



VICERRECTORADO DE INVESTIGACION Y POST GRADO

## TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE  
LOS ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIZACION DE  
ENFERMERIA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA  
DE LA UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS”, LIMA, AÑO 2014**

PRESENTADA POR

**BACHILLER: ROMELIA AGUSTINA MEJIA RAMIREZ**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
DOCENCIA UNIVERSITARIA Y GESTIÓN EDUCATIVA.**

**LIMA - PERU**

**2016**

## **DEDICATORIA**

A mis queridos padres y a mis hermanos por su comprensión y apoyo incondicional para mi superación personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis compañeros de trabajo, por su apoyo permanente y permitir mi superación profesional para el Área de Docencia.

## **RECONOCIMIENTO**

A la Universidad “Alas Peruanas”, por haberme acogido en sus claustros. A mis docentes de Post Grado, quienes supieron orientar mis estudios con mucho profesionalismo.

## RESUMEN

La reanimación Cardiopulmonar básica exige poseer una actitud y aptitud efectiva, segura y auto-control producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos. Todos estos elementos contribuirán a restablecer simultáneamente la ventilación y respiración espontánea.

Se tuvo como **Objetivo**: Analizar qué relación existe entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad "Alas Peruanas" Lima. **Diseño**: descriptivo y correlacional. Así tenemos que del 60 (100%) de los encuestados, 50 (83.3%) entre edades de 30 a 40 años, 10 (16.6%) y de 20 a 30 años de edad 54 (90%) son de sexo femenino, 6(10%) de sexo masculino, y 45 (75%) son casados,15 (15%) son solteros y laboran en diferentes instituciones de salud de FF.AA 45 (75%), MINSA 10 (16.6%) y de ESSALUD son 05 (10%).Con respecto al nivel de conocimiento sobre RCP básica, se empleó escala de Lickert modificado se obtuvo 01 estudiante (1.7%) obtuvo 17puntos /20 calificación Muy bueno y con 06 (9.7%) de 13 puntos /20 calificación buena y un 53 (88.6%) salieron Desaprobados. En cuanto a las Actitudes en su malla curricular del pre y post grado de enfermería sobre RCP básica 40 (66.6%) si llegan a realizar Practica de masaje cardiaco/ventilación y 45 (75%) NO del total de los estudiantes pero desconocen 50(83.3%) el Consejo Peruano de Reanimación, esta es la única entidad en el Perú que capacita y actualiza en RCP básica, a la vez los estudiantes 60(100%) NO reciben apoyo de su institución laboral para actualizarse y capacitarse, su desconocimiento puede producir un desenlace fatal para los pacientes con PCR. Lo que indica que, al margen de la capacidad profesional y la capacidad personal, se hace necesaria la capacitación del personal encuestado en las maniobras de RCP. Finalmente se **Concluye**: que si existe una relación entre nivel de conocimiento en RCP Básica y las actitudes de los estudiantes.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería – Conocimiento-Reanimación cardiopulmonar básica – Actitud.

## SUMMARY

Cardio pulmonary resuscitation basic demands have an attitude and effective, secure and self-control product knowledge, skills, abilities and ethical fitness. All these elements contribute to simultaneously restore ventilation and spontaneous breathing. He aimed to: Analyze what relationship exists between the level of knowledge and attitude of students of the second nursing specialization on basic cardiopulmonary resuscitation college "Alas Peruanas" Lima. Research design was descriptive correlational. So we have 60 (100%) of respondents, 50 (83.3%) between the ages of 30 to 40 years, 10 (16.6%) and 20 to 30 years of age 54 (90%) are female, 6 (10%) male and 45 (75%) are married, 15 (15%) are single and working in different health institutions FF.AA 45 (75%), MINSA-10 (16.6%) and ESSALUD they are 05 (10%).

Regarding the level of knowledge about basic CPR, scale Lickert was used modified was obtained 01estudiante (1.7%) had 17puntos / 20 rating Very good and with 06 (9.7%) of 13 points / 20 good rating and 53 (88.6%) Deprecated emerged. As for attitudes in the curriculum of undergraduate and graduate nursing on basic CPR 40 (66.6%) if they perform Practice cardiac / ventilation and 45 massage (75%) NO of all students but do not know 50 (83.3%) Peruvian Resuscitation Council, this is the only entity in Peru that trains and updates in basic CPR, while students 60 (100%) do not receive support from their labor institution to update and train, ignorance can produce a fatal outcome for patients with PCR. Indicating that respondent staff training in CPR is done, regardless of the professional capacity and personal capacity necessary. Finally we conclude that if there is a relationship between level of knowledge in basic CPR and attitudes of students.

**KEYWORDS:** Nursing - Basic Cardiopulmonary Resuscitation Knowledge - Attitude.

## INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RECONOCIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	2
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	2
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL.	4
1.2.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL.	5
1.2.3. DELIMITACIÓN SOCIAL.	5
1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.	5
	8

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN (FORMULACIÓN DEL PROBLEMA)	7
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	7
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	7
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	9
1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS	9
1.5.3. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	10
1.5.3.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	10
1.5.3.2. VARIABLES DEPENDIENTES	10
1.5.3.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	11
1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	12
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	12
1.6.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	14
1.6.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	14
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.7.1. POBLACIÓN	15
1.7.2. MUESTRA	15
1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.8.1. TÉCNICAS	16
1.8.2. INSTRUMENTOS	16
1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.9.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.9.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.9.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	



CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.2. BASES TEÓRICAS	24
2.2.1. REANIMACION CARDIOPULMONAR	24
2.2.2 HISTORIA RCP	26
2.2.3 SOPORTE VITAL BASICO	28
2.2.4 RECONOCIMIENTO DE UN PARO CARDIACO	29
2.2.5 SECUENCIA RCP	31
2.2.6 COMPRESIONES CARDIACAS	32
2.2.7 VENTILACIÓN ARTIFICIAL	33
2.2.8 DESFIBRILACIÓN	35
2.2.9 REANIMACION MEDICA DE UNA EMBARAZADA	37
2.2.10 GUIA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA)	38
2.2.11. FACTORES INFLUYENTES DE LA CAPACITACION	52
2.2.12 ACTITUDES	54
2.2.13. LA ACTITUD PROFESIONAL	57
2.2.14. CONCEPTOS DE ENFERMERIA	63
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICO	64
CAPÍTULO III	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	69
3.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
3.2. DESARROLLO DE DATOS ESTADÍSTICOS	71
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	96
FUENTES DE INFORMACIÓN	96
ANEXO	
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	
ANEXO 2: ENCUESTA O ENTREVISTA	

## **INTRODUCCIÓN**

El manejo adecuado de situaciones de riesgo de vida requiere conocimientos, aptitudes y destrezas que se obtiene con estudio y entrenamiento. Podemos afirmar que existe en el país un inadecuado manejo de las situaciones de riesgo de vida, en muchos niveles de atención, desde la comunidad hasta los profesionales de la salud.

En esta situación es posible identificar y analizar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2014 donde se aprecia que la información ofrecida en

las diferentes etapas de la formación del profesional de la salud es insuficiente.

Se observa un escaso entrenamiento sistemático en la resolución de situaciones de emergencia, dado que habitualmente los profesionales de enfermería con menor experiencia son los que suelen enfrentar estas situaciones. Si se analiza los contenidos de la carrera de medicina de las universidades públicas y privadas se observa que solo en algunas de ellas, y parcialmente, existen materias y/o actividades dirigidas a la enseñanza de las emergencias y/o la reanimación cardiopulmonar. En los sistemas de formación de post grado, como las residencias médicas, es poco el tiempo destinado a esta área. Aun aquellos profesionales que cuentan con los conocimientos necesarios suelen fallar en los aspectos prácticos. Evaluando residentes de años superiores de las residencias médicas es posible observar que muchos no son capaces de realizar un adecuado soporte de la ventilación o compresiones torácicas, práctica indispensable para el manejo de emergencias de riesgo vital. Sumado a lo anterior, la poca frecuencia relativa de estas situaciones genera una condición de bajo nivel de entrenamiento en la población médica en general.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.**

La reanimación cardiopulmonar, es de vital importancia el conocimiento básico de las maniobras y técnicas de la resucitación y soporte de vida, en entrenamiento, actualización permanente del personal de salud para poder promover la prevención de los factores de riesgo cardiaco y

cerebro vascular difundiendo el estilo de vida, para evitar el incremento y desarrollo de estas enfermedades que conllevan a la muerte.

Cada año mueren más personas por ECV 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, a los AVC. Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios. De los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV. La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares ocupan los primeros lugares de mortalidad según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por lo que representan en la actualidad, un importante problema de salud pública, este tipo de enfermedades comienzan a desarrollarse desde la infancia, pudiendo en la edad adulta, presentarse de manera súbita. Es de alta mortalidad en nuestro país y el mundo.

El Consejo Peruano de Reanimación es la entidad que representa al Perú, ante el Consejo Latinoamericano y Mundial (International Liaison Committee On Resuscitation); cumple con su misión certificando a los profesionales de la salud y otros proporcionando los conocimientos para

la promoción. Prevención, difusión y las técnicas necesarias para la atención del paro cardiorrespiratorio en el Perú.

En el año 1997, se crearon las escuelas de la segunda especialización de postgrado de enfermería, para adquirir el título profesional de Enfermera especialista (Uci, Emergencias y desastres, Neonatología, Salud Pública, Cardiología, Pediatría)

A la actualidad se percibe que las universidades del Perú ya no consideran, como requisito evaluación académica, presentación currículum vitae documentado y tiempo de servicio en el área profesional a la que postula, los postulantes no tienen experiencia laboral en manejo de paciente crítico.

Tenemos muchas competencias profesionales de especialidad en las universidades. ¿Cuál es el objetivo de esta especialización?

Como docente e instructora del Consejo Peruano de Reanimación (CPR) 2012, se viene evidenciando un desconocimiento y la no actualización, en el manejo de la reanimación cardiopulmonar en el personal de salud.

¿Por qué el personal de salud no sabe realizar la reanimación cardiopulmonar básica?, no brindan maniobras y técnicas de RCP básica en la comunidad ni áreas hospitalarias.

Los profesionales de la salud, realizan segunda especialización en postgrado, maestrías. Por incrementar sus conocimientos y currículos y se deja de lado lo más básico y elemental la RCP.

El paro cardiorrespiratorio es un problema de salud pública a nivel OMS. Es de alta mortalidad en nuestro país y el mundo. Se ha evidenciado en Universidades particulares y nacionales que los estudiantes de postgrado

en sus evaluaciones un desconocimiento en la atención básica actual en la RCP. El personal de la salud, no se actualiza y certifica en RCP.

Este trabajo de investigación propone que todos los profesionales de la salud tienen que actualizarse y certificarse, por ser una gran responsabilidad ética y legal a la hora de proporcionar técnicas y maniobras de resucitación a personas que requieren una reanimación cardiopulmonar básica.

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

Frente a la realidad expuesta, la presente investigación queda delimitada en los siguientes aspectos:

### **1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL**

La investigación se llevó a cabo en Lima, dentro del sector salud, sobre relación del nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la Universidad Alas Peruanas, 2014.

### **1.2.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL.**

La presente investigación por la forma como ha sido planeado es una investigación actual, razón por la cual temporalmente está comprendido en el periodo 2014, teniendo como escenario la Universidad Alas Peruanas.

### **1.2.3. DELIMITACIÓN SOCIAL.**

La presente investigación favorece al sector salud, de manera específica a los estudiantes de la segunda especialización de Enfermería.

## **1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.**

### **a) NIVEL DE CONOCIMIENTO.**

Implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual. Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella.

Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento. Conocimiento empírico. Conocimiento científico. Conocimiento filosófico. Conocimiento teológico.

