear las maniobras básicas ante un paro cardíaco, como el manejo de las compresiones torácicas y la ventilación que se le puede brindar al paciente.

V. Conclusiones:

- El nivel de conocimiento de los profesionales de salud del servicio de emergencias del Hospital Regional Docente Las Mercedes, sobre manejo de reanimación cardiopulmonar básico presentaron un nivel bajo en un 7,7%, medio en 55,4 % y nivel alto en un 36,9 %.
- El nivel de conocimiento de los profesionales de salud del servicio de emergencias del Hospital Regional Docente Las Mercedes, sobre paro cardiorespiratorio, presentaron un nivel de conocimiento medio de 64,6% y alto en un 35,4%.
- El nivel de conocimiento de los profesionales de salud del servicio de emergencias del Hospital Regional Docente Las Mercedes, sobre las compresiones torácicas presentaron un nivel de conocimiento medio en un 87,7% y alto 12,7%.
- El nivel de conocimiento de los profesionales de salud del servicio de emergencias del Hospital Regional Docente Las Mercedes, en el manejo de la vía aérea presentaron un nivel de conocimiento bajo en un 10,8%, medio en 84,6% y el nivel alto en un 4,6%.

VI. Referencias:

1. OMS | Enfermedades cardiovasculares. WHO [Internet]. 2015 [citado el 3 de julio 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Flisfisch H, Aguiló J, Leal I. Actualización en paro cardiorespiratorio y resucitación cardiopulmonar. Med y Humanidades [Internet]. 2014;VI:29–36. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n2014/05_ACTUALIZACION_EN_PCR_RESUCITACION.pdf
3. Moura FS, Veiga De Carvalho F, De Carvalho e Martins M do C, Vasconcelos GM, Veiga de Carvalho Mello PM. Resuscitation among Brazilian Medical Students Ressuscitação Cardiopulmonar por Estudantes do Curso de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2016;40(1):77–85.
4. Auraz A, Ruíz A. Enfermedad Vascul ar Cerebral. Rev la Fac Med la UNAM. 2012;55(3):11–21.
5. Tasa de muerte por infarto o paro cardíaco llega a 18% en Perú - Periodismo en Línea [Internet]. [citado el 3 de julio del 2017]. Disponible en: <https://enlinea.pe/2016/09/04/tasa-de-muerte-por-infarto-o-paro-cardiaco-llega-a-18-en-peru/>
6. Galvez CA. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención Essalud de Lima - Perú 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
7. Okonta KE, Ngozi Okoh BA. Basic cardiopulmonary resuscitation knowledge of house-officers in a tertiary institution: Factors determining accuracy. Pan Afr Med J. 2014;18:1–5.
8. Singh K, Bhat N, Ramesh N, Sharda A, Asawa K, Agrawal A, et al. Cardiopulmonary resuscitation: Knowledge and personal experience among dentists in Udaipur, India. J Dent Sci [Internet]. 2011; 6(2): 72 – 5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jds.2011.03.006>
9. Aranzábal G, Verastegui A, Quiñones D, Quintana L, Vilchez J, Espejo C, et al. Factors influencing the level of knowledge of cardiopulmonary resuscitation in hospitals in. Rev Colomb Anestesiol. 2017;5(2):114–21.
10. Balcázar-Rincón LE, Mendoza-Solís LA, Lourdes Ramírez-Alcántara Y, Luis E, Balcázar R, Calzada E, et al. Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos

entre el personal de un servicio de urgencias. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2015; 20: 248 – 55.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152u.pdf>

11. Sánchez AB, Fernández JL, Alonso N, Hernandez I, Navarro R, Rosillo D. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Rev. Enf. Glo. 2015; 39: 230 – 245
12. Pelaez ME. Conocimientos de los enfermeros del hospital del oriente de Asturias (HOA) en reanimación cardiopulmonar. Enf. Comun. 2016; 4(3): 18 - 30
13. Cueto M. Conocimiento del personal de enfermería de un hospital Materno-Infantil sobre técnicas de Reanimación Cardiopulmonar [Internet]. Universidad de Oviedo; 2013.
Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17303/1/TFM_Monica_Cueto_Perez.pdf
14. Muña PR. Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto por estudiantes de enfermería Univerdiad Nacional del Altiplano Puno - 2016. Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
15. Falcon MP. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero(a) de la segunda especialidad en enfermeria UNMSM 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
16. Kila T, Yockopua S. Knowledge of cardiopulmonary resuscitation among doctors at the Port Moresby General Hospital. P N G Med J. 2012; 55(1-4): 76 - 87.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25338477>
17. Rojas L, Aizman A, Arab JP, Utili F, Andresen MM. Basic cardiopulmonary resuscitation: knowledge, practical skills and effectiveness of maneuvers of general physicians. Rev Med Chil. 2012; 140(1): 73-7
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22552558>
18. Hessen J. Teoría del Conocimiento. 2010.
19. Linares AR. Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky [Internet]. Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky. Barcelona; 2007. Report No.: 29.

- Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
20. Nodal P, López J, De la Llera G. Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento [Internet]. [cited 2017 Jul 7].
Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol45_3_06/cir19306.html
21. Meaney PA, Bobrow BJ, Mancini ME, Christenson J, de Caen AR, Bhanji F, *et al.* Declaración de consenso de la AHA Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria. J Am Heart Assoc [Internet]. 2014;1–20.
Disponible en: http://cpr.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_465179.pdf
22. Hernández R, Fernández C, Baptisita P. Metodología de la Investigación. 6ta Edició. Mexico: Editorial McGraw-Hill Interamericana.; 2014. 689 p.
23. Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y métodos. 6ta edición. México. McGraw-Hill Interamericana; 2000

VII. Anexos

Anexo N° 01 Cuestionario

I. Presentación

Buenos días mi nombre es Sonia Villegas Cáceres soy interna de enfermería de la Universidad Señor de Sipán, estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de obtener información acerca de lo que usted conoce acerca del manejo del RCP básico.

Agradezco anticipadamente su gentil colaboración para el logro de los fines del presente trabajo y solicito que sus respuestas sean lo más sinceras, ya que sus respuestas solo se van a utilizar para el estudio de la investigación.

II. Datos generales

1. SEXO: M() F()
2. Edad:
3. Profesión: medico: () enfermera:() obstetra: ()
4. Tiempo de experiencia laboral:.....
5. ¿Ha participado de alguna capacitación sobre RCP en los últimos 3 años?
 - a. Si
 - b. No

III. Datos específicos

A continuación se presentara unas series e preguntas con respuestas múltiples, encierre en un círculo (o) la letra que considere ser la respuesta correcta.

1. Es considerado un paro cardiorrespiratorio cuando hay:
 - a. Interrupción brusca, inesperada de la actividad del corazón y de la respiración
 - b. pérdida de la conciencia y disminución de la respiración.
 - c. ausencia del pulso a nivel distal

- d. piel pálida, sudoración fría, dolor precordial.
2. La reanimación cardiopulmonar básica se define como:
- a. Un conjunto de acciones para establecer la función respiratoria.
 - b. un conjunto de acciones para restaurar las funciones cardíacas y respiración, evitando el daño cerebral
 - c. brindar desfibrilación temprana para despolarizar el miocardio.
 - d. la aplicación de compresiones para hacer bombear la sangre.
3. Ante la presencia de una persona en paro cardiorrespiratorio, usted debe aplicar la maniobra de RCP, por lo tanto la secuencias d las acciones según la ASOCIACION AMERICANA del corazón (AHA por sus siglas en inglés) es :
- a. Apertura de la vía aérea, comprensiones y ventilación
 - b. Ventilación, apertura de la vía aérea y comprensiones
 - c. Toma del pulso, ventilación y comprensiones
 - d. Comprensiones, apertura de la vía aérea y ventilaciones.
4. La cadena de supervivencia extrahospitalario incluye:
- a. Reconocimiento y activación de sistema de emergencia ,RCP de calidad inmediata, desfibrilación rápida, llegad del servicio de emergencia y soporte vital avanzado y cuidados pos paro
 - b. Reconocimiento y activación del sistema d emergencia, desfibrilación rápida, RCP de calidad llegada del servicio de emergencia y soporte vital avanzado y cuidados postparo
 - c. Vigilancia y prevención reconocimiento y activación del sistema de emergencia, RCP de calidad, fibrilación rápida, soporte vital avanzado y cuidados postparo
 - d. RCP de calidad activación del sistema de emergencia, llegada del servicio de emergencia, soporte vital avanzado y cuidados postparo.
5. La activación del sistemas de respuestas de Emergencia es una suma de importancia porque:
- a. .Da la alerta de un paro cardiorrespiratorio.
 - c. Permite el despliegue a tiempo de un desbribilador externo automático.

