



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL ÁREA DE EMERGENCIA SOBRE
RESUCITACION CARDIOPULMONAR DE ADULTOS EN EL HOSPITAL
"UN CANTO A LA VIDA" NOVIEMBRE, 2016”.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Licenciada en Enfermería

Profesora Guía
Lcda. Mónica Buitrón

Autora
María Silvana Reveló Torres

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

En mi carácter de profesor guía, declaro haber dirigido el trabajo de investigación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL ÁREA DE ENFERMERAS SOBRE RESUCITACION CARDIOPULMONAR DE ADULTOS EN EL HOSPITAL “UN CANTO A LA VIDA” NOVIEMBRE, 2016”** realizado por María Silvana Reveló Torres, a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Mónica Buitrón
Licenciada
C.C. 1712046174

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro (amos) haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Verónica Castro
Licenciada
C.C. 0602922403

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que el trabajo **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL ÁREA DE ENFERMERAS SOBRE RESUCITACION CARDIOPULMONAR DE ADULTOS EN EL HOSPITAL "UN CANTO A LA VIDA” NOVIEMBRE, 2016”** es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes

María Silvana Revelo Torres

C.C. 1716624059

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis maestros y compañeros que de alguna manera han sido un ejemplo y apoyo para alcanzar los objetivos trazados en el desarrollo de este trabajo.

Un agradecimiento especial a mis maestros por haber enriquecido en cada clase mis conocimientos y porque a más de ser formadores profesionales han sido formadores de vida con sus lecciones y consejos que nos motivan a seguir adelante y nunca rendirnos.

María Silvana

DEDICATORIA

A Dios, a mi madre y a mi hijo que me brindan día a día su apoyo incondicional para seguir adelante en mi formación tanto profesional como personal con el único objetivo de ser mejor y servir de una manera positiva a la sociedad. A ella por sus años de esfuerzo dedicados a sacar adelante a sus hijos, que no han sido en vano, pues todo lo que ha sembrado en mí, hoy da sus frutos. Por ello este trabajo está dedicado a los más grandes ejemplares de mi vida, mi madre y mi hijo, quienes son el motor que me mueve hacia el éxito.

María Silvana

RESUMEN

En el Ecuador la primera causa de muerte es causada por las enfermedades cardiovasculares, según la Organización Mundial de la Salud OMS, siendo las más comunes las enfermedades cardíacas isquémicas con el 10,3% de las muertes en el año 2012 y en el 2014 se reportaron un total de 4430 muertes. En nuestro país no hay datos estadísticos publicados sobre paros cardiorrespiratorios a nivel intrahospitalario, se conoce a través de la guía AHA 2015 que aproximadamente 209.000 adultos reciben RCP intrahospitalario.

Es frecuente observar que las intervenciones de enfermería en la reanimación cardiopulmonar no se cumplen satisfactoriamente, por lo que se realizó una investigación para analizar el nivel de conocimientos de RCP a los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital “Un Canto a la Vida” y de acuerdo a los resultados obtenidos se propuso un plan de intervención para mejorar la asistencia de enfermería frente a este problema. Para el estudio se empleó el método descriptivo permitiendo detallar los fenómenos, situaciones y eventos como se manifiestan en relación a las propiedades, características perfiles de las enfermeras y enfermeros que participaron en la investigación. Se recolectaron los datos a través de una encuesta elaborada de acuerdo con los objetivos y la operacionalización de variables en las enfermeras/os que laboran en el servicio de emergencias.

Después del análisis de los datos obtenidos de las encuestas, se llegó a la conclusión que de forma general las/los Licenciados de Enfermería que laboran en el servicio de emergencia poseen un conocimiento adecuado y actualizado sobre resucitación cardiopulmonar Básico y Avanzado

Palabras claves: Reanimación Cardiopulmonar, paro cardíaco, enfermeros, nivel de conocimiento, intervención.

ABSTRACT

In the Ecuador, the first cause of death is caused by cardiovascular diseases. Recording to the world health organization. Being the most frequent deceases are ischemic heart disease with 10.3% of deaths in 2012 and 2014, a total of 4430 deaths were reported. In our country they are not published statistreal data on respiratory arrests at the intra hospital level. It is often observed that nursing interventions in cardiopulmonary resuscitation are not satisfactory fulfilled.

So on investigation was carried to analyze the level of knowledge of the RCP to the professionals of nursing, in the hospital emergency service "Un canto a la Vida" and according to the results obtained a plan was proposed to improve nursing care in the face of the problem.

In the guide AHA 2015 use taxonomy of care systems that pivots RCP actors

For the study the descriptive method was used, allowing the detailed description of the phenomena, situations and events as they are related to the properties, characteristics profiles of the nurses and nurses who participated in the research. Data were collected through a survey developed according to the objectives and the operationalization of the hypothesis in nurses working in the emergency service.

After analyzing the data obtained from the surveys, it was concluded that, in general, Nursing Graduates who work in the emergency service have an adequate and up-to-date knowledge on Basic and Advanced Cardiopulmonary Resuscitation based on the Guide.

Key words: Cardiopulmonary resuscitation, cardiac arrest, nurses, level of knowledge, intervention.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Objetivos.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
1.2. Justificación	4
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Definición paro cardíaco.....	6
2.2. Definición paro cardiorespiratorio	6
2.3. Resucitación cardiopulmonar	6
2.4. Actuación frente a un paro cardíado	7
2.5. Soporte vital básico (SVB/BLS)	8
2.6. Soporte vital cardiovascular avanzado SVCA/ACLS.....	12
3. CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	19
3.1. Tipo de estudio.....	19
3.2. Población y muestra	19
3.3. Métodos y técnicas	20
3.4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	21
3.5. Recolección de datos	21
3.6. Análisis e interpretación de datos.....	21
3.7. Validación del instrumento.....	22
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47

REFERENCIAS	48
ANEXOS	51

INTRODUCCIÓN

Según datos de La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ecuador la primera causa de muerte son enfermedades cardiovasculares, siendo las más comunes las enfermedades isquémicas del corazón, registrándose en el año 2010 un 51,68% de víctimas hombres y el 48,32% de mujeres, en el año 2012 se registró el 10,3% y en el 2014 se reportaron un total de 4430 muertes.

Mientras que fallecidos por insuficiencia cardiaca se reporta 1316 muertes, por arritmias cardiacas 168 y por paros cardiacos 106 víctimas, datos del año 2014, estas cifras fueron obtenidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo del Ecuador (INEC).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en marzo de 2016 realizo un estudio en Ecuador sobre poblaciones en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, mediante encuestas en donde recogió datos de 2231 personas entre 18 y 69 años, dando como resultado que un 30% de esta población entre 40 y 69 años, padecerá de alguna enfermedad cardiaca.

En nuestro país no hay datos estadísticos publicados sobre paros cardiorrespiratorio a nivel intrahospitalario; por datos de la guía AHA 2015 refiere que aproximadamente 209.000 adultos reciben RCP intrahospitalario anualmente en los USA.

Así en el diario laborar es frecuente observar que las intervenciones de enfermería relacionadas durante la reanimación cardiopulmonar no se cumplen satisfactoriamente, por lo que se realizará esta investigación para analizar el nivel de conocimientos y de acuerdo a los resultados obtenidos proponer un plan de intervención para mejorar la asistencia de enfermería frente a este problema. Así es como se explica la organización del trabajo investigativo:

CAPÍTULO I.- Se efectúa el planteamiento del problema relacionado con el nivel de conocimiento sobre resucitación cardiopulmonar en adultos en las enfermeras que laboran en el servicio de emergencias, se establece el objetivo general y los específicos que se lograrán en la investigación además que se realiza la justificación donde se exponen las razones por las cuales se realiza el protocolo.

CAPÍTULO II.- Trata del marco teórico, es decir contiene el respaldo o fundamentación científica relacionados con la investigación que se realizará, aborda la hipótesis que se desea confirmar a través del método científico y su respectivo esquema donde se aclara la relación de las variables tanto dependiente e independiente.

CAPÍTULO III.- Aborda el diseño metodológico que se empleará en la investigación, estableciendo un estudio cuantitativo, analítico y transversal, donde la muestra estará representada por 78 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia. La información se recolectará por medio de un cuestionario y los datos obtenidos se procesarán mediante promedios y porcentajes utilizando el programa informático SPSS.

CAPÍTULO IV.- Se escriben las fuentes bibliográficas empleadas tanto consultadas, citadas y las referencias electrónicas que se emplearán para realizar el sustento científico.

CAPÍTULO V.- En este capítulo se encuentran los anexos que constituyen aportes para la realización de la investigación como abreviaturas, glosario de términos, cronograma, presupuesto, operacionalización de variables, guía de observación, consentimiento informado, y autorizaciones.

1. CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el área de emergencia del Hospital “Un Canto a la Vida”, se observa que ingresan todo tipo de pacientes incluso en estado crítico que requiere una atención y actuación rápida e inmediata por parte del personal de salud proporcionando una correcta Reanimación Cardiopulmonar tanto básica como avanzada.

La función de los profesionales en enfermería requiere de una preparación continua que les permita brindar una atención óptima cumpliendo estándares de calidad, sobre todo en el manejo de pacientes críticos y que requieren intervención en Reanimación Cardio Pulmonar Avanzado donde el profesional de enfermería debe contar con fundamento científico en el manejo de fármacos.

El rol de la enfermera es primordial en este proceso, porque es el personal más próximo al paciente, justificando así que la enfermera/o esté presente en la atención de la mayoría de paradas cardíacas y tenga, por consiguiente, un papel fundamental en la RCP (Reanimación Cardiopulmonar) dentro del equipo de salud.

Las experiencias de algunos evaluadores de estos eventos (Resucitación Cardio Pulmonar) evidencian que existen problemas en la ejecución por parte de los profesionales que intervienen en un arresto cardio respiratorio, en la gran mayoría de los casos evaluados se han encontrado que el personal de enfermería de otras áreas de los diferentes servicios poseen un desconocimiento en el uso de medicamentos adecuados, dosis y el uso del desfibrilador, los cuales pueden llevar a la muerte del paciente.

Con el avance de la ciencia se incrementa nuevos conocimientos y fármacos que muchas veces son desconocidas para la enfermera/o y que será necesario actualizar. (Feijo, B, 2012).

La enfermera/o está a cargo de la administración de fármacos que se usan durante el tratamiento de la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, guiado por un responsable del equipo. El estrés y tensión durante la Reanimación Cardiopulmonar, sumada a la falta de conocimiento, difícil acceso vascular, poca experiencia en la intervención del PCR (Paro Cardiorrespiratorio), conlleva a la falta de habilidades y destrezas para la administración oportuna de la medicación lo cual hace que exista la posibilidad de uso inapropiado de fármacos, es así que en los profesionales de enfermería se a considerado transcendental determinar el grado de conocimiento y desarrollo de destrezas en la administración de fármacos en reanimación cardiopulmonar avanzada en el servicio de emergencia del Hospital Un Canto a la vida, durante noviembre 2016.

1.1. Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el nivel de conocimiento de las enfermeras del área de emergencias sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital “Un canto a la vida” noviembre 2016.

Objetivos específicos

- Identificar los cuidados e intervenciones de enfermería durante y pos paro cardíaco proponiendo el plan de intervención.
- Proponer un plan de intervención educativo a las/os profesionales de enfermería sobre resucitación cardiopulmonar que laboran en el servicio de emergencia del hospital Un Canto a la Vida.

1.2. Justificación

Como futura profesional de enfermería realice la investigación “ Nivel de conocimiento de la enfermeras del área de emergencia sobre resucitación

cardiopulmonar de adultos en el hospital “Un canto a la vida” noviembre 2016 para que sus resultados proporcionen y promuevan la actitud de cambio en este grupo de profesionales al maximizar la calidad de la resucitación cardiopulmonar y salvar vidas de los pacientes en el entorno hospitalario, pues son las/os encargados del cuidado del paciente en forma permanente y continua, encontrándose presentes e interviniendo en todos los niveles de la cadena de supervivencia como: reconocimiento y activación del sistema de emergencias, resucitación cardiopulmonar de calidad inmediata, desfibrilación rápida, servicios de emergencias básicos y avanzados y soporte vital avanzado y cuidados pos paro cardíaco.