### **b) REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.**

Es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar. La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando una persona ha dejado de respirar y el corazón ha cesado de palpar. Esto puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco, ahogamiento o cualquier otra circunstancia que ocasione la detención de la actividad cardíaca. Reconocimiento de un paro cardíaco. Acercamiento al paciente en busca de elementos que identifiquen a una víctima que requiera RCP. Comprobación de las funciones respiratorias: el socorrista escucha la respiración, trata de sentir el aire sobre su mejilla, mira si el pecho sube y desciende, y siente los movimientos del pecho.

### **c) SITUACIONES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.**

Las Situaciones de emergencia que requieren de soporte vital básico son cualquiera en las que la persona afectada esté inconsciente y hayamos verificado que no respira, como un atragantamiento con pérdida de consciencia, una sobredosis, un accidente. Para llevar a cabo de manera efectiva la reanimación, hay unos pasos que debemos seguir con un orden concreto. Si se realizan correctamente las probabilidades de supervivencia de la víctima subirán de manera espectacular.

### **d) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN.**

El desarrollo de las técnicas modernas de reanimación cardiopulmonar tiene su origen en el descubrimiento de la anestesia general en Boston, por Thomas Morton, quien utilizó éter sulfúrico el 16 de octubre de 1846 durante un procedimiento quirúrgico que realizó el cirujano Warren. Este suceso marcó un hito trascendente en la Anestesiología Mundial.

El paro cardiorrespiratorio (PCR), es una de las grandes emergencias médicas, es potencialmente reversible y tiene una alta incidencia tanto en los servicios de urgencia como en las salas hospitalarias. En nuestro país se han diseñado numerosos estudios con el objetivo de evaluar tanto el comportamiento de la parada cardiorrespiratoria como la preparación del personal de salud para enfrentarla con diversos resultados.

## **1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.**

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y actitud de los Estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre



reanimación cardiopulmonar básica de la Universidad “Alas Peruanas”,  
Lima, año 2014?

### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.**

- a) ¿Qué nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?
  
- b) ¿De qué manera se percibe las actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?
  
- c) ¿Qué nivel de vinculación tienen el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERALES.**

Determinar qué relación existe entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar de la Universidad “Alas Peruanas”, Lima año 2014.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.
- b) Analizar De qué manera se percibe las actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.
- c) Precisar la vinculación que tienen el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.

#### **1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Existiría un relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre Reanimación cardiopulmonar básica de la Universidad “Alas Peruanas” Lima, año 2014.

### **1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS**

- a) Tendrían un conocimiento y actitud significativo los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.
  
- b) Se percibiría significativamente las actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.
  
- c) Existiría un nivel de vinculación significativo entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.

### **1.5.3. IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES**

#### **(DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)**

#### **1.5.3.1. VARIABLE X:**

- ❖ **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES**

El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual. Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento. Conocimiento empírico. Conocimiento científico. Conocimiento filosófico. Conocimiento teológico

#### **1.5.3.2. VARIABLE Y:**

##### **❖ ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES**

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Ei ser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

#### **1.5.3.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
-----------	-------------	-------------

<p><b><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></b></p> <p>NIVEL CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Generalidades</li> <li>❖ Cadena de supervivencia</li> <li>❖ Académico</li> <li>❖ Conceptual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reconocimiento Precoz</li> <li>❖ Cadena de supervivencia</li> <li>❖ operacional</li> <li>❖ Maniobras de respiración</li> <li>❖ Desfibrilador externo Automático</li> </ul>
<p><b><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></b></p> <p>ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Actitud personal.</li> <li>❖ Actitud profesional.</li> <li>❖ Actitud Social.</li> <li>❖ Actitud positiva y negativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Formación Profesional Básica</li> <li>❖ Apoyo Institucional</li> <li>❖ Aula</li> <li>❖ Demografía</li> <li>❖ Económico</li> </ul>

## 1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### **1.6.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Por el tipo de investigación, el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación básica, en razón que se utilizan conocimientos de las ciencias de la salud.

### **1.6.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **a) NIVEL DE INVESTIGACIÓN.**

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, por su nivel reúne las características de un estudio descriptivo, explicativo.

#### **DESCRIPTIVA.**

Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo es indicar cómo se relacionan las variables medidas.

#### **EXPLICATIVA.**

La investigación explicativa busca el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.

Características: Este tipos de estudio emplea la hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos.

### **1.6.3. METODO DE LA INVESTIGACIÓN.**

## **a). MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

**DEDUCTIVO – INDUCTIVO – SÍNTESIS – ANÁLISIS.**

### **DEDUCTIVO.**

El método deductivo consiste en la totalidad de reglas y procesos, con cuya ayuda es posible deducir conclusiones finales a partir de unos enunciados supuestos llamados premisas si de una hipótesis se sigue una consecuencia y esa hipótesis se da, entonces, necesariamente, se da la consecuencia.

### **INDUCTIVO.**

La inducción se suele caracterizar como un raciocinio que va de lo singular o particular a lo general o universal. Esa tiende a desarrollar teorías científicas generales a partir de observaciones particulares. Frente a este método, es claro para la ciencia hoy que, no se puede fundamentar un enunciado universal por medio de enunciados particulares esto daría margen a muchos errores y restaría importancia a la profundización por medio de una investigación más profunda.

### **SÍNTESIS.**

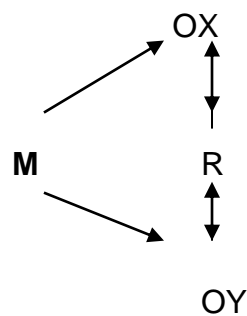
Consiste en la reunión racional de varios elementos dispersos en una nueva totalidad. La síntesis se da en el planteamiento de la hipótesis. El investigador como ya se explicó antes efectúa suposiciones o conjeturas sobre la relación de tales o cuales fenómenos, pero la conexión entre ambos fenómenos no es evidente por sí misma.

### **ANÁLISIS.**

Se emplea para conocer mejor los objetos (cosas físicas que se encuentran entorno a nosotros). Se trata de hacer un estudio pormenorizado y de forma organizada de un objeto cualquiera.

#### 1.6.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de carácter no experimental, por lo que se va a realizar el levantamiento de la información en los estudiantes de enfermería, para su posterior evaluación e interpretación, con el objeto de determinar el efecto en la salud. El diseño que se utiliza en la investigación es un diseño - correlacional:



#### Dónde:

**M** = Muestra de estudiantes de la segunda especialización de enfermería de la Universidad "Alas Peruanas".

**O** = Observación.

**X** = Variable Independiente, Nivel de conocimiento.

**Y** = Variable Dependiente, Actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de Enfermería.

**R** = Relación entre variables



## 1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

### 1.7.1. POBLACIÓN.

La población de estudio estuvo conformada por el universo de 85 estudiantes de la segunda especialización de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, sede Lima. Como criterio de inclusión y en los criterios de exclusión serán los estudiantes que no deseen participar y se encuentren fuera de la sede Lima.

### 1.7.2. MUESTRA

La muestra la conforman 60 estudiantes de la segunda especialización de enfermería con previa autorización de cada profesional a participar en el estudio de forma voluntaria, confidencial y anónima, se procedió a la aplicación de un instrumento, el cual consta de 2 partes, la primera parte consta de veinte (20) preguntas sobre Nivel de Conocimiento (NC) y la segunda parte consta de dieciséis (16) preguntas sobre actitud.

## 1.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACION (RECOLECCIÓN DE DATOS)

### a). TÉCNICAS

- ❖ **Observación.** La observación es un recurso que utiliza constantemente en la investigación científica. la observación es el procedimiento empírico por excelencia. Todo conocimiento científico proviene de la observación, ya sea directa o indirecta.
- ❖ **La encuesta.** La técnica de encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz.

## **b). INSTRUMENTOS**

- ❖ Cuestionario de encuesta que permitió recopilar información a través de preguntas a la que el encuestado respondió
  - ❖ Los ítems del instrumento sobre el Nivel de Conocimiento fueron contruidos en preguntas correlacionales, donde el estudiante tenia preguntas y respuestas en la evaluación. Las respuestas fueron contabilizadas con una escala de valoración del conocimiento según las respuestas correctas considerando las puntuaciones entre 1-20: Muy Bueno (16-20), Bueno (13-15) y Regular (11-13), Malo (0-11).
  - ❖ Para medir la actitud se construyó una escala Lickert modificado con tres (3) categorías, en función a su direccionalidad la puntuación dada fue de 1 al 3: Siempre, a veces y nunca. Se contabilizaron 10 ítems positivos y 6 ítems negativos de acuerdo a la tendencia de la actitud. Posteriormente con la finalidad de determinar la actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería se diseñó la siguiente escala de actitud: Favorable (Siempre y A veces), indiferente y Desfavorable (Nunca).

## **1.9. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.9.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.**

El presente trabajo de investigación, está justificado a plenitud, dado que la investigación se refiere a todas las maniobras realizadas para restaurar una oxigenación y circulación eficientes en un individuo en

PCR con el objetivo de lograr una adecuada recuperación de la función nerviosa superior, este es su objetivo final. Se aplica ante un paro cardíaco, independientemente de su causa.

La RCPC incluye una serie de pasos (*ABC del apoyo vital*) en cascada que agilizan el rápido reconocimiento de los principales signos vitales. Esta secuencia, si bien se diseña para la RCPC, también es aplicable para cualquier tipo de evento médico o traumático al cual haya que reconocer de forma inmediata antes de brindar apoyo vital básico o avanzado. La RCPC al igual que el apoyo vital, puede ser básico o avanzado en dependencia de los recursos y el entrenamiento del personal. El seguimiento se resume en los algoritmos para la RCPC del adulto y del niño expuestos más adelante.

Otra justificación radica en que la respiración boca a boca suministra aire a los pulmones de la persona. Todo ello, hasta que se puedan restablecer la función respiratoria y las palpaciones cardíacas de manera natural o bien de manera artificial mediante monitores cardíacos o respiratorios. Se puede presentar daño permanente al cerebro o la muerte en cuestión de minutos si el flujo sanguíneo se detiene; por lo tanto, es muy importante que se mantenga la circulación y la respiración hasta que llegue la ayuda médica capacitada. Las técnicas de RCP varían ligeramente dependiendo de la edad o tamaño del paciente. Las técnicas más novedosas hacen énfasis en las compresiones por encima de la respiración boca a boca y las vías respiratorias, revocando la vieja práctica (Referencia médica).

Finalmente la investigación se justifica porque la reanimación cardiopulmonar (RCP), o reanimación cardiorrespiratoria (RCR), es un conjunto de maniobras temporales y normalizadas intencionalmente

destinadas a asegurar la oxigenación de los órganos vitales cuando la circulación de la sangre de una persona se detiene súbitamente, independientemente de la causa de la parada cardiorrespiratoria.

Los principales componentes de la reanimación cardiopulmonar son la activación del servicio médico de emergencias dentro o fuera del hospital y la asociación de MCE (masaje cardíaco externo o compresiones torácicas) con respiración artificial (ventilación artificial). Otros componentes relacionados incluyen la maniobra de Heimlich y el uso de desfibriladores externos automáticos.

Según estudios realizados por el académico Hernando Matiz Camacho, las recomendaciones específicas sobre la RCP varían en función de la edad del paciente y la causa del paro cardíaco. Se ha demostrado que cuando la RCP es puesta en práctica por personas adiestradas en la técnica y se inicia al cabo de pocos minutos tras el paro cardíaco, estos procedimientos pueden ser eficaces en salvar vidas humanas. Aunque un estudio publicado en 2010 ha puesto en duda el alcance del procedimiento, de 95 000 pacientes solo el 8 % presentó resultados positivos. Es importante tener presente que todos los esfuerzos que se realicen para salvar la vida de una persona que se encuentra en un paro cardiorrespiratorio denotan una gran calidad humana, vale la pena que todo ciudadano común aprenda maniobras de reanimación cardiopulmonar.