- d. Permite informar sobre lo sucedido.
 - e. Da a conocer el estado de la víctima y permite anticipar el tratamiento que requiere.
6. La frecuencia de compresiones según la guía del aha 2015 es:
- a. Al menos de 100 cpm
 - b. De 80 a 100 cpm
 - c. 100 cpm
 - d. De 100 a 120cpm
7. La profundidad de las compresiones toracicas en un adulto debe ser:
- a. Al menos de 5cm pero menor de 6 cm
 - b. Solo 5cm
 - c. Superior a 6cm
 - d. Al menos de 4cm pero menor de 5cm
8. El masaje cardiaco se aplica en:
- a. El hemitorax izquierdo
 - b. En el hueso esternón a nivel del apófisisxifoides
 - c. En el hueso esternón entre las dos tetillas
 - d. En el mango del hueso esternón
9. La relación de compresionestorácicas y ventilaciones en un adulto cuando hay un reanimador es de
- a. 20/3
 - b. 30/2
 - c. 25/2
 - d. 10/2
10. Según la AHA, la RCP de alta calidad se caracteriza por:
- a. Aplicar las comprensiones lo más rápido posible y las ventilaciones en una relación de 30/2
 - b. Compresiones torácicas adecuadas, interrupciones no más de 20 segundos, y evitando las ventilaciones excesivas
 - c. Compresiones torácicasadecuadas, permitiendo la descompresión torácica, reduciendo al mínimo las interrupciones y evitando ventilaciones excesivas

- d. Compresiones torácicas de frecuencia y profundidad adecuada y permitiendo la compresión del tórax
11. La principal causa de la obstrucción de la vía aérea en un parocardiorespiratorio es por:
- a. Presencia de prótesis.
 - b. aumento de secreciones.
 - c. presencia de un alimento.
 - d. caída de la lengua
12. La técnica usada para la permeabilización de la vía aérea en una víctima que ha sufrido traumatismo cervical:
- a. Maniobra frente- mentón
 - b. Maniobra de tracción mandibular
 - c. Hiperextensión del cuello
 - d. Lateralización de la cabeza.
13. Cuando la víctima de paro cardíaco tiene la vía aérea obstruida y no presenta lesión cervical, se aplica:
- a. Maniobra de tracción mandibular
 - b. Colocación del tubo oro faríngeo
 - c. Maniobra frente-mentón
 - d. Intentar retirar cuerpos extraños con los dedos.
14. El tiempo de duración de cada ventilación es de :
- a. Max 1 segundo
 - b. Max 2 segundos
 - c. Max 3 segundos.
 - d. Más de 3 segundos
15. En el caso de contar con un dispositivo avanzado para la vía aérea como una bolsa de ventilación manual(ejm: ambu), la relación de compresión- ventilación es de.
- a. al menos 100 cpm continuas y 2 ventilaciones cada 6 segundos.
 - b. 100 a 120cpm continuas y 1 ventilación cada 6 segundos
 - c. 100 compresiones continuas y una 1 ventilación cada 6 segundos
 - d. 100 compresiones y 1 ventilación cada 2 segundos

16. En el RCP básico, la técnica para aplicar las ventilaciones es:
- a. Se sella la matriz y se da 2 respiraciones por la boca hasta que se eleve el tórax
 - b. Se realiza maniobras frente- mentón, se sella la nariz, se ventila por la boca hasta que se eleve el tórax.
 - c. Solo se da ventilaciones por la boca.
 - d. Se coloca la máscara de oxígeno en posición semifowler
17. Los casos en lo que se debe desfibrilar aun paciente en paro cardiorespiratorio es.
- a. En asistolia y taquicardia ventricular.
 - b. Actividad eléctrica sin pulso
 - c. Taquicardia ventricular sin pulso y fibrilación ventricular
 - d. Taquicardia auricular y bloqueo av.
18. Si se encuentra con desfibrilador externo automático y se desconoces el tipo de honda bifásica, la dosis de descarga a aplicar es.
- a. 150 joules
 - b. 200joules
 - c. 250 joules.
 - d. 300 joules
19. Al momento de activar la descarga del desfibrilador, el reanimador debe:
- a. Sostener los hombros en caso de convulsiones
 - b. No tocar a la víctima.
 - c. Continuar con las compresiones mientras se da la descarga.
 - d. Evaluar el pulso y las respiraciones mientras se da la descarga

Anexo N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,,
identificado con DNI....., DECLARO:

Haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación (especificar el nombre), así como en qué consiste mi participación.

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación o cancelación que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable. Al término de la investigación, seré informado de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que se realice la Encuesta que permita contribuir con los objetivos de la investigación.

Chiclayo, de del 20 .

FIMA

DNI

Anexo 03

Tabla N° 05. Capacitación sobre reanimación cardiopulmonar en los profesionales de salud en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes

Capacitación sobre RCP	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
No	42	64,6
Si	23	35,4
Total	65	100,0

Fuente: Profesionales de salud del servicio de emergencia