Consideré que el tema es muy importante pues como manifesté en el planteamiento del problema, actualmente constituye un grave problema de salud pública por la gran cantidad de muertes y la pérdida valiosa de años de vida, por lo cual el estudio pretendió contribuir a la búsqueda y actualización de estrategias sustentadas en guías prácticas basadas en la evidencia para ayudar a los profesionales del equipo de reanimación eficaz dentro de este a las enfermeras/os para que puedan mejorar y optimizar el rendimiento durante el paro cardíaco de un adulto.

Además, este trabajo investigativo fue factible porque se realizó con la colaboración del grupo de enfermas/os y líderes del servicio de emergencias que siempre apoyan al docente tutor y otros estudiantes de la carrera de enfermería que realizan sus prácticas pre profesionales con mucha responsabilidad en este servicio. También el costo de la investigación es económico pues no es de carácter experimental y se encuentra fundamentada en base a encuestas a los sujetos del estudio.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición paro cardíaco

Según BONOW, (2012) la parada cardíaca se caracteriza por la pérdida repentina de la consciencia causada por una falta de flujo sanguíneo cerebral adecuado por un fallo en la función de bomba del corazón. Casi siempre da lugar a la muerte sin una intervención satisfactoria.

2.2. Definición paro cardiorespiratorio

El paro cardiorespiratorio se puntualiza como una paralización brusca, inadvertida y potencialmente reversible de la circulación y la respiración espontánea. De no intervenir inmediatamente finaliza en un fallecimiento. (Parales, M,2009).

La parada cardiorrespiratoria de un paciente ingresado es una de las situaciones más críticas que se pueden vivir en el hospital.

2.3. Resucitación cardiopulmonar

La técnica utilizada en medicina para revertir un paro cardiorrespiratorio es resucitación cardiopulmonar (RCP) que entiende un agregado de maniobras generalizadas de aplicación ordenada, sustituyendo la circulación espontánea y respiración e intentando su recuperación. (Association, 2012).

2.3.1. Antecedentes de la resucitación cardiopulmonar

Los orígenes de estas técnicas se inician en el año de 1960 por Kowenhoven quien redescubre el masaje externo, en 1961 Safar describe la asociación de ventilación y masaje terapéutico y en 1962 Lown describió el desfibrilador de corriente continua estos datos se correlacionan con lo que hoy actualmente se

maneja en RCP: las compresiones torácicas, valoración de la respiración y el uso de un DEA (desfibrilador externo automático). (Arrabal, M), 2009.

La International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) tiene como función proveer un acuerdo, para la exploración de conocimientos y adelantos científicos distinguidos en cuidados cardiacos, con el objetivo de publicar Guías Internacionales de RCP tanto a nivel elemental como desarrollado. (Association, 2012).

ILCOR está conformado por comités de RCP de los cinco continentes los cuales son: Comité Europeo de Resucitación (ECE), American Heart Association (AHA), Consejo Australiano de Resucitación (ARC), Consejo Sudafricano (RCSA), Heart and Stroke Foundation of Canadá (HSFC) y Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR).(Herrera, 2012).

En nuestro país para el manejo de paro cardiorrespiratorio a nivel extra hospitalario e intrahospitalario se basa en las Guías de la American Heart Association (AHA), con su última actualización en el 2015 mediante revisión sistemática del ILCOR.

2.4. Actuación frente a un paro cardíaco

Según la Norma Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Básica del Adulto y Pediátrica, (2012) frente a un paciente que sufre de un paro cardíaco o respiratorio, sea un reanimador lego o un equipo de profesionales de la salud, tienen que prestar soporte y restablecer la oxigenación, ventilación y circulación efectiva, siendo su fin esencial la “resucitación cerebral”.

Esto se lleva a cabo mediante la Cadena de Supervivencia, en la guía AHA del 2015 en para adultos se separa una a nivel intrahospitalario y otra a nivel extra hospitalaria. Los eslabones de esta cadena son:

Tabla 1. Intrahospitalidad, Extrahospitalidad

INTRAHOSPITALARIO	EXTRAHOSPITALARIO
Vigilancia y prevención	Reconocimiento de la persona en paro cardiorrespiratorio y activación del sistema de respuesta de emergencia
Reconocimiento del paciente en paro cardiorrespiratorio y activación del sistema de respuesta de emergencia	RCP eficaz y de alta calidad inmediatamente
RCP eficaz y de alta calidad inmediatamente	Desfibrilación rápida
Desfibrilación rápida	Servicio de emergencias médicas básicas y avanzados
Soporte vital avanzado y cuidados posparo cardíaco	Soporte vital avanzado y cuidados posparo cardíaco

Tomado de: Fraga, J. (2012). Soporte vital cardiovascular avanzado. Estados Unidos: Integra color. Ltd.

2.5. Soporte vital básico (SVB/BLS)

Según AHA (2012), se realiza la secuencia de C-A-B corresponde a compresiones torácicas, apertura de la vía aérea y buena respiración.

Antes de iniciar RCP se debe asegurar que la escena sea segura, si la víctima/paciente no responde pedir ayuda sea en voz muy alta a las personas que se encuentren cerca o activar el sistema de respuesta de emergencias, si es extra hospitalario a través de un teléfono/ celular en nuestro país marcar al 911, a nivel intrahospitalario se realiza por códigos establecidos en el mismo o a un número de teléfono asignado, con la obtención inmediata de un DEA. (AHA,2011).

Wordpress, (2009), manifiesta que se procede a la comprobación de la respiración y pulso, en personal capacitado esto se realiza de forma simultánea. Se golpea a la víctima en el hombro y exclama ¿se encuentra

bien?, a su vez comprobamos la respiración si existe o no o a si la misma es como que jadea/boquea. La comprobación del pulso se realiza sobre la arteria carótida deslizando 2 o 3 dedos hacia el surco existente entre la tráquea y los músculos laterales del cuello por un tiempo mínimo de 5 segundos y no más de 10 segundos.

Si el paciente tiene pulso, pero no respira con normalidad se realiza ventilación de rescate: 1 ventilación cada 5-6 segundos (10-12 por minuto), y activa el Sistema de Respuesta a Emergencia si no se lo ha hecho antes, controlando el pulso cada 2 minutos. Si el paciente no respira o jadea/boquea y sin pulso, se inicia RCP eficaz y de alta calidad, hasta que se obtenga un DEA. (AHA, 2011).

2.5.1. Compresiones torácicas

Se debe comprimir fuerte y rápido a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto con una profundidad de 5cm (2 pulgadas), pero no superior a 6 cm (2,4 pulgadas), los reanimadores no deben apoyarse sobre el tórax entre las compresiones para permitir una descompresión de la pared torácica completa después de cada compresión, las interrupciones de las mismas deben ser lo mínimo posible. (Comité RCP, 2019).

La compresión se realiza colocando el talón de una mano sobre el centro del tórax en la mitad inferior del esternón del paciente. Coloque el talón de la otra mano encima de la otra y con los brazos firmes y los hombros directamente sobre las manos comprima fuerte. Otra forma es colocando una mano en el sitio indicando, agarra la muñeca de esa mano con la otra para sujetar la primera mano mientras ejerce presión sobre el tórax. (Wordpress, 2008).

El objetivo de las compresiones es generar un flujo sanguíneo a través del incremento de la presión intratorácica comprimiendo directamente el corazón lo que genera un flujo sanguíneo y una administración de oxígeno esenciales para el corazón y cerebro. Las compresiones se realizan en ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones en caso de un reanimador. (AHA, 2011).

2.5.2. Vía aérea permeable

Balcázar, E (2015), explica que para desobstruir la vía aérea se debe realizar la extensión de la cabeza con elevación del mentón y en caso la víctima presente una posible lesión cervical o craneal realice tracción mandibular, ubique una mano sobre la región frontal del paciente y empuje con la palma para inclinar la cabeza hacia atrás, sitúe los dedos de la otra mano debajo de la zona ósea de la mandíbula inferior, próximo del mentón, no utilizar el pulgar para esta maniobra y finalmente suba la mandíbula para conducir el mentón hacia delante, sin cerrar completamente la boca del paciente.

2.5.3. Ventilación

Según BONOW, (2012), la administración de ventilación boca a mascarilla en caso de un solo reanimador se debe realizar situándose lateralmente del paciente, colocando una mascarilla sobre las facies y tomando como referencia el puente de la nariz para situarla correctamente.

Sánchez, A (2016), manifiesta que poner los dedos índice y pulgar en el filo de la mascarilla, el pulgar de la otra mano colocar en el margen inferior de la mascarilla, y el resto de dedos de esta mano colocamos en la parte ósea de la mandíbula y levantando a la misma. Presionar la mascarilla sobre el rostro y administrar aire durante un segundo observando la expansión del tórax de la víctima realizar ce por 2 ocasiones.

Según Rivera, W(2014), en la administración de ventilación bolsa mascarilla con 2 reanimadores ubíquese por arriba de la cabeza del paciente, tomando como referencia el tabique de la nariz coloque la mascarilla utilizando los dedos pulgar e índice de tal manera que establezca una C a cada borde de la mascarilla y apriete los lados de la misma sobre la cara con el resto de dedos eleve las esquinas de la mandíbula instituyendo una E, desobstruya la vía aérea y presione el rostro contra la mascarilla. Con la otra mano comprima la bolsa para ejecutar las ventilaciones por 1 segundo inspeccione el tórax.

Enumere las compresiones en voz fuerte y cambie las funciones con el otro reanimador cada 5 ciclos o cada 2 minutos aproximadamente, utilice para ello menos de 5 segundos.

2.5.4. Uso del desfibrilador externo automático

En el libro expuesto por Bonow, R, Mann, D, Zipes, D y Libby (2012) menciona que los desfibriladores externos automáticos son equipos con la capacidad de reconocer y dirigir ritmos cardíacos que requieran una descarga.

Según explica Caiza (2014) en un paciente en paro cardíaco donde exista el acceso inmediato de un desfibrilador externo automático, se lo debe utilizar inmediatamente, en caso de no estar disponible iniciar resucitación cardio pulmonar hasta obtener el mismo.

Ponerse a un lado del paciente, prenda el desfibrilador externo automático quien le señalara lo que debe realizar.

En la investigación expuesta por Urrestra, K (2013), dice que situar los electrodos de adulto del desfibrilador externo automático en el tórax del paciente, un electrodo instalar en la región superior derecha del tórax por abajo de la clavícula, el otro electrodo fijar junto al tétilla izquierda, con el extremo superior del electrodo diferentes centímetros bajo de la axila, (de ser necesario conecte los cables de conexión del desfibrilador externo automático a la armazón).

Según Leveno, Cunninhan, James, Bloom, Casey, y Dashe (2008), Organice a todas las personas presentes que se alejen del paciente, confirme que nadie este tocando al paciente y estudié el ritmo cardíaco. Algunos desfibriladores externo automáticos le indican que presione el botón para iniciar el estudio del ritmo cardíaco, mientras que varios lo instituirán de forma automática. Este examen aproximadamente 5 y 15 segundos.

Urrestra,K (2013) explica que el desfibrilador externo automático sugerirá la descarga, apártese del paciente y proporcione la descarga la cual produce una contracción repentina de los tejidos musculares del paciente.

Puentes (2010), menciona que reestablezca rápidamente la resucitación cardio aproximadamente 2 minutos, el desfibrilador externo automático le señalará que rehaga el paso desde el análisis. Proseguir hasta que le reemplacen los otros miembros del equipo de salud con experiencia en soporte vital avanzado y el paciente comience a realizar movimientos.

La resucitación cardiopulmonar debe ejecutarse en tanto los electrodos estén situados y el desfibrilador externo automático esté dispuesto para considerar el ritmo cardíaco.

2.6. Soporte vital cardiovascular avanzado SVCA/ACLS

Es la continuación del SVB/BLS, a nivel hospital en donde se ha instaurado un Equipo Médico de Emergencia y un Equipo de Respuestas Rápidas. Sigue la secuencia CABD correspondientes a la Vía aérea, Ventilación, Circulación, Diagnóstico Diferencial. (AHA 2011)

Para lograr una reanimación exitosa se requiere de un equipo conformado por el líder del equipo, el designado de mantener desobstruida la vía aérea, el seleccionado de realizar las compresiones torácicas, el asignado de vigilar/anotar, el responsable de administrar de medicamentos intravenosos y alguien comprometido con el monitor/desfibrilador, en la cual cada miembro conoce su función y responsabilidad. (AHA, 2011).