### **1.9.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.**

El presente trabajo de investigación, es de vital importancia, porque se espera que cuando esté terminada la investigación los aportes que brinde, trascienda para solucionar los problemas existentes. Además

es importante porque la evaluación científica ha demostrado que no hay criterios claros para predecir con seguridad la utilidad de una reanimación cardiorrespiratoria. La reanimación cardiopulmonar debe practicarse sobre toda persona en parada cardiorrespiratoria, es decir: Inconsciente: la persona no se mueve espontáneamente, no reacciona ni al tacto ni a la voz; Que no respire: después de la liberación de las vías aéreas (desabrochar la ropa que pueda molestar la respiración), no se observa ningún movimiento respiratorio y no se siente el aire salir por la nariz o la boca; Se recomienda que todo paciente en paro cardíaco reciba reanimación, a menos que: La víctima tenga una instrucción válida de no ser reanimado; La víctima presente signos de muerte irreversible como el rigor mortis, decapitación o livideces en sitios de declive; No se pueda esperar un beneficio fisiológico, dado que las funciones vitales de la víctima se han deteriorado a pesar de un tratamiento máximo para condiciones como el choque séptico o criogénica progresivos.

En el caso de parada cardiorrespiratoria en adultos, el ritmo cardíaco que se suele encontrar más frecuentemente es la denominada «fibrilación ventricular». El tratamiento adecuado de la fibrilación ventricular es la desfibrilación precoz. Cada minuto que pasa disminuye en un 10 % las posibilidades de supervivencia. En el caso de un adulto con pérdida brusca de consciencia y cuando se está solo (reanimador aislado), la prioridad es alertar a los servicios de emergencia antes de comenzar la RCP para de esta manera realizar la desfibrilación lo antes posible. La RCP sirve solo para mejorar las posibilidades de supervivencia mientras se espera la ayuda especializada. Debido a su importancia en eventos súbitos en adultos, se está potenciando el uso de desfibriladores automáticos en sitios estratégicos, estadios, centros

comerciales o aviones y permiten que una persona con un mínimo entrenamiento sea capaz de realizar maniobras de reanimación.

### **1.9.3. LIMITACIONES**

Como en todo trabajo, en esta investigación existen limitaciones de factor económico, de factor tiempo y factor bibliográfico, no se pudo evaluar en su totalidad a los estudiantes de la segunda especialización de enfermería a los que realizan la especialización de cuidados intensivos por estar ejerciendo la especialidad en provincia. Sin embargo no ofrecerá mayores dificultades que impidan su ejecución, por tanto su culminación fue en tiempo establecido.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 . ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.**

Al revisar la literatura se han encontrado los siguientes trabajos de Investigación que se relacionan con el presente trabajo entre ellos tenemos Nacionales e Internacionales.

#### **2.1.1. TESIS: “PACIENTES EN PARO CARDIORESPIRATORIO QUE RECIBEN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PREVIA LLEGADA DE MÓVILES AVANZADOS SAMU”**

**Autor: Donaire E, Andaur A, Aliaga A, Castro M** El 27 de diciembre 2012, de la facultad de medicina, universidad de chile. Artículo Científico.

### **RESUMEN.**

En PCR que ocurre fuera del hospital estudios extranjeros muestran mortalidades entre 92%-95% (1). En países desarrollados una mayor cantidad de gente capacitada en maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) trae consigo una disminución de la morbimortalidad producto a PCR. Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal respecto de la realización de RCP previo a la llegada del Servicio de ambulancia medicalizado de urgencia (SAMU) a pacientes en PCR atendidos por móviles avanzados del SAMU Metropolitano entre Junio y Julio del 2009. Se obtuvo ficha clínica, sexo, edad, comuna, realización de RCP previa llegada del SAMU y causa probable. Los datos fueron agrupados en variables dicotómicas y analizados con la prueba de chi cuadrado. Resultados: 60 pacientes en PCR, 29 recibieron RCP previo a

la llegada de SAMU y 31 no. 32 pacientes eran mayores de 65 años, donde 14 recibieron RCP y 18 no. 28 pacientes eran menores de 65 y de estos 15 recibieron RCP y 13 no. 23 pacientes provenían de comunas de IDH bajo, 10 recibieron RCP y 13 no. Los de comunas de IDH alto fueron 37, de los cuales 18 recibieron RCP y 19 no recibieron RCP. Los PCR de causa cardiovascular fueron significativamente mayores en el grupo mayor de 65 años. Discusión: no se observan diferencias en la realización de RCP en los distintos grupos analizados.

**2.1.2. TESIS:** “NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS, SOBRE MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR. CLÍNICA MAISON DE SANTÉ - LIMA” 2010.

**Autor:** Alarcón-Ponce, Celita; Guidotti-Camarena, Rosario del Pilar; Vicente-Yalán, Gabriela; Obando-Castro, Patricia. Artículo científico

## **RESUMEN**

La resucitación cardiopulmonar (RCP) es un conjunto de maniobras encaminadas a sustituir y luego reinstaurar la respiración y circulación espontáneas. Es una secuencia de tareas que deben realizarse en forma sistemática, pues el éxito de estas maniobras depende del conocimiento y correcta ejecución de sus fases. Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Material y métodos: estudio descriptivo, transversal, realizado en la Clínica Maison de Santé de Lima, Perú. La población estuvo conformada por 39 enfermeras asistenciales de los servicios de hospitalización a quienes se les aplicó un cuestionario sobre reanimación cardiopulmonar. Para obtener los resultados se utilizó el paquete estadístico



SPSS versión 12 aplicándose el análisis descriptivo. Resultados: los resultados muestran que la mayoría de enfermeras (59%) tiene un nivel de conocimiento regular sobre la RCP; y según las fases del RCP, su conocimiento también fue regular; sólo en la fase de circulación el nivel de conocimiento fue bueno (48,7%). El nivel de conocimiento fue independiente de los años de experiencia y capacitaciones recibidas.

**2.1.3. TESIS:** “NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CEREBRAL EN EL CENTRO NACIONAL DE CIRUGÍA DE MÍNIMO ACCESO.” Del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación.2010. Artículo científico

**Autor:** Dra. Mayuri, Dra. Roque, Dra. Barrios Osuna, Dra. Nodal, Dr. Olive y Dra. Quintana.

## **RESUMEN**

El personal médico debe conocer y practicar las maniobras de Reanimación cardiopulmonar cerebral. Su desconocimiento produce un desenlace fatal para los pacientes con paro cardiorrespiratorio. **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso sobre reanimación cardiopulmonar cerebral. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de una muestra formada por 68 médicos, licenciados y técnicos en enfermería. Se realizó una encuesta anónima de veinte preguntas basadas en las normas internacionales del Comité de Enlace Internacional de Resucitación año 2005 (Guías 2005). Se procesó la información con el paquete estadístico

SPSS para Windows versión 10.0. Se prefijó un nivel de significación del 5 % ( $p=0,05$ ), rechazándose la hipótesis de independencia entre las variables cuando  $p$  valor resultó menor que el nivel de significación  $p=0,05$ . Resultados: Del total de encuestas revisadas se consideraron 16 con resultados muy satisfactorios (más de 80 puntos) 12 encuestas satisfactorias, (entre 60 y 80 puntos) y 40 insatisfactorias (menos de 60 puntos). Palabras claves: Paro cardiorrespiratorio, Reanimación cardiopulmonar cerebral, Conocimientos, Educación.

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **2.2.1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR:**

RCP significa **reanimación cardiopulmonar**. Es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar. Esto puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco o ahogamiento.

La RCP combina respiración boca a boca y compresiones cardíacas: La respiración boca a boca suministra oxígeno a los pulmones de la persona. Las compresiones cardíacas mantienen la sangre oxigenada circulando hasta que se puedan restablecer la respiración y las palpitaciones cardíacas.

Se puede presentar daño permanente al cerebro o la muerte en cuestión de minutos si el flujo sanguíneo se detiene; por lo tanto, es muy importante que se mantenga la circulación y la respiración hasta que llegue la ayuda médica capacitada.

Las técnicas de RCP varían ligeramente dependiendo de la edad o tamaño del paciente. Las técnicas más novedosas hacen énfasis en las compresiones por encima de la respiración boca a boca y las vías

respiratorias, revocando la vieja práctica. Reanimación cardiopulmonar que se realiza en un maniquí de entrenamiento médico.

Personal médico y enfermería negociando una reanimación cardiopulmonar en un ambiente intrahospitalario

Ejemplo general de la maniobra de RCP

La reanimación cardiopulmonar (RCP), o reanimación cardiorrespiratoria (RCR), es un conjunto de maniobras temporales y normalizadas internacionalmente destinadas a asegurar la oxigenación de los órganos vitales cuando la circulación de la sangre de una persona se detiene súbitamente, independientemente de la causa de la parada cardiorrespiratoria.

Los principales componentes de la reanimación cardiopulmonar son la activación del servicio médico de emergencias dentro o fuera del hospital y la asociación de compresiones torácicas o «masaje cardíaco externo» (MCE) con ventilación artificial. Otros componentes relacionados incluyen la maniobra de Heimlich y el uso de desfibriladores externos automáticos.

Las recomendaciones específicas sobre la RCP varían en función de la edad del paciente y la causa del paro cardíaco.<sup>3</sup> Se ha demostrado que cuando la RCP es puesta en práctica por personas adiestradas en la técnica y se inicia al cabo de pocos minutos tras el paro cardíaco, estos procedimientos pueden ser eficaces en salvar vidas humanas Aunque un estudio publicado en 2010 ha puesto en duda el alcance del procedimiento, de 95.000 pacientes solo el 8% presento resultados positivos.

### **2.2.2. HISTORIA RCP.**

Para 1775 ya se describía el procedimiento de hacer presión sobre el cartílago cricoides cuando se realiza insuflación artificial por la boca con el fin de evitar la entrada de aire al esófago. A finales de los años 1950 Peter Safar y James Elan desarrollaron el concepto de la Famosa respiración boca a boca. Unos Cuantos años más tarde, William B. Kouwenhoven, Guy Knickerbocker y Jim Jude describieron las ventajas de la compresión torácica para provocar la circulación artificial.<sup>8</sup> Safar luego estableció el protocolo de la RCP el cual continuó siendo asumido por la Asociación Americana del Corazón.

Los procedimientos variaron en el curso del tiempo por el progreso de la medicina (evolución de los conocimientos, evolución del tratamiento médico).  
*No se recomiendan necesariamente*

Entre 1991 y 2000, un solo socorrista alterna 15 compresiones torácicas y 2 respiraciones en un adulto o un niño de más de 8 años; las compresiones se hacen a un ritmo de 60 por minuto. Para un bebé, se realizan 4 respiraciones iniciales (2 durante el cálculo; luego otras 2 después del paso de la alarma) y alterna 5 compresiones torácicas y 1 respiración. Un socorrista aislado y sin medios practica la RCP durante un minuto antes de pedir ayuda; dos socorristas alternan 5 compresiones y 1 respiración, tanto en un adulto como en un bebé.

En 2000 se abandona el término "masaje cardiaco" por "compresiones torácicas". Los ritmos de las compresiones se unifican, 100 por minuto cualquiera que sea la edad. Sólo se realizan 2 respiraciones iniciales en bebés. Un socorrista aislado y sin medio de llamada, da la alerta inmediatamente, excepto en el caso de un niño de menos de ocho años, o

en el caso de ahogamiento o de una intoxicación donde la alarma se realiza después de un minuto de RCP.

En el caso de parada cardiorrespiratoria en adultos, el ritmo cardiaco que se suele encontrar más frecuentemente es la denominada "fibrilación ventricular". El tratamiento adecuado de la fibrilación ventricular es la desfibrilación precoz. Cada minuto que pasa disminuye en un 10% las posibilidades de supervivencia. En el caso de un adulto con pérdida brusca de consciencia y cuando se está sólo (reanimador aislado), la prioridad es alertar a los servicios de emergencia antes de comenzar la RCP para de esta manera realizar la desfibrilación lo antes posible. La RCP sirve sólo para mejorar las posibilidades de supervivencia mientras se espera la ayuda especializada. Debido a su importancia en eventos súbitos en adultos, se está potenciando el uso de desfibriladores automáticos en sitios estratégicos, estadios, centros comerciales o aviones y permiten que una persona con un mínimo entrenamiento sea capaz de realizar maniobras de reanimación.