2.6.1. Vía aérea

Marín, Pérez y Álvarez (2011), menciona que mantenerla permeable en pacientes inconscientes, utilizando la maniobra de extensión de la cabeza y

elevación del mentón o tracción mandibular. Se puede usar una cánula oro faríngea en pacientes inconscientes, o una cánula nasofaríngea utilizada en pacientes conscientes o semiconscientes (con tos o reflejo nauseoso).

Caiza., Sayra de los Ángeles (2010), manifiestan que de ser necesario se colocará un dispositivo avanzado por ejemplo mascarilla laríngea, tubo laríngeo, tubo esófago traqueal y tubo endotraqueal. Al utilizar uno de estos dispositivos durante el RCP con 2 reanimadores, se debe administrar 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto).

Confirmar la correcta colocación de los dispositivos avanzados mediante examen físico y capnografía.

2.6.2. Respiración

Administrar oxígeno mediante oxímetro de pulso para alcanzar valores de saturación > 94%.

Supervisar que exista una ventilación y oxigenación adecuadas, por criterio clínico (cianosis y elevación torácica), capnografía y saturación de oxígeno. Evitar las ventilaciones excesivas.

2.6.3. Circulación

Fuente: Fraga, J. (2012) explica que se realiza una monitorización de la calidad del RCP con capnografía si $PETCO_2 < 10$ mm Hg, mejorar las compresiones torácicas y tratamiento con vasopresores. Si la presión intrarterial en fase de diástole es < 20 mm Hg mejorar las compresiones y tratamiento con vasopresores. Conecte el desfibrilador/monitor para arritmias o paro cardíaco. Administración de desfibrilación/cardioversión. Preparación de acceso intravenoso o interóseo. Administración de fármacos de acuerdo al ritmo. Si es necesario administración de líquidos vía IV/IO.

2.6.4. Diagnóstico diferencial

Buscar las causas reversibles y tratarlas, se utiliza la nemotécnica de las H y T.

Tabla 2. Diagnostico

H	T
Hipovolemia	Neumotórax a tensión
Hipoxia	Taponamiento cardiaco
Hidrogenión (acidosis)	Tóxicos (sobredosis de fármacos (tricíclicos, digoxina, betabloqueantes, calcio antagonistas)
Hipopotasemia/ Hiperpotasemia	Trombosis pulmonar (embolia pulmonar masiva)
Hipotermia	Trombosis coronaria (IM agudo, masivo)

Tomado de: Fraga, J. (2012). Soporte vital cardiovascular avanzado. Estados Unidos: Integracolor. Ltd.

2.6.5. RITMOS DESFIBRILABLES

Association, A, H (2012) manifieta que una paciente en paro cardiaco, impulse el sistema de respuesta a emergencias, empiece la resucitación Cardio pulmonar, administre el oxígeno y conecte el monitor o desfibrilador. Identifica si el ritmo es desfibrilable o no.

Sugun Barbanta,M (2012), los ritmos desfibrilables: son la Fibrilación ventricular (**FV**) y Taquicardia Ventricular(**TV**) sin pulso, el manejo de estos ritmos son descargas de alta energía no sincronizadas, si dispone de un desfibrilador monofásico administrar una carga de 360 J, si es un desfibrilador bifásico descargar 120- 200 J, e inmediatamente reinicie RCP 2 minutos, luego hacer

una pausa no mayor a 10 segundos para valorar el ritmo; establezca un acceso IV/IO y administre un vasopresor durante la RCP sea antes o después de la descarga. El vasopresor a utilizar es **Adrenalina** a una dosis de 1mg cada 3 a 5 minutos. Considerar la posibilidad de usar un insumo para la vía área y capnografía. Se puede considerar el uso de un fármaco antiarrítmico en FV/TV refractarias sin pulso es la **Amiodarona** a una dosis del primer bolo de 300mg y la segunda dosis de 150mg.

Si persiste un ritmo desfibrilable administre una nueva descarga y reanude inmediatamente el RCP por 2 minutos.

Si se presenta un ritmo no desfibrilable y el ritmo es organizado, un miembro del equipo palpara el pulso de existir el mismo se procederá con la atención posparo cardiaco.

Si se presenta un ritmo no desfibrilable sin pulso, se procederá a la secuencia de asistolia/AESP.

2.6.6. Ritmos no desfibrilables

Según AHA (2010), los ritmos no desfibrilables y sin pulso son: la Asistolia y AESP (Actividad eléctrica sin pulso), se realiza RCP por 2 minutos, acceso IV/IO uso de adrenalina de 1mg cada 3-5 minutos, considerar el uso de insumos desarrollados para la vía aérea., si el ritmo es desfibrilable trátelo como un FV/TV, caso contrario continúe con el RCP 2 minutos, finalmente tratar las causas reversibles. Las causas más frecuentes y reversibles de una AESP son la hipovolemia y la hipoxia.

2.6.7. Cuidados posparo cardiaco

Sugún Barbanta,M (2012), mantener una saturación de oxígeno >94%, de ser necesario el uso de un insumo desarrollado para la vía área y capnografía.

La angiografía coronaria se deben realizar en pacientes con paro cardiaco extrahospitalario con sospecha de etiología cardíaca y en el electrocardiograma exista una elevación del segmento ST.

En pacientes que no responden de adecuadamente a estímulos orales es permanezca en estado comatosos, se deberán someter a mantenimiento de la temperatura corporal entre 32°C y 36°C durante al menos 24 horas.

No es aconsejable la infusión de cristaloides o coloides fríos por vía intravenosa después de la resucitación cardiopulmonar.

Sugún Barbanta,M (2012), Tratar la hipotensión (<90 mm Hg de presión arterial sistólica y una presión arterial media < 65 mm Hg), con un bolo IV de 1 a 2 litros de Solución Salina o Lactato Ringer, infusión de adrenalina IV de 0,1 mcg-0,5 mcg/ kg por minuto. También se es recomendable administra una infusión de Dopamina IV de 5 a 10 mcg/kg por minuto.

Sugún Barbanta,M (2012), Realizar un electrocardiograma para identificar pacientes con Infarto de Miocardio con elevación del segmento ST o Infarto de Miocardio una vez identificado se deberá intentar una reperfusión coronaria en un centro en donde proporcionen esta terapia.

2.7. Teoría de patricia benner relacionada con la investigación nivel de conocimiento de las enfermeras del área de enfermeras sobre resucitacion cardiopulmonar de adultos en el hospital "un canto a la vida" noviembre, 2016".

2.8.

Según Raile, (2015) Patricia Benner ha trabajado las habilidades, destrezas y competencias de enfermería en un intento por revelar y descifrar la práctica de enfermería. Establece que el conocimiento se deposita con el tiempo en un área experimental y se despliega por medio del aprendizaje experimentado, el razonamiento y la reflexión de situaciones concretas en la práctica.

Según Benner, (1999) el progreso del conocimiento en la práctica consiste en ampliar el conocimiento práctico a través de investigaciones científicas sustentadas en la experiencia clínica. Ella considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos y que la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías de enfermería de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta.

Según Benner, (1984) un conocimiento práctico puede esquivar formulaciones complejas y precisas mientras que el conocimiento teórico se usa para asimilar el aprendizaje y establecer relaciones causales entre los diferentes fenómenos experimentales. Considera que la práctica es un área de investigación y una fuente para la generación de conocimiento. La enfermería debe desarrollar el conocimiento a partir de la práctica y mediante la investigación y la observación. Estableciendo que la práctica y la teoría se relacionan estrechamente.

Antonio (2014), explica que debido a que el modelo se basa en la situación y no en el rasgo el nivel de rendimiento es una función combinada con su formación. Al aplicar un modelo a la enfermería se puede decir que la adquisición de habilidades basadas a la experiencia es más segura y más rápida, según Benner la experiencia en la práctica es muy importante ya que depende de la experiencia para poder realizar una resucitación cardiopulmonar con éxito. Según nuestro pensamiento crítico no solo de la experiencia es suficiente, también depende de la actualización de conocimientos.

2.8.1. Esquema de variable

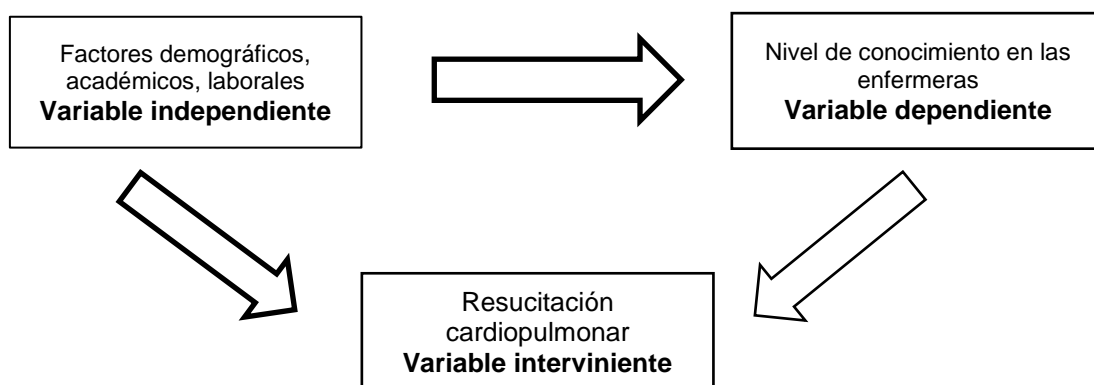


Figura 1. Esquema de Variable

3. CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

La investigación “Nivel de conocimiento de las enfermeras del área de emergencias sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital” Un canto a la vida” noviembre del 2016” tiene un enfoque cualitativo, porque sus datos se analizarán en la medición de cualidades.

Se empleará el método descriptivo porque permitirá describir los fenómenos, situaciones y eventos como se manifiestan en relación a las propiedades, características y perfiles de las enfermeras que participarán en la investigación.

El trabajo tendrá un nivel aplicativo porque los resultados obtenidos serán usados para realizar una propuesta educativa relacionada con la capacitación del grupo de profesionales sobre este tema.

Y es de corte transversal porque los datos se recolectarán haciendo un corte en el tiempo (noviembre 2016).

3.2. Población y muestra

En la investigación “Nivel de conocimiento de las enfermeras del área de emergencias sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital” Un canto a la vida” noviembre del 2016”, la población total estará conformada por 97 enfermeras/enfermeros que laboran en este departamento.

Se realizará mediante una muestra probabilística, aleatoria simple y el tamaño de la muestra se obtendrá a partir de la fórmula de determinación del tamaño de la muestra, con un nivel de confianza del 95% (1,96) con un margen de error del 5%, obteniéndose un resultado de 78 enfermeros considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Enfermeras/os con nombramiento definitivo de la institución
- Enfermeras/os con nombramientos provisionales de la institución
- Enfermeras/os que se encuentren laborando más de tres meses en el servicio de emergencias del hospital “Un canto a la vida”

3.2.2. Criterios de exclusión y eliminación

- Enfermeras/os que no deseen participar en la investigación.
- Enfermeras/os de otros servicios que se encuentren cubriendo ausentismo laborales.
- Enfermeras/os que se encuentren laborando menos de 3 meses en el servicio de emergencias del hospital “Un canto a la vida”

3.3. Métodos y técnicas

Se recolectará los datos de la información utilizando una encuesta y el instrumento será un cuestionario (Anexo N° 6) elaborado de acuerdo con los objetivos y la operacionalización de variables en las enfermeras/os que laboran en el servicio de emergencias del hospital “Un canto a la vida” considerando los criterios de inclusión y exclusión; se operacionalizará mediante las preguntas relacionadas con los factores demográficos, académicos y laborales de las enfermeras/os y con el nivel de conocimiento que tienen sobre la reanimación cardiopulmonar en el paciente adulto.

Las preguntas del cuestionario serán cerradas para facilitar la evaluación y ahorrar tiempo en la recolección, clasificación, tabulación y gráfica de los mismos. El cuestionario será sometido a la prueba piloto.

3.4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplicará para la recolección de datos un cuestionario a las/os enfermeras/os que se encuentran laborando en el servicio de emergencia del hospital “Un canto a la vida, consentimiento informado (Anexo N°7) que respalde la privacidad y confidencialidad de las profesionales que intervienen en la investigación.

Esta herramienta de recolección de información está desarrollada de acuerdo a la operacionalización de variables con preguntas cerradas, claras y concisas que describan la realidad que se pretende conocer.

3.5. Recolección de datos

Antes de la recolección de la información de datos por medio de un cuestionario se deberá contar con la aprobación de la ejecución de la investigación tanto de las autoridades de la Coordinación de Investigación y del Servicio de Emergencia de la institución para evitar problemas que dificulten la ejecución de la investigación. (Anexo N°8)

El cuestionario será aplicado por la estudiante egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas, quien se encargará luego de la clasificación, tabulación, procesamiento y análisis de datos recolectados.

La recolección de información se lo realizó en diferentes turnos tanto de la mañana, como de la tarde y de la noche, afortunadamente se pudo realizar la muestra planificada.

3.6. Análisis e interpretación de datos

Al ser un cuantitativo, descriptivo y transversal se utilizarán las medidas de tendencia central como es el promedio, representando los datos en tablas y gráficos estadísticas a través del programa informático SPSS respectivamente

para luego realizar el respectivo análisis e interpretación y obtener las debidas conclusiones en el trabajo de investigación.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Se recolectó los datos de la información utilizando una encuesta y el instrumento fue un cuestionario elaborado de acuerdo con los objetivos y la operacionalización de las variables en las enfermeras/os que laboran en el servicio de emergencias del hospital “ Un Canto a la Vida” considerando los criterios de inclusión y exclusión; se realizara mediante las preguntas relacionadas con los factores demográficos, académicos y laborales de las enfermeras/os y con el nivel de conocimiento que tienen sobre la reanimación cardiopulmonar en el paciente adulto.

Las preguntas del cuestionario fueron cerradas para facilitar la evaluación y ahorrar tiempo en la recolección, clasificación, tabulación y gráfica de los mismos. El cuestionario fue sometido a la prueba piloto.

3.7. Validación del instrumento

Se aplicó para la recolección de datos un cuestionario a las/os enfermeras/os que se encuentran laborando en el servicio de emergencia del hospital “Un canto a la vida”, previo consentimiento informado que fue respaldado la privacidad y confidencialidad de las profesionales que intervinieron en la investigación.

Esta herramienta de recolección de información fue desarrollada de acuerdo a la operacionalización de las variables con preguntas cerradas, claras y concisas que describieron la realidad que se pretende conocer.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Distribución según sexo de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida, durante noviembre 2016.

Tabla . 3

Distribución según sexo.

PARÁMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
MASCULINO	2	87.5%
FEMENINO	14	12.5%
TOTAL	16	100%

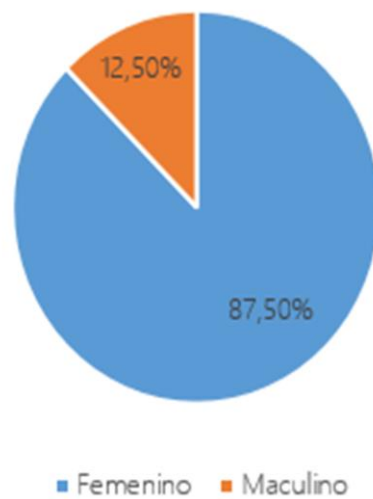


Figura 1 .Distribución segun sexo

Análisis: En la profesión de enfermería generalmente existen más personas del sexo femenino que masculino, en la encuesta realizada en esta investigación en el Hospital un Canto a la vida en el área de emergencia se pudo evidenciar que laboran más profesionales de enfermería mujeres que profesionales de enfermería hombres, dando como resultado un 87.5% pertenecen a profesionales de enfermería mujeres y el 12.5% pertenecen a profesionales de enfermería hombres.

Distribución según la edad de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida, durante noviembre 2016.

Tabla. 4

Edad de profesionales encuestados

PARÁMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
23 a 27	4	25%
28 a 32	4	25%
33 a 37	4	25%
38 a 42	1	6.25%
43 a 47	3	18.75%
TOTAL	16	100%

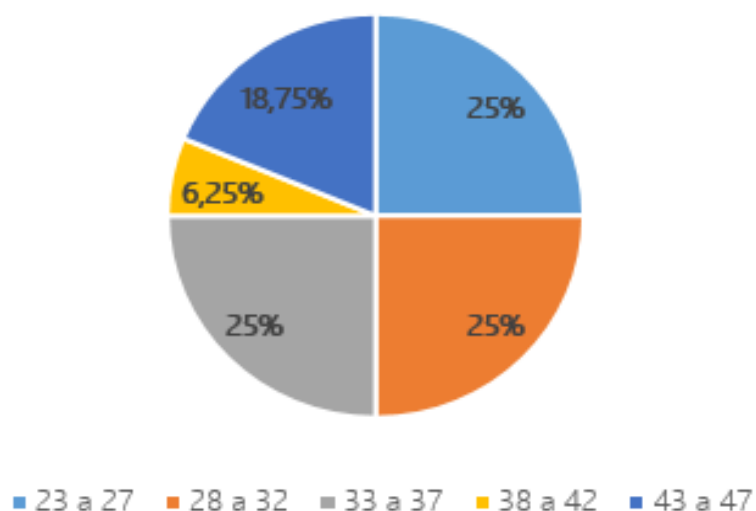


Figura 2. Edad de profesionales encuestados

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 25% presentan edades entre los 23 a 27 años, el 25% edades entre los 28 a 32 años, el 25% edades entre los 33 a 37 años, el 6.25% edades entre los 38 a 42 años y el 18.75% edades entre los 43 a 47 años.

Distribución según formación académica de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida, durante noviembre 2016.

Tabla 5

Formación Académica

PARÁMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
PREGRADO	12	75%
POSGRADO	3	18.75%
MAESTRÍA	1	6.25%
TOTAL	16	100%

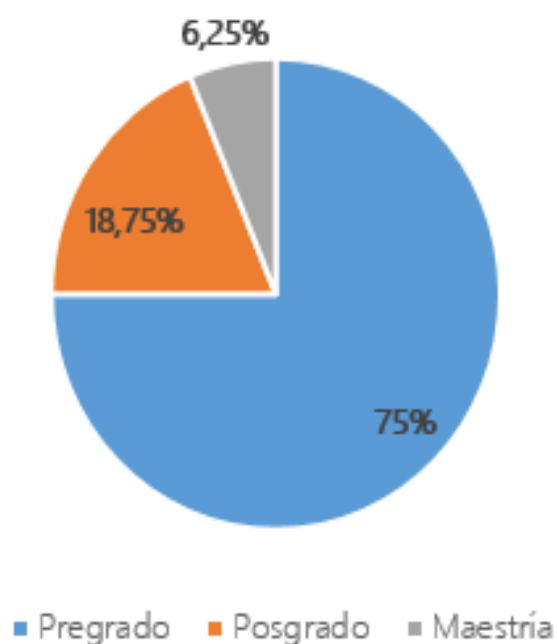


Figura 3. Formación Académica

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 75% posee el título de pregrado, el 18.75% posee un posgrado y el 6.25% posee una maestría.

Distribución según el tiempo de experiencia en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida, durante noviembre 2016.

Tabla 6.

Tiempo de experiencia

PARÁMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
<1 año	4	25%
1 a 5 años	11	68.75%
6 a 10 años	1	6.25%
TOTAL	16	100%

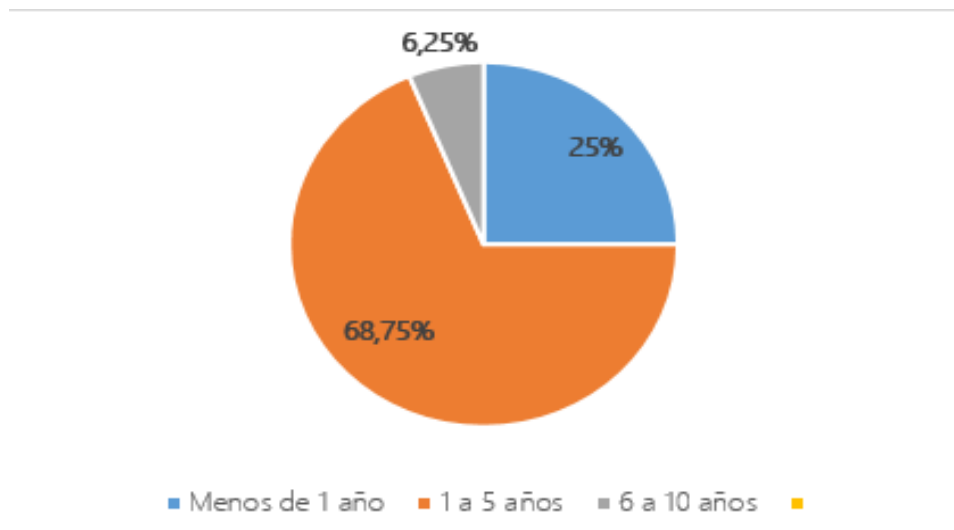


Figura 4. Tiempo de experiencia

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 68.75% trabaja en el servicio de 1 a 5 años, el 25% trabaja menos de un año y el 6.25% trabaja en el servicio de 6 a 10 años.

Distribución según el tiempo que ha recibido aproximadamente la última capacitación acerca de Resucitación Cardiopulmonar.

Tabla 7.

Tiempo de última capacitación.

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
4-6 meses	9	56.25%
7-10 meses o más	7	43.75%
TOTAL	16	100%

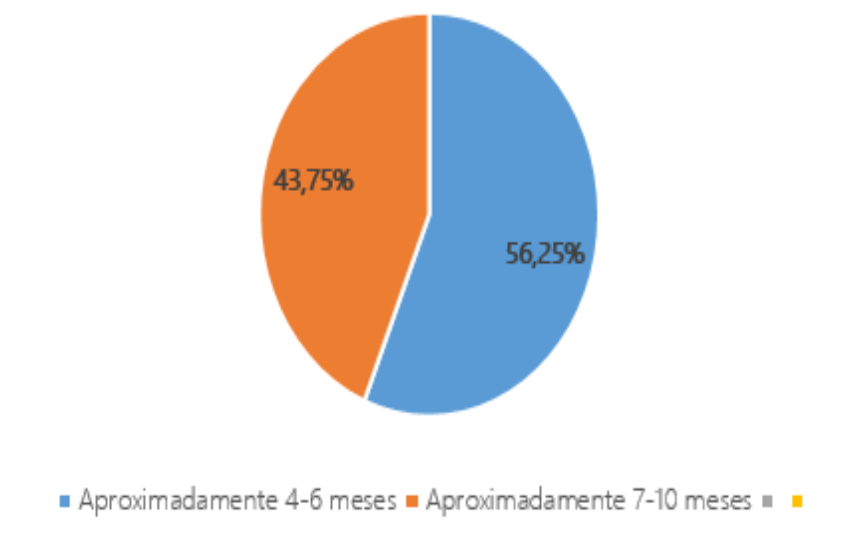


Figura 5. Tiempo de última capacitación.

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia en el Hospital Un Canto a la vida, el 56.25% recibió una capacitación sobre RCP hace aproximadamente 4 a 6 meses, 43.75% recibió una capacitación sobre RCP hace aproximadamente 7 a 10 meses

Se puede evidenciar que los profesionales de enfermería si han recibido una capacitación de RCP en el último año, pero más de la mitad lo han recibido aproximadamente hace 6 meses, por lo que sus conocimientos se encuentran actualizados.

Distribución del nivel de conocimiento sobre el reconocimiento del paro cardíaco en relación con la respiración, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, noviembre del 2016.

Tabla 8.