Existen diez mandamientos para la reanimación avanzada

1. Realizar RCCP excelente.
2. Dar alta prioridad al ABCD primario.
3. Colocar en siguiente prioridad el ABCD secundario.
4. Conocer su desfibrilador.
5. Investigar causas susceptibles y reversibles de tratamiento.
6. Conocer el por qué, el cuándo, el cómo y el cuidado con, de todos los medicamentos de emergencia de reanimación.
7. Ser un buen capitán de equipo.
8. Conocer y practicar la respuesta codificada a la emergencia.

9. Identificar y establecer con ética, con propiedad y con responsabilidad cuando no reanimar
10. Aprender y practicar constantemente

### **2.2.3. SOPORTE VITAL BÁSICO**

Las acciones que permiten la supervivencia de una persona que sufre muerte súbita suelen iniciarse por personas casuales y constan de 5 eslabones fundamentales, conocidas en algunas instituciones como la cadena de supervivencia:

- Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema respuesta de emergencias,
- RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas
- Desfibrilación rápida,
- Soporte vital avanzado efectivo y
- Cuidados integrados postparo cardíaco.

El Soporte Vital Básico es considerado para un solo rescatista como una secuencia de acciones resumidas con las iniciales CAB y aplicadas previos a la llegada de servicios especializados de emergencia:

- a) C para la valoración de la *circulation*, incluyendo las compresiones torácicas
- b) A, del inglés *airway*, implica la apertura o liberación de las vías aéreas
- c) B, del inglés *breathing*, la iniciación de la ventilación artificial

El desfibrilador y su uso pre hospitalario adhiere una *D* a las siglas mnemotécnicas de Safar que comienza según CABD: *circulación, vías aéreas, respiración, desfibrilación*.

El algoritmo del Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación (ILCOR, del inglés *International Liaison Committee on Resuscitation*) hace hincapié desde 2010 en una nueva secuencia para rescatistas, iniciando con las compresiones cardíacas, luego la valoración de las vías aéreas y finalmente la iniciación de la ventilación artificial. En otras palabras, los rescatistas de los adultos víctimas debe comenzar la reanimación con las compresiones en lugar iniciar abriendo la vía aérea y administrar ventilación artificial.

La secuencia *ABC* permanece en el algoritmo de sujetos con otros casos típicos de muerte súbita, tales como el ahogamiento, la electrocución, asfixia, caída de altura o hemorragia.

En el caso de niños, o cuando la parada cardiorrespiratoria es secundaria a ahogamiento, intoxicación por humo, gas, medicamentos o drogas o por hipotermia el algoritmo incluye realizar maniobras de RCP durante un minuto antes de avisar a los servicios de socorro: el aporte rápido de oxígeno a las células puede recuperar el estado de la persona.

#### **2.2.4. RECONOCIMIENTO DE UN PARO CARDÍACO**

Acercamiento al paciente en busca de elementos que identifiquen a una víctima que requiera RCP.

Comprobación de las funciones respiratorias: el socorrista *escucha* la respiración, trata de *sentir* el aire sobre su mejilla, *mira* si el pecho sube y desciende, y *siente* los movimientos del pecho.

El reconocimiento es un paso clave en la iniciación de un tratamiento precoz de una parada cardíaca, es decir, la identificación de los elementos que determinan la presencia de una parada cardíaca. Si no es el caso, uno de los elementos del balance identificará que no hay probabilidad de una

parada cardiorrespiratoria, entonces no hay que hacer reanimación cardiopulmonar.

Por lo general, el primer indicio es que la víctima no se mueve ni reacciona a la palabra, ni al contacto. Si el rescatista está solo, se recomienda pedir "¡Socorro!" Se debe practicar RCP si la víctima adulta no responde y no respira o no respira con normalidad (es decir no respira o sólo jadea/boquea), y se comienza con las compresiones (C-A-B), sin que sea necesario verificar si la víctima tiene pulso. Estudios demuestran que durante la reanimación, en una situación de paro cardiorrespiratorio, la percepción del pulso es falsa en un 50% de las veces: el *estrés* y el esfuerzo físico hace que suba la tensión del rescatista, y es posible percibir el propio pulso como un golpeteo en el final de los dedos, en ausencia de circulación sanguínea en la víctima.

Una vez que se determina que una víctima necesita reanimación cardiovascular se advierte al sistema de rescate profesional de la localidad y se inicia de inmediato las compresiones torácicas.

El realizar una valoración de la Escala de Glasgow conlleva mucho tiempo, más rápido es evaluar el estado de conciencia con el método AVDI. Establecer cuál es el estado de conciencia:

- **A** Alerta
- **V** Verbal, Sólo responde al estímulo verbal
- **D** Dolor, Sólo responde al estímulo doloroso
- **I** Inconsciente, No responde

Aunque en adultos el paro cardíaco suele ser súbito y se debe a una causa cardíaca, en niños suele ser secundario a una insuficiencia respiratoria y shock. Resulta esencial identificar a los niños que presentan estos



problemas para reducir la probabilidad de paro cardíaco pediátrico y ampliar al máximo los índices de supervivencia y recuperación.

### **2.2.5. SECUENCIA DE RCP**

En adultos, niños y lactantes si solo está presente un reanimador, se recomienda una relación compresión: ventilación equivalente a 30:2. Esta relación única está diseñada para simplificar la enseñanza de la secuencia del RCP, promover la retención de las habilidades, aumentar el número de compresiones, y disminuir el número de interrupciones durante las compresiones.

Si se encontrasen dos reanimadores se prefiere una secuencia de 15:2 en niños y lactantes. Se recomienda en recién nacidos una secuencia 30:2 a menos que la causa de la falla cardíaca sea conocida, en cuyo caso la secuencia de 30:2 es la aconsejada.<sup>11</sup> Si se haya presente acceso avanzado a la vía aérea, tales como un tubo endotraqueal o una mascarilla laríngea, se recomienda una ventilación de 8 a 10 por minuto sin que se interrumpan las compresiones cardíacas.

Cada 5 ciclos de 2 ventilaciones y 30 compresiones, se reevalúa la respiración. La RCP se continúa hasta que llegue atención médica avanzada o hay signos de que la víctima respira.

**“Hay una técnica de reanimación para sólo un reanimador de primeros auxilios usando un balón respirador, que hace posible el beneficio de la contribución del dióxido y el lanzamiento de un trabajador de primeros auxilios. En este caso, el trabajador de primeros auxilios sitúa lugares mismos de la cabeza realizando la compresión de**

**esta posición, mientras se inclinan con la parte más alta de la cara”**

Código: *La reanimación cardiopulmonar bajo la cabeza es más eficaz en el soporte básico de la vida por un médico profesional personal que tiene un rescatista individual: tiene estudios simulados.*, Sr. Hupfl, A. Duma, T. Uray, C. Maier, NR. Fiegl, NR. Bogner, P. Nagele, Universidad de Vienna (Austria)

## **2.2.6. COMPRESIONES CARDÍACAS**

Se colocan las manos entrelazadas en el centro del tórax sobre el esternón, cuidando no presionar en la parte superior del abdomen o el extremo inferior del esternón.

Posición para la RCP. Los brazos se mantienen rectos, las compresiones se realizan con el movimiento de los hombros. En un adulto se debe hundir el esternón 4-5 cm.

Las compresiones torácicas, llamadas también *masaje cardíaco externo* permiten circular sangre oxigenada por el cuerpo. Esto consiste en apretar en el centro del tórax con el fin de comprimir el pecho:

- ❖ Sobre un adulto y un niño de más de ocho años, el esternón debe descender de 5 cm;
- ❖ Sobre un niño entre uno y ocho años, el esternón debe descender de 3 a 4 cm;
- ❖ Sobre un lactante de menos de un año, el esternón debe descender de 2 a 3 cm (1/3 del diámetro anteroposterior del tórax).

Comprimiendo el pecho, también comprimimos los vasos sanguíneos, lo que impulsa la sangre hacia el resto del cuerpo (como una esponja). Se creía durante mucho tiempo que lo que se comprimía era el corazón; aunque parece que está situado demasiado profundamente y que juega sólo un papel de regulación del sentido de la circulación por sus válvulas.

**“Para que la compresión torácica sea eficaz, es necesario que la víctima esté sobre un plano duro; en particular, si la víctima está tendida sobre la cama. Usualmente hay que depositarla en el suelo antes de empezar las maniobras de reanimación”**

La posición de las manos es importante si se quieren aportar compresiones eficaces. Hay que aplicarse a hacer compresiones regulares, a dejar el pecho recuperar su forma inicial entre una compresión y la siguiente, y a que el tiempo de relajamiento sea igual al tiempo de compresión. En efecto, el relajamiento del pecho permite el retorno de la sangre venosa, fundamental para una buena circulación.

El ritmo de masaje debe ser suficiente para hacer circular la sangre, pero no demasiado rápido, si no, la circulación no es eficaz (creamos turbulencias que se oponen a la distribución de la sangre).

Con el fin de adoptar un ritmo regular y de respetar la paridad en el tiempo de compresión / por tiempo de relajación, y para estar seguro de hacer buenas compresiones y un adecuado número de compresiones sucesivas, se aconseja contar en voz alta, bajo la forma:

*Cifra* (durante la compresión) - y (durante el relajamiento)

Así, contando en voz alta:

*"Uno-y-dos-y-tres- ... -y-trece-y-catorce-y-quince" ... sucesivamente.*

### **2.2.7. VENTILACIÓN ARTIFICIAL**

Artículo principal: artificial. Insuflación boca a boca. La cabeza del paciente se echa para atrás. El socorrista cierra la nariz del paciente con una mano, manteniendo la boca abierta del paciente, y apreciando en todo momento la barbilla.

Una de las primeras medidas de ayuda es el uso de ventilación artificial. Al detenerse la circulación sanguínea, el cerebro y el corazón pierden el aporte de oxígeno. Las lesiones cerebrales aparecen después del tercer minuto de una parada cardiorrespiratoria, y las posibilidades de supervivencia son casi nulas después de ocho minutos. El hecho de oxigenar artificialmente la sangre y de hacerla circular permite evitar o retardar esta degradación, y dar una oportunidad de supervivencia.

La ventilación artificial consiste en enviar el aire a los pulmones de la víctima, soplando aire con la boca o con un dispositivo. La ventilación artificial sin dispositivos (boca a boca, boca a nariz, o boca a boca y nariz sobre lactantes, la insuflación de aire es bastante próximo al aire que se respira (contiene un 16% de oxígeno). Cuando se utiliza un balón insuflador (con una máscara bucal), se administra aire ambiente con un 21% de oxígeno. Si se conecta una botella de oxígeno médico, se aumenta mucho más la fracción inspirada de dióxígeno ( $FiO_2$ ), llegando incluso a insuflar oxígeno puro (cercano al 100%).

La ventilación artificial puede ser hecha con varios dispositivos: la máscara bolsa balón con válvula unidireccional otorga aire enriquecido con oxígeno

(que está en la bolsa) a través de una máscara de interposición facial (pero es externa y no entuba, no abre las vías aéreas).

Para ello se usa una cánula oro faríngea, llamada Bergman, tubo de Mayo o cánula de Guédel (estas no impiden el contacto boca a boca si no hubiera máscaras o máscaras con balones de aire) o Maselli: el respirador Maselli orofaríngeo (que evita contagios en ambos sentidos) y es necesario para facilitar el pase del aire al colocar la lengua en su lugar e impedir que caiga hacia atrás y adentro por la relajación de la inconsciencia, además de si la persona presenta una lengua voluminosa, como por ejemplo en casos de edema de Quincke.

También posee una boquilla para el reanimador con una protección a modo de máscara, que impide todo contacto boca a boca.

El aire que se insufla pasa a los pulmones, pero una parte también al estómago. Éste se va hinchando a medida que se dan más insuflaciones. Si no se le da tiempo a desinflarse, el aire corre el peligro de llevarse con él al salir el contenido ácido del estómago (jugos gástricos) que podrían inundar la vía aérea y deteriorar gravemente los pulmones (síndrome de Mendelson o síndrome de la respiración ácida) y puede comprometer gravemente la supervivencia de la víctima. Por ello hay que insuflar sin exceso, regularmente, durante dos segundos cada insuflación, y detener la insuflación tan pronto como se vea el pecho levantarse.

#### **2.2.8. DESFIBRILACIÓN (DEA)**

Artículo principal: Desfibrilador externo automático. Colocación de los parchos del desfibrilador externo automático durante las compresiones.

Cuando la parada cardiaca es debida a una fibrilación ventricular (FV) en el que el corazón late de manera anárquica, representa la causa más frecuente de muerte súbita del adulto. La única esperanza de salvar a tal víctima consiste en desfibrilar el corazón (es decir, resincronizar el corazón mediante un choque de eléctrico de corriente continua). Esto puede hacerse por personal no médico con un desfibrilador automático externo (que puede ser semiautomático por un sanitario), o manual por un médico.

El proceso de desfibrilación viene después de la alerta a los Servicios de Emergencia. El que se inicie un período de RCP antes de la desfibrilación en pacientes con FV, especialmente durante tiempos prolongados de espera para la llegada de respuesta profesional, sigue siendo tema de intenso debate. El fundamento teórico para realizar RCP antes de la descarga del desfibrilador es para mejorar la perfusión coronaria, sin embargo, no hay pruebas consistentes para apoyar o refutar algún beneficio en el retraso de la desfibrilación con la finalidad de proporcionar un periodo (90 s a 3 min) de RCP para los pacientes en parada cardíaca por FV o por taquicardia ventricular (TV) sin pulso. Si más de un socorrista está presente, un reanimador debe dar compresiones torácicas, mientras que la otra activa el sistema de respuesta de emergencia, consigue el DEA y se prepara para usarlo.

Durante la reanimación, si se dispone de un desfibrilador externo automático debe ser sistemáticamente colocado excepto cuando se trata de niños de menos de un año. Cuando hay sólo dos personas realizando primeros auxilios, una se encarga de la respiración boca a boca y las compresiones torácicas mientras la otra le instala el DEA.

Cuando hay tres personas realizando primeros auxilios, el RCP es hecho por dos (una persona que realiza las insuflaciones para la respiración y la otra

las compresiones torácicas) mientras el tercero coloca el DEA. La instalación del DEA puede requerir afeitar y secar el lugar donde se coloca el electrodo (si es estrictamente necesario). La reanimación se detiene durante el análisis del latido del corazón por el aparato y durante las posibles descargas, inicialmente tres seguidas; en la comprobación habrá que separarse y no tocar al paciente, para evitar ser víctima de una descarga. En caso de no ser eficaces o tras el análisis del ritmo no procediera la descarga, se continuaría con la RCP.

En el caso de un niño de menos de ocho años, o de una persona víctima de un ahogamiento o de una intoxicación, es poco probable que el corazón esté en fibrilación, la desfibrilación es entonces inútil. Si se dispone de un desfibrilador automático externo, éste será puesto en marcha a pesar de todo, por precaución, pero siempre después de un minuto de maniobras de ventilación artificial y compresiones torácicas.

## **2.2.9. REANIMACIÓN MÉDICA DE UNA MUJER EMBARAZADA**

### **a) RCP EN UNA EMBARAZADA**

En el caso de una mujer visiblemente embarazada, conviene elevar el costado o la nalga derecha para mejorar el retorno de la sangre venosa, liberando la vena cava inferior del peso del feto y permitiendo que la sangre llegue al corazón. Es decir debe estar de costado. Esto puede hacerse poniendo ropa doblada bajo la nalga derecha. Es importante tener presente que todos los esfuerzos que se realicen para salvar la vida de una persona que se encuentra en parocardio respiratorio denotan una gran calidad humana, vale la pena que todo ciudadano común aprenda maniobras de reanimación cardiopulmonar. Solo se realiza esta técnica en embarazadas de más de 30 semanas de gestación.

#### **a) LA LEYENDA URBANA DE LA TOS SALVADORA**

Esto no está claro: Se pide a los pacientes toser a veces con el fin de regular el ritmo cardíaco; en efecto, la tos provoca un aumento de la presión del aire en los pulmones, que aprieta los vasos sanguíneos que recorren los pulmones y provoca pues un pico de presión arterial. Por lo tanto de ahí, algunos propusieron toser cuando " se siente llegar " la parada cardíaca. Esta idea ha sido repetida y ampliamente difundida, particularmente por Internet, y se hizo una leyenda urbana. Este método es en efecto totalmente inútil porque por una parte no sentimos llegar la parada cardíaca, cuando sobreviene, la inconsciencia es inmediata, ningún músculo puede actuar, no podemos toser. Y cuando se siente signos que pueden dejar pensar en un infarto del miocardio, los únicos movimientos útiles son pedir ayuda y de acostarse en el suelo o bien, apoyarse contra una pared. En particular, si se conduce un vehículo, absolutamente hay que apartarse lo más deprisa posible, en seguridad, y si es posible cerca de otras personas que tendrán así la posibilidad de pedir ayuda si se vuelve incapaz de pedirla. Hay que quitar también el seguro de las puertas del coche con el fin de que los socorristas no tuvieran que forzar las puertas del vehículo.

#### **2.2.10. GUÍAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) DE 2010 PARA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR**

La presente publicación "Aspectos destacados de las guías" resume las principales cuestiones y cambios de las Guías de la American Heart Association (AHA) de 2010 para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE). Se ha desarrollado con el objetivo de que los proveedores de reanimación y los instructores de la AHA se enfoquen en la ciencia y en las



recomendaciones que son más importantes, las que fueron más discutidas o las que resultarán en cambios en la aplicación de la reanimación o en el modo de entrenarse para ello. Además, se ofrecen los fundamentos de dichas recomendaciones.

Dado que esta publicación pretende ser un resumen, no se hace referencia a los estudios publicados en los que se basa, y tampoco se incluye la clasificación de recomendaciones ni los niveles de evidencia. Para obtener información y referencias más detalladas, se recomienda consultar las Guías de la AHA de 2010 para RCP Y ACE, incluido el resumen ejecutivo<sup>1</sup>, publicado online en *Circulation* en octubre de 2010, así como el resumen detallado del Consenso Internacional 2010 sobre RCP y ACE con Recomendaciones de Tratamiento, publicado simultáneamente en *Circulation* y *Resuscitation*.

En este año se cumple el 50 aniversario de la primera publicación médica con revisión científica externa en la que se documentó la supervivencia tras la compresión torácica cerrada para el paro cardíaco<sup>4</sup>, y los profesionales y expertos en reanimación siguen procurando reducir la mortalidad y la discapacidad derivadas de las enfermedades cardiovasculares y del accidente cerebrovascular (ACV). Tanto los testigos presenciales como los primeros respondedores y los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la RCP de las víctimas de paro cardíaco. Además, las personas con conocimientos avanzados pueden prestar una atención excelente durante el paro cardíaco y después de éste.

Las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE se basan en un proceso de evaluación de la evidencia internacional, en el que han participado cientos de investigadores y expertos en la materia que

han evaluado, analizado y debatido miles de publicaciones con revisión científica externa. La información relativa al proceso de evaluación de la evidencia de 2010.

## **A. ASPECTOS PRINCIPALES PARA TODOS LOS REANIMADORES**

Esta sección resume los principales aspectos de las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE, especialmente en lo relativo al soporte vital básico (SVB/BLS), que afectan a todos los reanimadores, ya sean profesionales de la salud o reanimadores legos. Las Guías de la AHA de 2005 para RCP y ACE resaltaban la importancia de aplicar compresiones torácicas de buena calidad (Compresiones con una frecuencia y profundidad adecuadas, que permitieran una expansión torácica completa después de cada compresión, reduciendo al mínimo las interrupciones entre compresiones). Los estudios publicados antes y a partir del año 2005 han demostrado que:

- (1) la calidad de las compresiones torácicas aún debe mejorar, aunque la puesta en práctica de las Guías de la AHA de 2005 para RCP y ACE ha mejorado la calidad de la RCP y aumentado la supervivencia.
- (2) hay una notable variación en la supervivencia a un paro cardíaco extra hospitalario entre los distintos servicios de emergencia médica (SEM); y
- (3) la mayoría de las víctimas de paro cardíaco súbito extra hospitalario no reciben RCP por parte de los testigos presenciales.

Los cambios recomendados en las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE intentan abordar estas cuestiones y ofrecer recomendaciones para mejorar la evolución del paro cardíaco al dar un nuevo énfasis a la atención posparo cardíaco.

## **B. CONSTANTE ÉNFASIS EN LA RCP DE ALTA CALIDAD**

Las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE destacan nuevamente la necesidad de aplicar RCP de alta calidad, incluyendo:

Una frecuencia de compresión de al menos 100/min (cambiado de “aproximadamente” 100/min).

Una profundidad de las compresiones de al menos 2 pulgadas, 5 cm, en adultos y de al menos un tercio del diámetro torácico anteroposterior en lactantes y niños (aproximadamente 1,5 pulgadas, 4 cm, en lactantes y 2 pulgadas, 5 cm, en niños). Tenga en cuenta que ya no se utiliza el rango de 1½ a 2 pulgadas (de 4 a 5 cm) en adultos, y que la profundidad absoluta especificada para niños y lactantes es mayor que la que figura en las versiones anteriores de las Guías de la AHA para RCP y ACE.

- Permitir una expansión torácica completa después de cada compresión.
- Reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones torácicas.
- Evitar una excesiva ventilación.

No se han producido cambios en la recomendación de utilizar una relación compresión-ventilación de 30:2 para un solo reanimador en

adultos, niños y lactantes (excluyendo los recién nacidos). Las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE siguen recomendado que la ventilación de rescate se dé en aproximadamente 1 segundo. Una vez colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea, las compresiones pueden ser continuas (con una frecuencia de al menos 100/min) y no alternarse con la ventilación. La ventilación de rescate puede entonces aplicarse con una frecuencia de 1 ventilación cada 6 u 8 segundos aproximadamente (alrededor de 8 a 10 ventilaciones por minuto). Se debe evitar una excesiva ventilación.

### **C. Cambio de A-B-C a C-A-B**

Las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE recomiendan cambiar la secuencia de los pasos de SVB/BLS de A-B-C [Airway, Breathing, Chest compressions (vía aérea, respiración, compresiones torácicas)] a C-A-B [Chest compressions, Airway, Breathing (compresiones torácicas, vía aérea, respiración)] en adultos, niños y lactantes (excepto los recién nacidos; véase el apartado de reanimación neonatal). Este cambio fundamental en la secuencia de los pasos precisa una reeducación de todo aquel que haya aprendido alguna vez RCP, pero tanto los autores como los expertos que han participado en la elaboración de las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE están de acuerdo en que los beneficios justifican el esfuerzo.

**Motivo:** La gran mayoría de los paros cardíacos se producen en adultos, y la mayor tasa de supervivencia la presentan los pacientes de cualquier edad que tienen testigos del paro y presentan un ritmo inicial de fibrilación ventricular (FV) o una taquicardia ventricular (TV)

sin pulso. En estos pacientes, los elementos iniciales fundamentales del SVB/BLS son las compresiones torácicas y una pronta desfibrilación. En la secuencia de pasos A-B-C, las compresiones torácicas suelen retrasarse mientras quien presta los auxilios abre la vía aérea para dar ventilaciones de boca a boca, saca un dispositivo de barrera o reúne y ensambla el equipo de ventilación. Al cambiar la secuencia a C-A-B, las compresiones torácicas se inician antes y el retraso de la ventilación es mínimo (sólo el tiempo necesario para aplicar el primer ciclo de 30 compresiones, alrededor de 18 segundos; cuando participen dos personas en la reanimación de un lactante o un niño, el retraso será incluso menor).