Nivel de conocimiento sobre RCP

PARÁMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Confirmar si hay respiración, examinar el pecho para detectar movimientos.	15	93.75%
Observando, escuchando la respiración del paciente	1	6.25%
TOTAL	16	100%

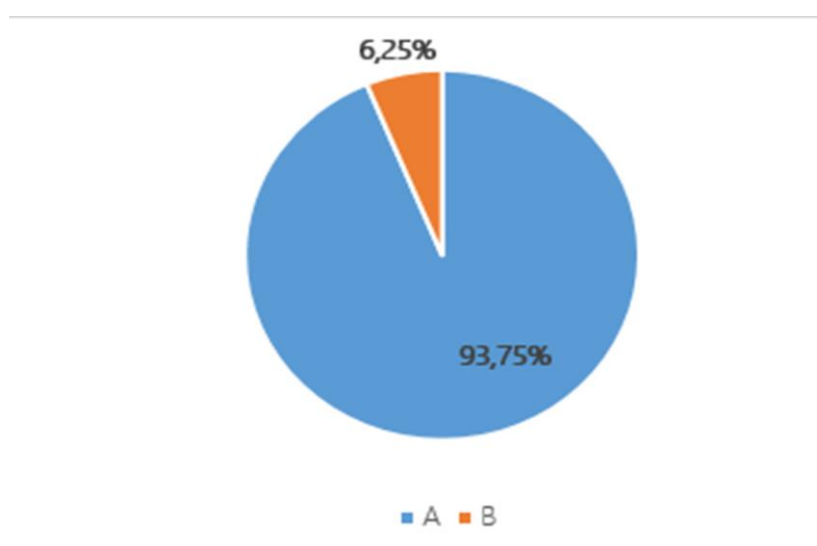


Figura 6. Nivel de conocimiento sobre RCP

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 93.75% respondió que se debe confirmar si hay respiración y si es normal (no respira o solo jadea/boquea) y examinar el pecho para detectar movimiento (entre 5 a 10 segundos), el 6.25% respondió que se debería observar y escuchar la respiración del paciente. La respuesta correcta confirmar que el paciente respire, detectar movimientos de la respiración; la mayoría de los profesionales de enfermería acertó con la respuesta lo que significa que tienen conocimiento sobre la técnica de evaluación y acción de SVB/BLS.

Distribución del nivel de conocimiento sobre el paro cardíaco cuándo no se detecta el pulso en un plazo determinado, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, Noviembre del 2016

Tabla 9.

Reconocimiento cuando no se detecta pulso.

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
10 segundos	15	93.75%
20 segundos	1	6.25%
TOTAL	16	100%

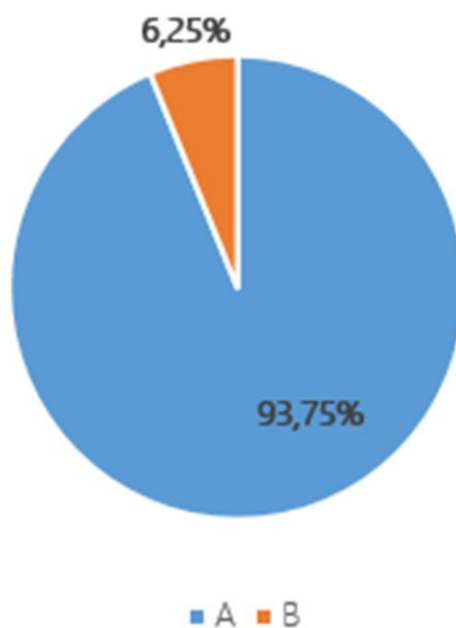


Figura 7. Reconocimiento cuando no se detecta pulso

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 93.75% respondió que un paciente se encuentra en paro cardíaco cuando no se detecta el pulso de 5 a 10 segundos, el 6.25% respondió que se detecta entre 10 y 15 segundos. La respuesta correcta es en donde se comprueba el pulso carotideo durante 5 a 10 segundos; la mayoría de los profesionales de enfermería acertó con la respuesta lo que significa que tienen conocimiento sobre la técnica de evaluación y acción de SVB/BLS.

Distribución del nivel de conocimiento sobre el reconocimiento de cuando se realiza la activación del sistema de respuesta y solicitud del desfibrilador externo automático DEA, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, noviembre del 2016

Tabla 10.

Reconocimiento de cuando se activa el desfibrilador

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	14	87.5%
NO	2	12.5%
TOTAL	16	100%

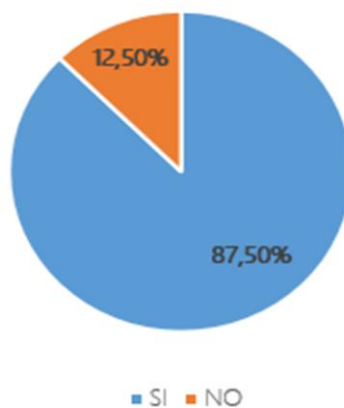


Figura 8. Reconocimiento de cuando se activa el desfibrilador

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 87.5% respondió que, si se debe activar inmediatamente el sistema de respuesta de emergencia y solicitar un DEA, el 12.5% respondió que no.

La respuesta correcta es SI, se activa el sistema de emergencia y se debe conseguir un DEA; la mayoría de los profesionales de enfermería acertó con la respuesta lo que significa que tienen conocimiento sobre la técnica de evaluación y acción de SVB/BLS.

Distribución del nivel de conocimiento, sobre la profundidad recomendada de las compresiones torácicas, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, noviembre del 2016

Tabla 11.

Profundidad recomendada de compresiones torácicas

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Mayor de 5 cm (2 pulgadas)	1	6.25%
Al menos 5 cm (2 pulgadas) pero no superior a 6 cm (2,4 pulgadas)	15	93.75%
TOTAL	16	100%

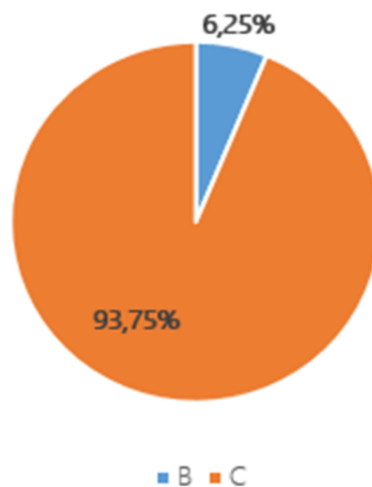


Figura 9. Profundidad recomendada de compresiones torácicas

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 93.75% respondió que la profundidad recomendada de las compresiones torácicas es al menos 5cm pero no superior a 6cm, el 6.25% respondió que la profundidad recomendada es mayor de 5cm. La respuesta correcta de la profundidad recomendada es la de al menos 5cm (2 pulgadas) y no superior a 6cm (2,4 pulgadas); la mayoría de los profesionales de enfermería acertó con la respuesta lo que significa que tienen conocimiento sobre la actualización realizada por las Guías de la AHA en el 2015.

Distribución del nivel de conocimiento sobre la frecuencia recomendada de las compresiones torácicas, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, Noviembre del 2016

Tabla 12.

Frecuencia recomendada de las compresiones torácicas

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Al menos 100 compresiones torácicas por minuto	3	18.75%
100 a 120 compresiones torácicas por minuto	13	81.25%
TOTAL	16	100%

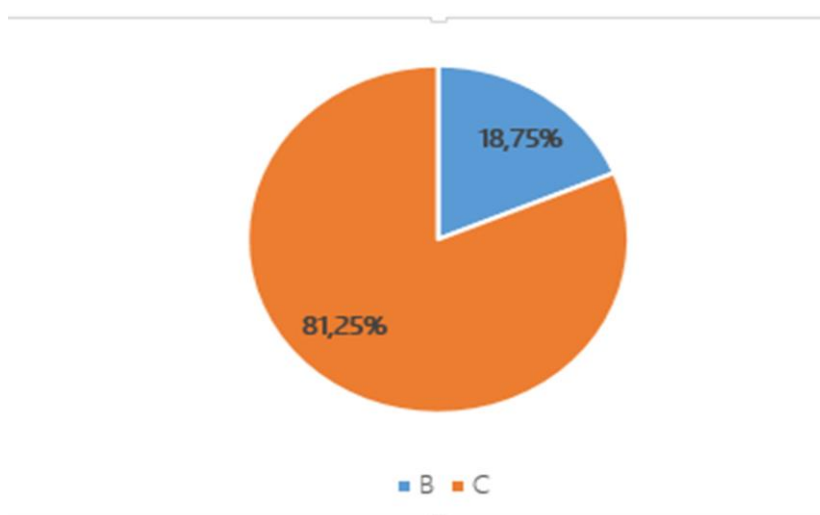


Figura 10. Frecuencia recomendada de las compresiones torácicas

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 81.25% respondió que la frecuencia recomendada de las compresiones torácicas de 100 a 120 compresiones torácicas por minuto, el 18.75% respondió que la frecuencia recomendada de las compresiones torácicas es al menos 100 compresiones torácicas por minuto. La respuesta correcta es la frecuencia recomendada de las compresiones torácicas de 100 a 120 compresiones torácicas por minuto; la mayoría de los profesionales de enfermería acertó con la respuesta lo que significa que tienen conocimiento sobre la actualización realizada por las Guías de la AHA en el 2015.

Distribución del nivel de conocimiento sobre el tiempo que los reanimadores deben cambiarse durante las compresiones torácicas, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, Noviembre del 2016

Tabla 13.

Tiempo que los reanimadores deben cambiarse durante las compresiones

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
8 minutos	3	18.75%
5 minutos	10	62.5%
2 minutos	3	18.75%
TOTAL	16	100%

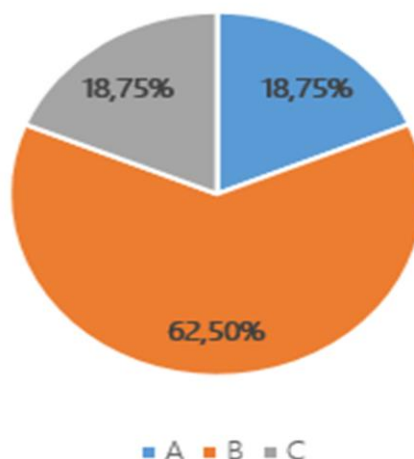


Figura 11. Tiempo que los reanimadores deben cambiarse durante las compresiones

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 62.5% respondió que los reanimadores deben cambiarse cada 5 minutos, el 18.75% respondió que los reanimadores deben cambiarse cada 2 minutos y el 18.75% respondió que los reanimadores deben cambiarse cada 8 minutos. La respuesta según la Guía de la AHA de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado los reanimadores se deben cambiar cada dos

minutos aproximadamente para evitar la fatiga del reanimador; la mayor parte de los profesionales de enfermería no acertó con la respuesta lo que significa que existe poco conocimiento de uno de los pasos que tiene la técnica de evaluación y acción de SVB/BLS.

Distribución del nivel de conocimiento, de que ritmos son susceptibles de descarga con un desfibrilador externo automático en un paciente en paro cardíaco, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, noviembre del 2016.

Tabla 14.

Ritmos susceptibles de descarga con un desfibrilador automático

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Taquicardia Ventricular y Fibrilación Ventricular	12	75%
Actividad Eléctrica Sin Pulso y Asistolia	1	6.25%
Todos los anteriores	3	18.75%
TOTAL	16	100%

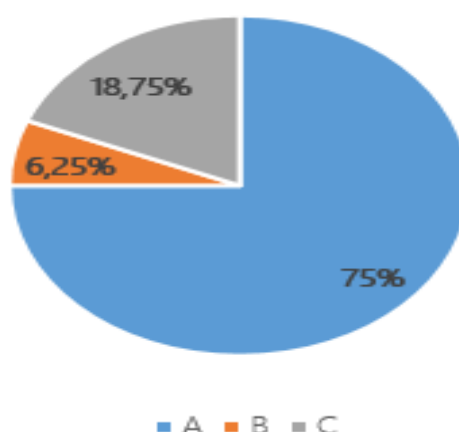


Figura 12. Tiempo que los reanimadores deben cambiarse durante las compresiones

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 75% respondió que los ritmos susceptibles de descarga con un DEA son la Taquicardia Ventricular y la Fibrilación Ventricular, el 18.75% respondió que los ritmos susceptibles para descarga con un DEA son la Actividad Eléctrica Sin Pulso y la Asistolia y el 6.25% respondió que son la Taquicardia Ventricular, la Fibrilación Ventricular, la Actividad Eléctrica sin pulso y la Asistolia. La respuesta correcta según la Guía de la AHA de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado menciona que los ritmos susceptibles para una descarga con un DEA son la Taquicardia Ventricular y la Fibrilación; la mayor parte de los profesionales de enfermería acertó con la respuesta lo que significa que reconoce cuales son los ritmos desfibrilables y el manejo de un Desfibrilador Eléctrico Automático durante el paro cardíaco.