La mayoría de las víctimas de paro cardíaco extrahospitalario no reciben RCP por parte de un testigo presencial. Esto puede deberse a múltiples razones, pero una de ellas puede ser el hecho de que la secuencia de pasos A-B-C comienza con el procedimiento que le resulta más difícil al reanimador, es decir, abrir la vía aérea y dar ventilaciones. Empezar por las compresiones torácicas puede animar a otros testigos a iniciar la RCP.

El soporte vital básico suele describirse como una secuencia de acciones, definición que sigue siendo válida si el auxilio lo presta una sola persona. No obstante, la mayoría de los profesionales de la salud trabajan en equipo, y normalmente los miembros del equipo realizan las acciones del SVB/BLS de forma simultánea. Por ejemplo, uno comienza inmediatamente con las compresiones torácicas mientras otro obtiene un desfibrilador externo automático (DEA) y pide ayuda, y un tercero abre la vía aérea y ventila.

Se anima nuevamente a los profesionales de la salud a adaptar las acciones de auxilio a la causa más probable del paro cardíaco. Por

ejemplo, si una sola profesional presencia que la víctima se desploma súbitamente, puede asumir que se trata de un paro cardíaco primario con un ritmo desfibrilable, y debe activar inmediatamente el sistema de respuesta de emergencias, obtener un DEA y volver junto a la víctima para aplicar la RCP y usar el DEA. Sin embargo, para una presunta víctima de paro por asfixia (por ejemplo, por ahogamiento), la prioridad sería aplicar compresiones torácicas con ventilación de rescate durante unos 5 ciclos (aproximadamente 2 minutos) antes de activar el sistema de respuesta de emergencias.

En las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE aparecen dos partes nuevas: Cuidados posparo cardíaco y Educación, implementación y equipos. Se resalta la importancia de los cuidados posparo cardíaco al añadir un quinto eslabón a la cadena de supervivencia de la ACE de la AHA para adultos Consulte las secciones Cuidados posparo cardíaco y Educación, implementación y equipos, en esta misma publicación, para obtener un resumen de las recomendaciones clave incluidas en estas nuevas secciones.

#### **D. SVB/BLS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.**

##### ***Resumen de los aspectos clave y los principales***

##### ***cambios realizados***

Los aspectos clave y los principales cambios de las recomendaciones de las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE para los profesionales de la salud son las siguientes:

Dado que las víctimas de un paro cardíaco pueden presentar un corto periodo de movimientos similares a convulsiones o respiración agónica que

pueden confundir a los reanimadores potenciales, los operadores telefónicos de emergencias deben estar específicamente entrenados para identificar estos signos del paro cardíaco y poder reconocerlo mejor.

Los operadores telefónicos de emergencias deben dar indicaciones a los reanimadores legos sin entrenamiento para que, en adultos con un paro cardíaco súbito, realicen RCP usando sólo las manos.

Se han precisado aún más las recomendaciones para reconocer y activar inmediatamente el sistema de respuesta de emergencias una vez que el profesional de la salud ha identificado que el adulto no responde y no respira o la respiración no es normal (es decir, sólo jadea/boquea). El profesional de la salud comprueba brevemente que no hay respiración o que ésta no es normal (es decir, no respira o sólo jadea/boquea) cuando comprueba si la víctima responde. Activa entonces el sistema de respuesta de emergencias y obtiene un DEA (o envía a alguien a por él). No debe tardar más de 10 segundos en comprobar el pulso; si no puede sentirlo en 10 segundos, debe empezar la RCP y utilizar el DEA cuando lo tenga.

- ❖ Se ha eliminado del algoritmo la indicación de “Observar, escuchar y sentir la respiración”.
- ❖ Se resalta aún más la importancia de la RCP de alta calidad (compresiones con la frecuencia y profundidad adecuadas, permitiendo una completa expansión entre una compresión y otra, reduciendo al mínimo las interrupciones en las compresiones y evitando una excesiva ventilación).
- ❖ En general no se recomienda utilizar presión cricoidea durante la ventilación.
- ❖ Los reanimadores deben empezar con las compresiones torácicas antes de administrar la ventilación de rescate (C-A-B

en vez de A-B-C). Si se comienza la RCP con 30 compresiones en vez de 2 ventilaciones, habrá un menor retraso hasta la primera compresión.

- ❖ La frecuencia de compresión se ha modificado de aproximadamente 100/min a, por lo menos, 100/min.

### **E. ASPECTOS DESTACADOS DE LAS GUÍAS DE LA AHA DE 2010 PARA RCP Y ACE TERAPIAS ELÉCTRICAS.**

Las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE se han actualizado para reflejar la nueva información sobre la desfibrilación y la cardioversión para los trastornos del ritmo cardíaco y el uso del marcapasos para la bradicardia. Esta información continúa respaldando en gran medida las recomendaciones de las Guías de la AHA de 2005 para RCP y ACE. Por lo tanto, no se han recomendado grandes cambios en lo que respecta a la desfibrilación, la cardioversión y el uso del marcapasos. La clave para aumentar la supervivencia de las personas que han sufrido un paro cardíaco súbito es resaltar la importancia de una desfibrilación inmediata junto con la RCP de alta calidad.

### **F. Resumen de los aspectos clave y los principales cambios Realizados**

Los temas principales incluyen:

- ❖ Integración de los DEA en la cadena de supervivencia para lugares públicos



- ❖ Consideración del uso de DEA en hospitales
- ❖ Ahora es posible utilizar un DEA en lactantes si no hay un desfibrilador manual disponible
- ❖ Prioridad de las descargas frente a la RCP ante un paro cardíaco
- ❖ Protocolo de 1 descarga frente a la secuencia de 3 descargas para la FV
- ❖ Ondas bifásicas y monofásicas
- ❖ Aumento del voltaje para la segunda descarga y las subsiguientes en lugar de un voltaje fijo
- ❖ Colocación de los electrodos
- ❖ Desfibrilación externa con cardiodesfibrilador implantable
- ❖ Cardioversión sincronizada.

## **G. MUERTE SÚBITA**

Con un criterio amplio, la OMS define la muerte súbita (MS) como la que ocurre dentro de las primeras 24 horas del comienzo de la lesión o enfermedad. Siguiendo esta definición las muertes traumáticas se verían incluidas dentro de este concepto. Con criterios más excluyentes, Goldstein define la MS como la muerte que ocurre, con presencia de testigos, dentro de la primera hora de comienzo de los síntomas. Es una definición muy restrictiva, en la que el mecanismo de MS sería exclusivamente la disfunción del ritmo cardíaco, y la enfermedad causal la cardiopatía isquémica en la mayoría de ocasiones. Una definición, de aceptación más amplia, es aquella que define la MS como la enfermedad, no accidente, que causa muerte natural, inesperada y que ocurre de forma rápida (entre algunos minutos y 24 horas) desde el comienzo de los síntomas. En este caso los mecanismos de muerte son la arritmia (pérdida del ritmo cardíaco normal), en la MS

instantánea, y la disfunción ventricular (alteración del funcionamiento normal de los ventrículos del corazón) en aquellos casos que se prolonga horas.

La MS es un grave problema en la sociedad occidental. Se calcula que causa del 15 al 20% de todas las muertes naturales que acontecen en el mundo industrial. Afecta a ambos sexos, y prácticamente a todas las edades, siendo de gran impacto en la edad media de la vida.

Con el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos hospitalarios se ha comprobado la íntima relación existente entre el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), las arritmias ventriculares y la MS. Se ha demostrado que actuaciones rápidas y eficientes recuperan pacientes a una vida de plena utilidad, y calidad. En el medio extra hospitalario, el éxito es francamente inferior sin que se lleguen a superar recuperaciones plenas por encima del 20%.

Probablemente una concienciación amplia de la población con un entrenamiento a las personas que viven laboralmente situaciones proclives a presenciar situaciones de PCR (Parada Cardio-Respiratoria), bomberos, policías, personal de los servicios de asistencia urgente; así como a familiares de pacientes con predisposición a sufrir MS, se consiga incrementar esta cifra todavía escasa de éxitos.

Si tomamos como base un grupo de pacientes con MS cardiaca se observa que en más del 70% de los casos la MS fue la clínica de inicio, el resto había realizado consulta previa a un médico por sintomatología imprecisa. Existía predominio de varones y además eran pacientes más jóvenes que las mujeres.

El hábito de fumar fue muy frecuente en todos los subgrupos en los que se apreció MS. Los signos que mejor predicen la MS fueron, en los varones: la presencia de crecimiento del ventrículo izquierdo en el ECG

( Electrocardiograma), la edad, el colesterol, el número de cigarrillos al día, el peso relativo y la presión arterial sistólica. En la mujer fueron: la edad, capacidad vital de los pulmones, hematocrito, colesterol y glucemia.

Tras la realización de cateterismos cardiacos (introducción de una sonda sensora en el interior de las arterias coronarias) se encontraron lesiones en los tres vasos coronarios en más de la mitad de los pacientes. Lesiones de uno y dos vasos justificaban la aparición de MS, en el resto de los pacientes.

Las posibilidades de supervivencia a un paro cardiorrespiratorio han sido evaluadas de forma muy diversa (del 0 al 38%). Existe, sin embargo, absoluto consenso con respecto al hecho de que el primer factor determinante de las expectativas de supervivencia lo constituye la precocidad con que la víctima recibe asistencia adecuada.

La muerte por traumatismos es la primera causa de muerte en menores de 44 años y representa el 80% de los fallecimientos en adolescentes. El 50% total de muertes accidentales es ocasionado por los accidentes de tráfico. En 1989, en España, el número de fallecimientos de tal origen durante las primeras 24 horas de evolución fue de 5.490 (unos 7.500 a los 30 días) y el de heridos, de 90.000. Desde entonces se asiste a un lento pero continuado descenso de la mortalidad, hasta los 4.000 en 1996.

La trascendencia de la atención inicial a este tipo de víctimas se pone de manifiesto al considerar que del 50 al 60% de las muertes tiene lugar antes de llegar al hospital y que una atención adecuada en ese período puede evitar el 35% de los fallecimientos y el 18% de las lesiones, muchas veces origen de graves secuelas permanentes.

A la obvia importancia que ello significa desde el punto de vista estrictamente sanitario, hay que añadir la enorme repercusión económica que el logro de estos objetivos representaría si se tiene en cuenta que el

coste de los accidentes de tráfico se sitúa en diversos países entre el 1 y el 2,5% del producto interior bruto. En España fue evaluado en 1987 en el 2,2% del PIB, lo que significaba cifras superiores al billón de pesetas.

## **H. LOS APARATOS RESPIRATORIO Y CIRCULATORIO**

El oxígeno constituye el elemento esencial para la vida, tanto de los seres humanos como del resto de los animales. Sin él ésta es imposible. Su importancia radica en que su presencia es imprescindible para que tengan lugar a nivel celular, partiendo de las sustancias nutrientes, las reacciones químicas encaminadas a la obtención de la energía necesaria para las funciones vitales. Para que dicho oxígeno llegue a las células (su destino final), el cuerpo humano dispone en primer lugar del aparato respiratorio. El aire exterior entra en los pulmones mediante la inspiración, el cual contiene un 21% de oxígeno. Acto seguido, en la espiración, se expulsa el anhídrido carbónico resultante de las reacciones de combustión mencionadas anteriormente. El anhídrido carbónico a altas concentraciones resultaría tóxico para el organismo.

El aire al entrar, recorre sucesivamente una serie de estructuras anatómicas, las cuales constituyen la denominada vía aérea: boca y nariz, faringe, laringe, tráquea y bronquios. Al final de estos mismos se encuentran unas pequeñas dilataciones saculares denominadas alvéolos, donde tiene lugar el intercambio gaseoso entre el aire y la sangre. Con ello, dicha sangre se enriquece en oxígeno y se libera del anhídrido carbónico producido por las células.

En la práctica de la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) es muy importante tener siempre presente la anatomía de la vía aérea superior. En su porción

inicial concurre con ella la vía digestiva, lo que constituye una fuente de problemas, como veremos más adelante.

En la unión de la parte final de la vía común (faringe) con la primera específica de la vía aérea (laringe) existe una estructura en forma de lengüeta que actúa como tapadera de la vía aérea, a la cual denominamos epiglotis. Cuando ingerimos alimentos (deglución), se produce una tracción hacia arriba de la laringe que se oculta debajo de la epiglotis y favorece que el alimento se dirija hacia la parte posterior, donde se sitúa el esófago.

El paso accidental de partículas sólidas o líquidas a la vía aérea (atragantamiento) provoca inmediatamente el reflejo de la tos, que facilita la expulsión de estas partículas de nuevo a la faringe. Hablar y comer al mismo tiempo favorece el atragantamiento, así como la risa.

En personas inconscientes suele desaparecer el reflejo de la tos y el riesgo de paso del contenido digestivo a la vía aérea es, como consecuencia de esto, muy elevado. Dicho paso acarrea la inundación de los alvéolos y por lo tanto dificultad para el intercambio de los gases, situación que se denomina insuficiencia respiratoria. La Posición Lateral de Seguridad (P.L.S.) tiene como objetivo prioritario el evitar dicho problema.

La obstrucción completa de la vía aérea es incompatible con la vida. Cuando tiene lugar, se pierde la consciencia en unos 2 minutos, se detiene la respiración en 2-6 minutos y el corazón en 5-10 minutos. La obstrucción de la vía aérea puede producirse por un cuerpo extraño (bolo alimenticio, con mayor frecuencia en el adulto, y cualquier objeto en el niño), por hinchazón (edema) de los tejidos de la laringe, de origen infeccioso o alérgico, y por otros motivos menos habituales.

La primera causa es, sin embargo, la que tiene lugar en situaciones de inconsciencia; la obstrucción se produce por las propias estructuras

anatómicas de la víctima y con frecuencia pasa inadvertida. En estos casos tiene lugar una relajación de los músculos de la mandíbula y, como consecuencia, la base de la lengua cae sobre la cara posterior de la faringe obstruyendo totalmente la vía aérea. La flexión del cuello, frecuentemente coexistente, contribuye a la oclusión. Es por esto que únicamente con la aplicación de la maniobra “frente-mentón” se puede salvar la vida de una persona con una pérdida de consciencia simple.

El aporte de oxígeno a las células depende, en segundo lugar, del aparato circulatorio.

La sangre oxigenada en los alvéolos pulmonares se desplaza continuamente en círculo por la acción impulsora del corazón, que transporta este oxígeno a todos los tejidos. Los vasos por los que discurre la sangre desde el corazón hasta los órganos de destino se denominan arterias. Los de menor calibre, en los que se produce el intercambio de gases y nutrientes entre la sangre y los tejidos, se conocen como capilares. El retorno desde los capilares de nuevo hasta el corazón tiene lugar por las venas.

Los aumentos cíclicos de presión sanguínea en las arterias, producidos por la acción del corazón, que actúa a modo de bomba aspirante e impelente, dan lugar al pulso.

### **2.2.11. FACTORES INFLUYENTES DE LA CAPACITACIÓN**

- a) El apoyo de los altos directivos.** El éxito de muchos programas de capacitación y desarrollo dependen de la participación de las personas y de que perciban que es muy importante para su carrera. El discurso de uno o varios directivos al inicio de un curso o jornadas le da un marco institucional muy importante a la acción. Cuando los

directivos no apoyan los programas de capacitación, no participan con su presencia, la gente puede percibir que se trata de una iniciativa aislada del área recursos humanos.

- b) Compromiso de los mandos.** También es importante el compromiso de los mandos para el éxito de un programa de capacitación y desarrollo. Todos los gerentes deben comprometerse y participar del proceso.
  
- c) Adelantos tecnológicos.** La tecnología cada vez influye más en la capacitación y desarrollo. No solo para la comunicación de las acciones, la evaluación de las mismas que cada vez más empresas realizan a través de la Intranet sino para el dictado de cursos.
  
- d) La complejidad organizacional.** El aplanamiento de estructuras en la mayoría de las grandes empresas, hace que la necesidad de capacitación y desarrollo sea aún mayor. Menos persona, desempeñan más trabajo en un nivel más complejo por consecuencia del crecimiento del negocio y el recorte de personal, especialmente de niveles medios que a menudo son aquellos que guiaban o capacitaban al resto. La cadena tradicional de mando, ya pasó de moda en las empresas moderna.
  
- e) Estilos de aprendizaje.** La función general de la capacitación y el desarrollo implica la adquisición de conocimientos y habilidades. Los empleados deben mejorar en forma continua sus habilidades en un ambiente cambiante y cada vez más competitivo.  
Los individuos progresan en el aprendizaje, por interés, o sea en la medida necesaria para lograr sus propósitos. A menos que el material

tenga relevancia, significado y emoción el individuo no aprenderá.

El mejor momento para aprender es cuando el aprendizaje puede ser útil. La capacidad para transmitir los conocimientos a los empleados, y a un ritmo congruente aumenta el valor de la capacitación y el desarrollo.

La orientación debe ser práctica y el empleado debe comprender de qué manera agrega valor a la organización, el porqué de los objetivos de capacitación y desarrollo y a posteriori, percibir el impacto positivo de estas acciones.

### **2.2.12. ACTITUDES**

La frase “No me gusta su actitud” es reveladora en extremo. A menudo se nos dice “cambia tu actitud”. ¿Qué quieren decir con ello? ¿Qué son las actitudes? ¿Cómo se forman? ¿Cómo pueden ser cambiadas?

#### **a) Naturaleza de las actitudes**

Una actitud hacia algo tiene tres componentes principales: ideas acerca del objeto, sentimientos hacia él y las tendencias conductuales a él. Las ideas incluyen hechos, opiniones y el conocimiento general sobre el objeto. Entre los sentimientos figuran el amor, odio, simpatía, aversión y otros sentimientos afines. Las tendencias conductuales comprenden las inclinaciones a obrar de determinada manera ante el objeto: acercarse a él, rehuirlo, etc. Por ejemplo, la actitud ante un candidato político incluye las opiniones referentes a él: sus cualidades y postura frente a cuestiones de suma importancia, las expectativas respecto a cómo votará en tales cuestiones. También albergamos ciertos sentimientos hacia el candidato (simpatía, aversión, confianza o desconfianza) y estamos inclinados a



observar ciertas conductas con él: votar por él o en contra de él, aportar dinero para su campaña, asistir o no a las reuniones con él, etc.

Como veremos en seguida, existe una fuerte tendencia a que estos tres aspectos de la actitud sean compatibles entre sí. Por ejemplo, si alguien nos inspira sentimientos positivos, tendremos también ideas positivas por él y nos comportaremos en forma positiva. Por ello no significa que nuestro comportamiento refleje exactamente nuestra actitud. Examinemos más a fondo el nexo entre ambas.

### **b) ACTITUDES Y CONDUCTA**

La relación entre actitudes y conducta no siempre es sencilla. En un conocido estudio efectuado a principios de la década de 1930.

La Piere (1934) recorrió Estados Unidos con un matrimonio oriental, en una época en que el prejuicio contra los orientales era todavía muy fuerte en el país. La Piere descubrió que les negaron servicios sólo en 1 de los 250 hoteles y restaurantes que visitaron.

Al cabo de seis meses, La Piere envió un cuestionario a esos establecimientos, preguntándoles si darían servicio a los chinos. La mayor parte de contestó que no lo darían. Por esto, llegó a la conclusión que las actitudes no son predictores confiables del comportamiento verdadero. Esta conclusión la apoyaron otros trabajos posteriores dedicados a la relación existente entre actitudes y conducta (Wicker, 1969; Hanson, 1980).

Pero Fishbein y Ajzen (1975) señalan que el débil nexo entre unas y otras puede deberse a una medición incorrecta de las actitudes, de las conductas o de ambas. Así, La Piere midió las actitudes, de las conductas o de ambas. Así, LaPiere midió las actitudes ante los chinos en general y luego se valió de los resultados para predecir una conducta específica. Si hubiera

preguntado acerca de las actitudes hacia determinados chinos que viajaban con él y no acerca de ese grupo étnico en general, hubiera sido mayor la correlación entre ambas variables.

Otros investigadores señalan que el comportamiento recibe el influjo de muchos factores además de las actitudes. Por ejemplo, Ajzen y Fishbein (1980) afirman que el comportamiento guarda estrecha relación con las intenciones del sujeto. Y éstas a su vez no son más que una parte de sus actitudes; reflejan asimismo su aceptación de las normas, entre ellas las presiones sociales para realizar o no una acción.

Los rasgos de la personalidad son igualmente importantes. Algunos individuos ajustan sus acciones a sus actitudes (Norman, 1975). Otros tienden a contradecir su actitud a fin de portarse debidamente en una situación determinada. De ahí que las actitudes no predigan el comportamiento con igual seguridad entre todas las personas (Snyder y Tanke, 1976).

Así pues, puede predecirse el comportamiento a partir de las actitudes, pero los psicólogos han aprendido que muchas otras variables afectan al nexo existente entre uno y otras. (Chaiken y Stangor, 1987) Las intenciones, las normas sociales y el deseo de pasar sobre las propias actitudes no son más que algunos de tantos factores.

### **c) DESARROLLO DE LAS ACTITUDES**

¿Cómo adquirimos una actitud? ¿De dónde proviene? Muchas de las actitudes centrales proceden de la experiencia personal en los primeros años de vida. A los niños se les premia con un estímulo positivo cuando agradan a sus padres; se les castiga con la desaprobación cuando no los agradan. Estas vivencias crean en el niño actitudes positivas y negativas de gran persistencia frente a los objetos (Oskamp, 1977). Las actitudes también

se forman por imitación. Los niños remedan los actos de sus padres y compañeros, con lo cual adquieren actitudes aun cuando no se trate de influir en sus ideas.

Pero los padres no constituyen la única fuente de las actitudes, y con frecuencia ni siquiera son las fuentes más persistentes en la vida de sus hijos. Los maestros, amigos e incluso los personajes famosos pueden ser más importantes. Así, si un joven se une a un grupo estudiantil, posiblemente modele su comportamiento y actitudes ajustándolos a los de los miembros. Si una joven idolatra a una de sus maestras, tal vez adopte muchas de las actitudes de ella respecto a cuestiones debatidas, aun cuando van en contra de las opiniones de sus padres.

También la televisión y la prensa ejercen profundo impacto sobre la formación de actitudes en la sociedad moderna. La televisión nos bombardea con mensajes y no sólo mediante comerciales sino en formas más sutiles: la violencia como parte de la vida normal... las mujeres están subordinadas al hombre... sin posesiones análogas, Hartmann y Husband (1971) han demostrado que sin experiencia personal, los niños forman sus actitudes sociales a partir de lo que ven en la televisión. Observaron que los niños de raza blanca en Inglaterra que tenían poco contacto con personas de otra raza tendían a asociar las relaciones con los conflictos y hostilidad más a menudo que los que vivían en vecindario integrados. El primer grupo no tenía más información que la que proporcionaban los noticieros de la televisión, los cuales se centraban en los problemas provocados por la integración.