Distribución del nivel de conocimiento sobre la relación compresión ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, noviembre del 2016.

Tabla 15. Relación compresión ventilación sin dispositivo para la vía aérea

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
30 compresiones 2 ventilaciones	14	87.5%
120 compresiones 8 ventilaciones	2	12.5%
TOTAL	16	100%

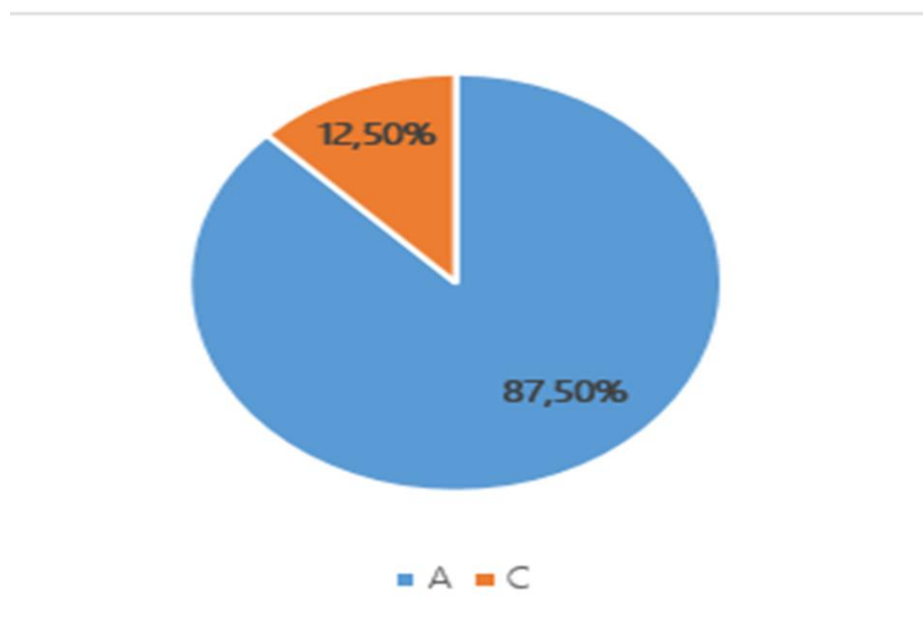


Figura 13. Relación compresión ventilación sin dispositivo para la vía aérea

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 87.5% respondió que la relación compresión ventilación es de 30 compresiones y 2 ventilaciones, el 12.5% respondió que la relación compresión ventilación es de 120 compresiones y 8 ventilaciones. La respuesta correcta según la Guía de la AHA de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado la relación compresión ventilación es de 30:2 sin dispositivo avanzado; la mayor parte de los profesionales de enfermería acertaron con la respuesta lo que significa que tienen conocimiento del manejo de la secuencia recomendada para un solo reanimador iniciando las compresiones torácicas antes de practicar las ventilaciones de rescate (C-A-B), para brindar un RCP de calidad.

Distribución del nivel de conocimiento sobre la dosis de Adrenalina durante el paro cardíaco, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, Noviembre del 2016.

Tabla 16.

Dosis de Adrenalina durante el paro cardíaco

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1 mg cada 1 minutos	4	25%
1 mg cada 3 a 5 minutos	12	75%
TOTAL	16	100%

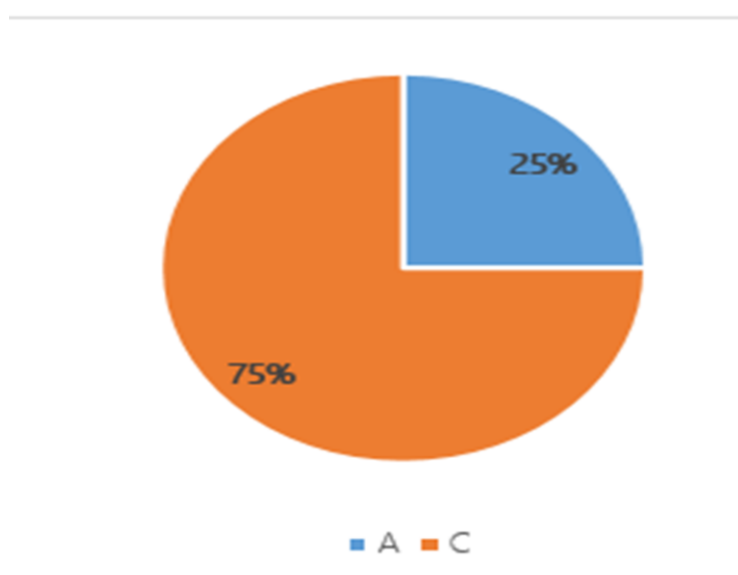


Figura 14. Dosis de Adrenalina durante el paro cardíaco

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 75% respondió que la dosis de Adrenalina durante el paro cardíaco es de 1mg cada 3 a 5 minutos, el 25% respondió que la que la dosis de Adrenalina durante el paro cardíaco es de 1mg cada minuto. La respuesta correcta dentro del algoritmo de RCP avanzado se estipula que se debe administrar Adrenalina 1mg cada 3 a 5 minutos y ya no se utiliza la Vasopresina; la mayor parte de los profesionales de enfermería acertaron con la respuesta lo que significa que tienen conocimiento en el manejo de la farmacoterapia del RCP Avanzado.

Distribución del nivel de conocimiento sobre la temperatura de un paciente comatoso después del paro cardíaco, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, noviembre del 2016.

Tabla 17.

Temperatura de un paciente comatoso después del paro cardíaco

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
26° a 28° centígrados	1	6.25%
28° a 30° centígrados	6	37.5%
30° a 32° centígrados	4	25%
32° a 36° centígrados	5	31.25%
TOTAL	16	100%

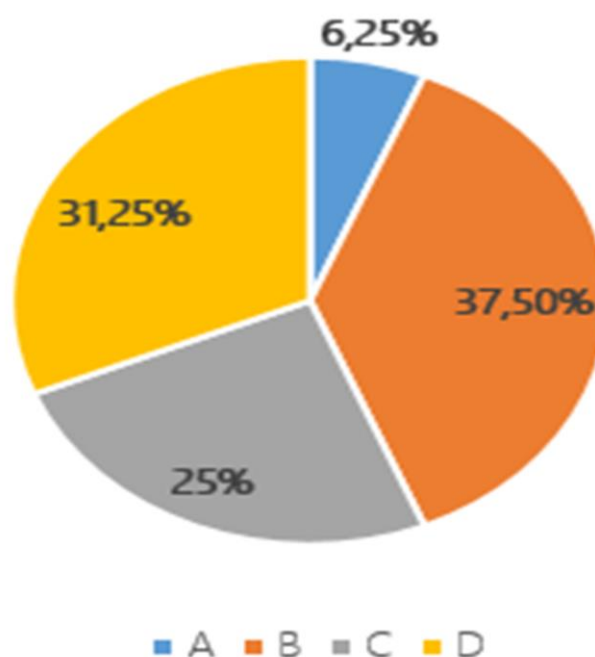


Figura 15. Temperatura de un paciente comatoso después del paro cardíaco

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 37.5% respondió que la temperatura adecuada para un paciente en coma es de 28 a 30° C, el 31.25% respondió que la temperatura adecuada para un paciente en coma es de 32 a 36° C, el 25% respondió que la temperatura adecuada para un paciente en coma es de 30 a 32° C y el 6.25% respondió que la temperatura adecuada para un paciente en coma es de 26 a 28° C. La respuesta correcta según la Guía de la AHA de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado menciona a la Hipotermia terapéutica en pacientes adultos que permanezcan comatosos tras un paro cardíaco; Solo el 25% de los profesionales de enfermería acertaron con la respuesta lo que significa que no existe un conocimiento adecuado de la atención inmediata pos paro cardíaco.

Distribución del nivel de conocimiento sobre cuál es el valor de presión media que se debe mantener después de un paro cardíaco, en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Un Canto a la Vida durante, Noviembre del 2016.

Tabla 18.

Presión media que se debe mantener después de un paro cardíaco

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
75 mm Hg	14	87.5%
>90 mm Hg	2	12.5%
TOTAL	16	100%

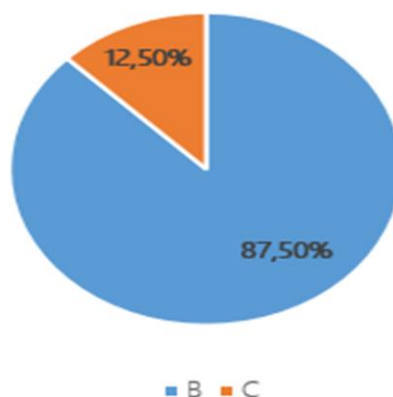


Figura 16. Presión media que se debe mantener después de un paro cardíaco

Análisis: De los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de emergencia, el 87.5% respondió que se debe mantener al paciente con una presión arterial media de 75 mmHg y el 12.5% respondió que se debe mantener al paciente con una presión arterial media >90 mmHg

La respuesta correcta según la Guía de la AHA de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado menciona que el paciente debe mantener una presión arterial media de al menos 75 mmHg; La mayor parte de los profesionales de enfermería acertaron con la respuesta lo que significa que existe un conocimiento básico de la atención inmediata pos paro cardíaco.

DISCUSIÓN

Los resultados se obtuvieron a través de una encuesta con preguntas cerradas sobre Resucitación Cardiopulmonar en adultos Básico y Avanzado, a 16 profesionales de enfermería que labora en el servicio de emergencia del hospital “Un Canto a la Vida”.

Al analizar las respuestas de la encuesta en cuanto al nivel académico, se realiza una comparación sobre conocimientos entre los profesionales que poseen pregrado (75%), posgrado (18.75%) y maestría (6.25%), determinando que los profesionales que realizaron un posgrado obtuvieron más errores al contestar las preguntas que los profesionales de pregrado y maestría, por lo tanto el conocimiento sobre RCP estaría determinado por el tiempo de capacitaciones que han recibido del tema, más no por la formación académica de los profesionales de enfermería. Esto se determinó mediante las encuestas realizadas.

Se evaluó el tiempo de experiencia de los profesionales en el servicio de emergencia, donde se demuestra que 12 de los 16 profesionales (75%) laboran entre 1 a 10 años y los cuatro profesionales restantes (25%) laboran menos de un año en el servicio, es importante destacar que la experiencia que adquieren los profesionales en el servicio les permite incluir un entrenamiento en habilidades técnicas, el trabajo en equipo, la gestión de tareas y la comunicación estructurada, por lo tanto pueden manejar una situación de emergencia como es un paro cardiorrespiratorio reconociendo los signos de deterioro del paciente y activando una respuesta temprana. Dentro de la investigación se determinó que el 100% de los profesionales poseen un conocimiento bueno sobre resucitación cardio pulmonar independientemente de los años que laboran en el servicio.

En el estudio se tomó en cuenta los últimos meses de capacitación sobre RCP que recibieron los profesionales de enfermería, al realizar el análisis se

demuestra que el 56.25% de los encuestados recibieron la última capacitación hace 4 y 6 meses los cuales demuestran presentar un nivel de conocimiento bueno de resucitación cardio pulmonar en base al número de aciertos de las preguntas de la encuesta y el 43.75% de los encuestados recibieron la última capacitación hace 7 y 10 meses los cuales también manejan un nivel de conocimiento bueno, sin embargo cabe recalcar que los conocimientos y habilidades en soporte vital básico y avanzados se deterioran en un intervalo de tiempo entre tres y seis meses (Servicio Madrileño de Salud, 2014, p.8).

Al evaluar el conocimiento de los profesionales sobre el reconocimiento y activación del sistema de emergencia, el 93.75% de los profesionales aplican la técnica de evaluación y acción de la resucitación cardiopulmonar, comprobando si el paciente responde, la confirmación de la respiración y comprueban el pulso carotideo durante 5 a 10 segundos. Otro aspecto a evaluar fue el manejo del DEA demostrando que el 87.5% de los profesionales luego de reconocer que el paciente no responde activan el sistema de respuesta a emergencia y solicitan un desfibrilador externo automático; sin embargo, se observa que existe un pequeño porcentaje de profesionales que en sus respuestas se evidencia confusión en cuanto a los pasos a seguir, tomando en cuenta la actualización de la guía de la AHA 2015.

En cuanto a las compresiones torácicas la mayoría de los profesionales (el 93.75% y el 81.25%) poseen un conocimiento bueno sobre la profundidad y frecuencia de las compresiones, sabiendo que según la actualización de la AHA 2015 las compresiones torácicas aplicadas por minuto durante la resucitación cardio pulmonar es un factor importante para restituir la circulación espontánea y para la supervivencia con una buena función neurológica y que el número real de las compresiones proporcionadas por minuto está determinado por la frecuencia de las compresiones, el número y la duración de las interrupciones de las mismas. También se evidencia que el 75% de los profesionales reconocen cuales son los ritmos desfibrilables, y el 87.5% aplica la relación compresión ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea

(30:2), por lo tanto, poseen un conocimiento bueno en cuanto a la valoración de SVB/BLS

En cuanto al manejo de la farmacoterapia en el paro cardíaco se demuestra que el 75% de los profesionales saben cuál es la dosis y frecuencia de la Adrenalina como medicamento de elección para este evento, por lo tanto tienen conocimiento sobre la evaluación de SVCA/ACLS; otros aspectos importantes que forman parte de esta evaluación es la Hipotermia terapéutica y el mantenimiento de la Presión Arterial Media como cuidados del Pos paro cardiaco, identificando que solo el 37.5% de los profesionales tienen conocimiento del manejo de la temperatura en pacientes comatosos y el 87.5% de los profesionales tienen conocimiento de los valores de la tensión arterial media para mantener la estabilidad de un paciente luego de haber presentado un paro cardiaco.

CONCLUSIONES

Después del análisis de los datos obtenidos de las encuestas, se llegó a la conclusión que de forma general las/los Licenciados de Enfermería que laboran en el servicio de emergencia poseen un conocimiento adecuado y actualizado sobre resucitación cardiopulmonar Básico y Avanzado en base a la Guía de la AHA 2015, sin embargo, existe un porcentaje pequeño de profesionales que poseen falencias en cuanto a la técnica de evaluación y acción de la SVCA/ACLS.

Se demostró que los factores demográficos, académicos y de experiencia laboran no influyen en el nivel de conocimiento de resucitación cardiopulmonar de los profesionales, pero el tiempo de capacitaciones que reciban mejorarían las habilidades y destrezas de los profesionales brindando una mejor atención durante un paro cardiopulmonar.

La participación del profesional de enfermería en un paro cardíaco es fundamental ya que forma parte de la dinámica de equipo de reanimación eficaz, al administrar la medicación, al observar y registrar los eventos y al monitorizar al paciente, además de manejar en conjunto con el médico los cuidados pos paro cardiaco.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al hospital que debería realizar por lo menos cada seis meses capacitaciones teóricas y prácticas de resucitación cardiopulmonar Básico y Avanzado, tomando en cuenta las actualizaciones de las Guías de la AHA y ACLS.

Es importante que se establezca un Protocolo de resucitación cardiopulmonar Básico y Avanzado en el hospital, la cual sea manejada por el servicio de emergencia.

Considero que el servicio de Emergencia del hospital debería realizar simulacros de un paro cardiopulmonar para evaluar el nivel de conocimiento y de desempeño de los profesionales tanto de enfermería como los profesionales médicos.

Los profesionales de enfermería deben ser capacitados para actuar frente a un paro cardiorrespiratorio tanto en el ámbito intrahospitalario como extra hospitalario.

En las Escuelas de Enfermería se deberían realizar capacitaciones periódicas sobre resucitación cardiopulmonar a los estudiantes, destacando la correcta aplicación de las maniobras.

REFERENCIAS

- AHA. (2010). American Heart Association. Recuperado el 5 de abril de 2015, de FÁRMACOS fundamentales del SVCA: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@private/@ecc/documents/downloadable/ucm_312610.pdf
- American heart association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Recuperado el 2 de octubre del 2016 de <file:///C:/Users/PC/Downloads/S397.full.pdf>
- Análisis de las nuevas guías AHA y ERC 2015. Soporte Vital. Recuperado el 18 de octubre del 2016 de <http://signosvital20.com/analisis-de-las-nuevas-guias-aha-y-erc-2015-soporte-vital-basico-y-dea-en-el-adulto/>
- Antonio, L. J. (2014). Manual de Soporte Vital Avanzado. Barcelona: Oceano.
- Arrabal, R., Moreno, A., & Pérez, M. (2009). Parada cardiorespiratoria. Recuperado el 14 de Diciembre de 2014, de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/pcr.pdf>
- Aspectos destacados de la actualización de las Guías AHA para RCP y ACE. Recuperado el 12 de octubre del 2016 de <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>
- Association, A. H. (2012). Soporte vital cardiovascular avanzado. Estados Unidos: Integracolor Ltd.
- Balcázar, E (2015). Reanimación Cardiopulmonar. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152u.pdf>
- Bonow, R, Mann, D, Zipes, D y Libby, P. Tratado de Cardiología, novena edición, editorial ELSEVIER, tomo 1, año 2012. (Pág., 872)
- Constitucion de la Republica del Ecuador. (Registro oifical Nro. 449, del 20 de oct- 2008). Corporacion de Estudios y Publicaciones.En Quito.- Ecuador.

- Cueto, M, (2013). Centro internacional de postgrado. Recuperado el 22 noviembre del 2016 de http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17303/1/TFM_Monica%20Cueto%20Perez.pdf
- Diario El Comercio. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/tendencias/enfermedadescardiovasculares-muertes-ecuador-cifras-juangabriel.html>
- Feijo Barbarita, M. (2012). La actuación de enfermería en RCP.
- Herrera, M, Lopez, F y colaboradores, Plan hospitalario de reanimación cardiopulmonar y soporte vital, segunda edición. Recuperado el 8 de octubre del 2016 de http://www.semicyuc.org/sites/default/files/plan_hjrj_rcp.pdf
- Libro del estudiante de SVB/BLS para PROFESIONALES DE LA SALUD, editores Gelpi, F, García, A, Martín, A, Guillen, C, Vasquez, M, Edición en español 2011.
- Norma Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Básica del Adulto y Pediátrica. Recuperado el 10 de octubre del 2016 de http://www.reanimacion.cl/system/files/documentos/2013/02/cap1_norma_nac_reanimacion_cardiopulmonar_basica_adulto.pdf
- Perales, N, Lopez, J y Ruano, M, Manual de Soporte Vital Avanzado, cuarta edición editorial el sevier, año 2007. (Pág., 9).
- Protocolo de actuación de enfermería ante la parada cardiorrespiratoria. Recuperado el 25 de noviembre del 2016 de [file:///C:/Users/Oficina/Downloads/Gu%C3%ADa%20General%20de%20Titulaci%C3%B3n%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/Oficina/Downloads/Gu%C3%ADa%20General%20de%20Titulaci%C3%B3n%20(8).pdf).
- Raile, M (2015), Modelos y teorías en enfermería. (9na ed). Belgica. (2015,pp 5-36)
- Sánchez, A, Alemán, Pérez, N. (2015). Enfermería global. Recuperado el 2 de diciembre del 2016 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/197791/177341>.

Soporte vital cardiovascular avanzado, Libro del Proveedor, editores Fraga, Guillen, C, Martin, A, SWIESZKOWSKI Sandra, Rivera Wanda. Edición en Español 2014

ANEXOS

CAPITULO V

PLAN DE INTERVENCIÓN

**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

PLAN DE INTERVENCIÓN

Quito Diciembre del 2016

INTRODUCCIÓN

La Reanimación Cardiopulmonar comprende un conjunto de maniobras estandarizadas y de aplicación secuencial dentro de la Cadena de Supervivencia, sustituyendo la respiración y circulación espontaneas e intentando su recuperación de tal forma que existan posibilidades de recobrar las funciones neurológicas.

En el área de emergencia del Hospital Un Canto a la Vida, se brinda atención a pacientes que necesiten ayuda inmediata y cuidados específicos pero cuando se los estabiliza se los traslada a un hospital de tercer nivel como es el hospital Eugenio espejo o el hospital Carlos Andrade Marín, se ha podido observar que a este hospital ingresan todo tipo de pacientes incluso en estado críticos que han requerido una actuación inmediata por parte del personal de salud proporcionando una correcta y rápida Reanimación Cardiopulmonar avanzada en caso que fuere necesario.

Se plantea un plan de intervención que consiste en un programa de educación con el fin de actualizar los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Un Canto a la Vida , acerca del manejo de un paciente en PCR (Paro Cardiorrespiratorio), RCPA (Resucitación Cardiopulmonar Avanzada), algoritmos recomendados por la AHA (American Heart Assosiattion). Este trabajo ha sido realizado en base a las necesidades identificadas en los profesionales de enfermería como la falta de conocimientos resultados que se obtuvieron de una encuesta realizada.

JUSTIFICACIÓN

El paro cardiorrespiratorio es un evento de urgencia que se presenta en cualquier hospital , por lo que se requiere el desarrollo de conocimientos y destrezas de los profesionales que intervienen durante este evento, para salvar la vida de un paciente. Según un estudio de campo realizado en el servicio de emergencia en el período de Noviembre 2016 en el que se aplicó un instrumento para recolección de datos y en base a las conclusiones, hemos determinado que los profesionales de enfermería quienes intervienen durante el RCPA (Resucitación Cardiopulmonar Avanzada) administrando medicación principalmente, no tienen los conocimientos adecuados 100% acerca de la actuación durante la PCR (Parada Cardiorespiratoria).

Con el objetivo de actualizar los conocimientos de los profesionales de enfermería hemos desarrollado este plan de intervención, en el cual constan temas relevantes como: el nuevo COIP (Código Orgánico Integral Penal) enfatizando la mala práctica profesional, Paro cardiorrespiratorio (PCR), Reanimación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA), guías internacionales recomendadas por la AHA (American Heart Assosiattion) y farmacología de los principales medicamentos utilizados durante la RCPA así como los cuidados de enfermería; estableciendo que este trabajo aportó de manera positiva y recomendamos que se lo tome en cuenta de manera frecuente en el servicio.

OBJETIVO

Reforzar el nivel de conocimientos sobre la RCP y capacitar a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Un Canto a la Vida sobre el manejo de pacientes en paro cardiorrespiratorio.

ACTIVIDADES

Resucitación Cardiopulmonar

Diferencias entre RCPB y RCPA

Organización del equipo de salud en RCP

Rol de los profesionales de enfermería en la RCPA

Taller sobre compresiones y ventilaciones

RESPONSABLES

TEM Juan Cazar (Cruz Roja Ecuatoriana)

RECURSOS

Infocus

Computador

Phantomas

Mascarilla

Dispositivo Bolsa-Válvulamascarilla (AMBÚ)

Equipo de vía aérea

Tachos de basura con fundas: roja y negra

METODOLOGÍA UTILIZADA

Técnica expositiva

Taller

Demostración

Devolución de procedimientos

CAPÍTULO VI

4. ANEXOS

4.1. ANEXO Nº 1 ABREVIATURAS

ABCD: Evaluación de SVCA/ACLS: Vía aérea, Ventilación, Circulación y Diagnóstico Diferencial

ACLS: Apoyo Vital Cardíaco Avanzado

AESP: Actividad Eléctrica Sin Pulso

AHA: American Heart Association o Asociación Americana del Corazón

BVM: Bolsa Válvula Mascarilla

DEA: Desfibrilador Externo Automático

EKG: Electrocardiograma

FC: Frecuencia Cardíaca

FV: Fibrilación Ventricular

IO: Intraóseo

IV: Intravenoso

PCR: Paro Cardio Respiratorio

RCP: Resucitación Cardio Pulmonar

RCPA: Resucitación Cardio Pulmonar Avanzada

RCPB: Resucitación Cardio Pulmonar Básica

SBV/BLS: Soporte Vital Básico

SVCA: Soporte Vital Cardiovascular Avanzado

TV: Taquicardia Ventricular

4.3. ANEXO Nº 2 GLOSARIO

Asistolia.-Falta parcial o total de sístole; en este último caso el corazón permanece en diástole y se produce un paro cardíaco.

Bradycardia.- ritmo cardíaco lento tanto fisiológica como patológicamente. cadena de supervivencia

Desfibrilador externo automático (DEA).- Aparato portátil utilizado para reiniciar un corazón que se ha parado.

Fármacos.- es cualquier sustancia que produce efectos medibles o sensibles en los organismos vivos y que se absorbe, puede transformarse, almacenarse o eliminarse.

Fibrilación auricular.- En la fibrilación auricular se “agita” de forma caótica mientras que los ventrículos laten de forma irregular.

Fibrilación ventricular.- Contracciones flutter descoordinadas muy rápidas de los ventrículos.

Paro cardíaco.- Cese temporal o permanente del latido cardíaco.

Reanimación cardiopulmonar.- Procedimiento de emergencias básico para el soporte vital, que consiste principalmente en el masaje cardíaco manual externo y en algún tipo de respiración artificial.

Soporte vital cardiovascular avanzado.- procedimiento de emergencia médica en los que los esfuerzos de soporte vital básico se complementan con la administración de fármacos, líquido IV, etc.

4.4. ANEXO Nº 3 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE 2016				OCTUBRE 2016				NOVIEMBRE 2016				DICIEMBRE 2016			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	CAPÍTULO I Planteamiento del problemas				X											
CAPÍTULO II Marco teórico					X	X										
CAPÍTULO III Diseño metodológico							X									
Entrega del protocolo								X								
Desarrollo del proyecto									X	X	X					
Entrega del informe final												X	X			

Elaborado por: Silvana Reveló Torres
Fecha: Septiembre 2016

5.4. ANEXO N° 4 PRESUPUESTO

CATEGORÍA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PAPELERÍA			
Hojas papel bon A4	300	\$0,01	\$ 3,00
Copias	100	\$0,02	\$2,00
Impresiones B/N	300	\$0,10	\$30,00
Impresiones color	100	\$0,30	\$30,00
Carpetas	5	\$0,50	\$2,50
Anillados	5	\$1,50	\$7,50
Encuadernados	3	\$5,00	\$15,00
SUBTOTAL			\$90,00
TECNOLOGÍA			
Flash memory	2	\$8,00	\$16,00
CDs	4	\$2,50	\$10,00
Internet	100	\$0,80	\$8,00
SUBTOTAL			\$34,00
BIBLIOGRAFÍA			
Libros	3	\$80,00	\$240,00
SUBTOTAL			\$240,00
COMUNICACIÓN			
Plan telefonía celular	2	\$25,00	\$50,00
SUBTOTAL			\$50,00
MOVILIZACIÓN			
Transporte (Guayllabamba-Quito)	12	\$12,00	\$144,00
Transporte (Quito)	50	\$8,00	\$40,00
SUBTOTAL			\$ 184,00
TOTAL			\$ 432,00

Elaboración: Silvana Reveló Torres

Fecha: Septiembre 2016

5.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
CONOCIMIENTO	<p>El conocimiento es definido como 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.</p> <p>Desde el punto de vista filosófico: el conocimiento se define como un acto y un contenido.</p>	RECONOCIMIENTO Y ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS	<p>¿En relación con la respiración usted cómo reconoce usted que un paciente se encuentra en paro cardíaco?</p>	<p>Confirma si hay respiración y si es normal (no respira o solo jadea/boquea) y examina el pecho para detectar movimiento (entre 5 a 10 segundos) ()</p> <p>Observando, escuchando la respiración del paciente ()</p> <p>Sintiendo la respiración del paciente ()</p>
			<p>¿En relación con el pulso usted cómo reconoce usted que un paciente se encuentra en paro cardíaco?</p>	<p>No se detecta pulso palpable en un plazo de:</p> <p>10 segundo ()</p> <p>20 segundos ()</p> <p>30 segundos ()</p>
			<p>¿Luego de reconocer el paro cardíaco usted inmediatamente activa el sistema de respuesta a emergencia y obtiene el desfibrilador externo automático (DEA) antes de iniciar la resucitación cardiopulmonar (RCP)</p>	<p>Si ()</p> <p>No ()</p>

		RCP DE CALIDAD INMEDIATA	¿La profundidad recomendada de las compresiones torácicas es de?	Menor de 5 cm (2 pulgadas) () Mayor de 5 cm (2 pulgadas) () Al menos 5 cm (2 pulgadas) pero no superior a 6 cm (2,4 pulgadas) ()
			¿La frecuencia recomendada de las compresiones torácicas es de?	80 a 100 compresiones torácicas pro minuto () Al menos 100 compresiones torácicas por minuto () 100 a 120 compresiones torácicas por minuto ()
			¿Durante el paro cardíaco los reanimadores (aquellos que proporcionan las compresiones torácicas) deben cambiarse cada que tiempo?	8 minutos () 5 minutos () 2 minutos ()
		DEFIBRILACIÓN	En el paciente en paro cardíaco que ritmos son susceptibles de descarga con un desfibrilador externo automático.	Taquicardia Ventricular y Fibrilación Ventricular () Actividad Eléctrica Sin Pulso y Asistolia () Todos los anteriores () Ninguno de los anteriores ()
		VENTILACIÓN /		

		RESPIRACIÓN	¿La relación compresión ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea es?	30 compresiones 2 ventilaciones ()
			15 compresiones 4 ventilaciones ()	
			120 compresiones 8 ventilaciones ()	
		MEDICACIÓN	La dosis de Adrenalina durante el paro cardíaco es?	1 mg cada 1 minutos ()
				2 mg cada 2 minutos ()
				1 mg cada 3 a 5 minutos ()
2 mg cada 3 a 5 minutos ()				
CUIDADOS POST PARO CARDÍACO	¿El paciente comatoso del pues del paro cardíaco debe mantener con una temperatura corporal durante 24 horas de?	26° a 28° centígrados ()		
		28° a 30° centígrados ()		
		30° a 32° centígrados ()		
		32° a 36° centígrados ()		
	¿Es razonable evitar y corregir de inmediato la hipotensión después del paro cardíaco por lo cual se debe mantener los valores de la presión media entre?	50 mm Hg ()		
65 mm Hg ()				
75 mm Hg ()				
>90 mm Hg ()				

ENFERMERA		DEMOGRÁFICA	Edad	< 25 años () 26 a 29 años () 30 a 35 años () 36 a 39 años () 40 a 45 años () 46 a 50 años () 51 a 55 años () 56 a 60 años () 60 o más ()
			Sexo	Femenino () Masculino ()
		ACADÉMICA	Formación académica de especialización o maestría en ramas de enfermería (emergencia, cuidados intensivos, otros)	Si () No ()
		EXPERIENCIA	Experiencia laboral hospitalaria	< 1 año () 1 a 5 años () 6 a 10 años () 11 a 15 años () 16 o más años ()
Experiencia laboral en el servicio de emergencias	< 1 año () 1 a 5 años () 6 a 10 años () 11 a 15 años () 16 o más años ()			

5.6. ANEXO N° 6 CUESTIONARIO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Fecha:.....

Tema: Nivel de conocimiento de las enfermeras del área de emergencias sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital” Un canto a la vida” noviembre del 2016”

Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras del área de emergencias sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital” Un canto a la vida” noviembre del 2016”

Responsable: María Silvana Reveló Torres / Egresada de la Carrera de Enfermería

LEA DETENIDAMENTE Y PONGA UNA X EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA

I. DATOS GENERALES

1. Señale cuál es su sexo

Femenino ()
Masculino ()

2. Señale cuál es su edad

- | | |
|---------|-----|
| 23 a 27 | () |
| 28 a 32 | () |
| 33 a 37 | () |
| 38 a 42 | () |
| 43 a 47 | () |

3. Señale cuál es su formación académica:

- | | |
|-----------|-----|
| Pregrado | () |
| Postgrado | () |
| Maestría | () |

4. Señale cuál es el tiempo de su experiencia en el servicio de emergencias

- | | |
|--------------|-----|
| < 1 año | () |
| 1 a 5 años | () |
| 6 a 10 años | () |
| 11 a 15 años | () |
| 16 más años | () |

5. Señale hace cuantos meses aproximadamente ha recibido su última capacitación acerca de RCP:

- Hace aproximadamente 2-3 meses
- Hace aproximadamente 4-6 meses
- Hace aproximadamente 7-10 meses o más

II. RECONOCIMIENTO Y ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS

6. En relación con la respiración usted cómo reconoce que un paciente se encuentra en paro cardiaco:

- a. Confirma si hay respiración y si es normal (no respira o solo jadea/boquea) y examina el pecho para detectar movimiento (entre 5 a 10 segundos)
- b. Observando, escuchando la respiración del
- c. Sintiendo la respiración del paciente

7. En relación con el pulso usted cómo reconoce usted que un paciente se encuentra en paro cardiaco cuando no se detecta el pulso palpable en un plazo de:

- a. 5-10 segundos
- b. 10-15 segundos
- c. 15-20 segundos

8. Luego de reconocer que le paciente no responde usted inmediatamente activa el sistema de respuesta a emergencia y solicita el desfibrilador externo automático (DEA) :

- a. Si
- b. No

III COMPRESIONES TORÁDICAS

9. La profundidad recomendada de las compresiones torácicas es de:

- a. Menor de 5 cm (2 pulgadas)
- b. Mayor de 5 cm (2 pulgadas)
- c. Al menos 5 cm (2 pulgadas) pero no superior a 6 cm (2,4 pulgadas)

10. La frecuencia recomendada de las compresiones torácicas es de:

- a. 80 a 100 compresiones torácicas pro minuto
- b. Al menos 100 compresiones torácicas por minuto
- c. 100 a 120 compresiones torácicas por minuto

11. Durante el paro cardíaco los reanimadores (aquellos que proporcionan las compresiones torácicas) deben cambiarse cada que tiempo:

- a. 8 minutos
- b. 5 minutos
- c. 2 minutos

12. En el paciente en paro cardíaco que ritmos son susceptibles de descarga con un desfibrilador externo automático:

- a. Taquicardia Ventricular y Fibrilación Ventricular
- b. Actividad Eléctrica Sin Pulso y Asistolia
- c. Todos los anteriores
- d. Ninguno de los anteriores

13. La relación compresión ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea es:

- a. 30 compresiones 2 ventilaciones
- b. 15 compresiones 4 ventilaciones
- c. 120 compresiones 8 ventilaciones

14. La dosis de Adrenalina durante el paro cardíaco es:

- a. 1 mg cada 1 minutos
- b. 2 mg cada 2 minutos
- c. 1 mg cada 3 a 5 minutos
- d. 2 mg cada 3 a 5 minutos

15. El paciente comatoso del pues del paro cardíaco debe mantener con una temperatura corporal durante 24 horas de:

- a. 26° a 28° centígrados
- b. 28° a 30° centígrados
- c. 30° a 32° centígrados
- d. 32° a 36° centígrados

16. Es razonable evitar y corregir de inmediato la hipotensión después del paro cardíaco por lo cual se debe mantener los valores de la presión media entre:

- a. 50 mm Hg
- b. 75 mm Hg
- c. >90 mm Hg

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

Yo.....en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación “ Nivel de conocimiento de las enfermeras del área de emergencias sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital” Un canto a la vida” noviembre del 2016”” Que realizará Silvana Revelo egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas, estoy consciente de participar en este proceso es decisión propia y que estoy en libertad de abandonar el estudio en el momento en el que lo desee sin que esto me perjudique de alguna forma.

Además conozco que el cuestionario que se me aplique será confidencial izado y los datos que proporcionen serán anónimos y toda la información será usada solo para la investigación.

Por lo anterior expuesto estoy plenamente de acuerdo en participar en esta investigación.

Firma de autorización