**2.2.13. LA ACTITUD PROFESIONAL. Propósito de acabar bien las labores del día Por: Karin Schmidt O. <http://etica.duoc.cl/pop-up/doc-fet00/b3.htm>.**

Pretendo plantear que la mejor garantía de éxito y prestigio profesional radica en el cumplimiento leal y escrupuloso de nuestros deberes. Ello debido a que es un hecho que los clientes huyen de los improvisadores, de las personas que no cumplen y de todas aquellas actitudes que en alguna medida desprestigian una profesión.

Quizás los chilenos nos caracterizamos por ser muy ingeniosos a la hora de tener que improvisar, y también muy creativos para dar con una solución de última hora. Aparentemente puede haber algo positivo en ello "nadie duda de lo que puede significar la creatividad", pero lo cierto es que detrás de todo hay, quiérase o no, falta de profesionalismo.

Todos los seres humanos estamos llamados a trabajar, y de manera acabada, bien hecha; ésa es la forma en que, a través de la profesión "es decir, de aquel empleo, facultad u oficio que cada uno ejerce "logramos nuestro perfeccionamiento humano, profesional y espiritual. De manera que no podemos tener cualquier actitud en una materia de tanta relevancia.

Cada persona tiene capacidades que ha recibido gratuitamente y una vocación que desarrollar. Este desarrollo significa y exige desempeñar el trabajo de manera profesional. Por otro lado, estamos obligados a ser responsables de nuestras acciones y elecciones libres. Desde luego, al elegir una profesión lo hemos hecho con gran probabilidad; lo que implica, por tanto, dar cuenta de esa elección.

Si bien la profesión constituye el modo más honesto y justo que tenemos de ganarnos la vida, debemos dar, sin embargo, primacía al ideal de servicio que efectuamos a través de ella por sobre el beneficio personal. Hay que tener en cuenta que es precisamente a través de la profesión, empleo u oficio que se coopera al bien común de la sociedad. En ella, cada uno de sus miembros, especializado mediante su trabajo y responsabilidad, aporta su

capacidad particular. Cada persona, cada trabajador, tiene un potencial de entrega a los demás que materializará muchas veces en el desempeño de su actividad profesional. Por otra parte "y ya hacíamos referencia a ello" la profesión permite humanizarnos, es decir, resulta un medio que nos ayuda a ser mejores en la medida en que trabajamos bien; descontando que, además, es la manera más natural en que descubrimos y ejercitamos las relaciones interpersonales. De modo que es importante la actitud frente al desempeño laboral, por la riqueza y variedad de objetivos que cumple como actividad humana.

¿Qué significa entonces realizar el trabajo de manera profesional? Me viene a la memoria el slogan del DuocUC a comienzos de año, para captar alumnos en la época de matrícula: **¡Faltan profesionales que lo hagan bien!** Parece que aquí está la respuesta a la pregunta planteada. Aunque, obviamente, habrá que hacer una descripción más detallada de lo que con ello se quiere significar.

Lo primero será poseer una cierta **competencia intelectual** para ejercer la profesión; lo que se traducirá en tener conocimientos y habilidades que permitan desarrollar el trabajo de manera profesional. Es aquí donde conviene hacer hincapié en lo importante que resulta, desde que se es estudiante (etapa de preparación y formación), plantearse el estudio como actividad seria y "profesional". En efecto, ya esta primera etapa constituye un trabajo que debemos realizar lo más perfectamente posible, y será la base clave de todo nuestro posterior desempeño. Ya desde estudiantes debemos tener un desempeño adecuado para ir de la mejor manera instruyéndonos en una determinada disciplina, e ir adquiriendo algunos hábitos que serán determinantes en nuestro futuro laboral. Para un estudiante su estudio debiera constituir una obligación seria, si no la más seria.

Es importante, entonces, no conformarse con lo estrictamente impartido por cada asignatura, y complementar esos conocimientos a través de alguna lectura de revistas o libros especializados en determinadas materias; mediante reportajes de televisión, documentación e información en la red internet, en fin, ocupar la tecnología o cualquier otro medio como una instancia de formación y cultura, que redundará en una mejor preparación intelectual. Hoy por hoy, y para cualquier trabajo que se realice, la **formación** no termina nunca. Además, estamos inmersos en un mundo altamente competitivo que nos obliga a buscar una constante superación profesional. La oferta y posibilidades que se encuentran en el mercado para especializarse o pos titularse en variadas disciplinas es cada vez mayor. También las empresas ofrecen a menudo cursos de capacitación, encuentros, conferencias etc., para que todas aquellas personas que buscan un desempeño serio de su profesión los aprovechen.

El esfuerzo por capacitarnos lo mejor posible supone superar la desidia y la pereza, desechar todas aquellas costumbres que nos conducen a la pobreza y rutina mental, superar el anquilosamiento profesional y evitar a toda costa el convertirnos en simples burócratas.

Dado que los conocimientos son una fuente en continuo brote, en permanente crecimiento, la actitud más sana será la de nunca estar satisfechos con lo alcanzado; procurando a lo menos fomentar "si no somos nosotros mismos de algún modo creadores de conocimiento "la actitud de atender a los últimos descubrimientos y avances. Hoy por hoy esto incluso resulta más fácil y entretenido, ya que la tecnología nos pone al día con eficiencia y eficacia, facilitándonos el modo de resolver y organizar nuestro trabajo con mayor rapidez. Con todo, no debe olvidarse que un trabajo verdaderamente profesional jamás descuidará el orden, la puntualidad, la constancia y, en general, el cuidado en todos los detalles.

Leí hace unos días en una revista que Chile es uno de los países con más horas de trabajo y una productividad de las más bajas del mundo. ¿No será la falta de profesionalismo la respuesta a este fenómeno? Es posible que así sea. Y, tal vez, debido a hechos tan simples y concretos como no cumplir con lo programado. Por ejemplo, se dijo que la reunión sería a las nueve de la mañana y comienza media hora después. Consecuentemente, terminará, a lo menos, media hora más tarde de lo pensando, desequilibrando ya todo lo que viene a continuación. Y esto no es sólo un problema de respeto a los horarios. Muchas veces se retrasa la reunión sencillamente porque que no se asiste preparado: simplemente se improvisa y se van arrastrando los temas a tratar.

A propósito del aprovechamiento del tiempo, ¡qué decir de los innumerables y arraigados malos hábitos de las oficinas, que de tanto repetir terminamos por aceptar, sin advertir que, precisamente en ellos, se encuentra nuestra falta de profesionalismo! Salimos al pasillo a conversar el tema del día, sobreabundan los consabidos cafecitos "de rigor", la falta de planificación de la labor diaria es endémica, los largos almuerzos "ejecutivos" nos quitan casi un tercio de la jornada, como no sabemos delegar perdemos tiempo explicando y corrigiendo, etc. Todas éstas son prácticas que constituyen, en definitiva, una actitud inadecuada en nuestro modo de enfrentar y hacer el trabajo.

Quizás, la clave de un buen desempeño laboral esté "como señalaba un autor" en "hacer lo que se debe y estar en lo que se hace". Para ello, se deben cuidar una serie de pequeños "grandes" detalles que denotan la actitud profesional. No basta con que nos guste desempeñar un determinado trabajo; ser honrados y tener buenas intenciones. También es necesario hacerlo con perfección y prontitud.

Sería útil, por ejemplo, establecer una agenda de actividades planificando el día, la semana, el mes. Esforzarse por cumplir el horario fijado para citas; comenzar y terminar de trabajar a la hora indicada; cumplir con todos los encargos aunque algunos resulten más difíciles o aburridos. Si sólo nos ocupamos de aquello que nos es grato o nos parece fácil, iremos acumulando muchos asuntos que en algún minuto tendrán carácter de urgente.

Ser ordenado con los documentos también es importante. De lo contrario, se pierde tiempo tratando de encontrar lo que no se guardó en su lugar.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que, hoy más que nunca, formar **equipos de trabajo** es indispensable. Debe hacerse un esfuerzo no sólo por entender a los demás sino por entenderse con ellos; lo que equivale, en concreto, a ser tolerantes; a respetar las ideas de los otros, fomentar el apoyo constructivo, procurar que cada integrante del equipo esté grato en la función que realiza. Con estas actitudes será más fácil lograr el desarrollo de actividades en conjunto.

Finalmente, y aunque no he pretendido ser exhaustiva en la ejemplificación ni en los aspectos considerados, es importante ser discursivo en el trabajo; esto es, terminar una cosa para comenzar otra. Tenemos que pensar que lo bueno es lo acabado, aquello que se ha hecho bien, cuidadosamente; poniendo énfasis, como decíamos, en aquellos detalles que parecieran ser menos relevantes, pero que, a fin de cuentas, hacen la diferencia. Y todo sin olvidar que, en alguna medida, donde termina la virtud comienza el vicio.

En suma: Mientras nos esforcemos por desempeñar nuestro trabajo diario de la mejor manera posible (para nosotros, en concreto), no sólo nos hacemos mejores como personas, sino que servimos mejor a quienes nos rodean; contribuyendo así a que los demás se hagan también mejores



personas. De nuestro buen desempeño laboral depende, en buena medida, el bien de la sociedad toda.

#### **2.2.14. CONCEPTOS DE ENFERMERÍA**

**VIRGINIA HENDERSON (1966)** nos dice “Ayudar a las personas enfermas o sanas, en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que puedan efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además, hacerlo de manera que se los ayude o recupera su independencia con la mejor rapidez posible”

Handerson V. The Nature of Nursing. New York, Macmillzn, 1966.

**YURA Y WOLSH (1983)**, afirma el propósito de la enfermedad son: “Mantener el bienestar general del paciente en nivel óptimo y, si dicho estado cambio, brindarle atención especializado en la cantidad y calidad necesarios para que recupere tal bienestar.

Si no puede lograrse esto, las actividades de la enfermera deben contribuir a mejorar la calidad de vida del sujeto, con el aprovechamiento óptimo de los recursos de que dispone esto, para lograr tal calidad durante el mejor tiempo factible.

Yura H. and Walsh The nursing Process 4th and East Horwolk, connectient, Appleton – century Crofts 1983.

## 2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

❖ **CONOCIMIENTO.** El conocimiento puede definirse como: Hechos, información y conocimientos adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema. Lo que se conoce en un campo determinado o en su totalidad

❖ **DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS EXTERNOS (AED).** Este término, genérico, se refiere a desfibriladores que analizan el ritmo en el electrocardiograma de superficie del paciente, para detectar fibrilación ventricular taquicardia ventricular rápida. La información que proporcionan al que lo maneja usualmente es la indicación o no de descarga, dejando su ejecución al operador.

❖ **ETIOLOGÍA CARDÍACA (PRESUMIBLE).** El tratamiento del paro debido a una probable enfermedad cardíaca representa la principal actividad de la mayoría de los sistemas de emergencias extrahospitalarias. No es fácil, para los reanimadores, determinar con exactitud la causa específica del paro en todas las resucitaciones intentadas. A menudo es un diagnóstico de exclusión.

❖ **ETIOLOGÍA NO CARDÍACA.** Si bien esto representa un conjunto de causas desiguales, con frecuencia son obvias y de fácil determinación. Las subcategorías específicas incluyen el síndrome de muerte súbita del lactante, sobredosis de fármacos, suicidios, ahogamientos, hipoxia, pérdida masiva de sangre, accidentes cerebrovasculares, hemorragia subaracnoidea y traumatismos.

❖ **ENFERMERA ESPECIALISTA:** Es la profesional en Enfermería responsable del cuidado especializado del paciente en estado crítico, inestable y recuperable con riesgo de muerte.

❖ **IDENTIFICACIÓN TEMPRANA.** El primer paso para la asistencia de una víctima con paro cardiorrespiratorio o con una urgencia cardiológica es su identificación temprana. El personal de enfermería deberá reconocer e identificar la situación. Iniciar inmediatamente la reanimación y activar el sistema de emergencia. En algunos lugares se denominan códigos (asignándoles un color). Debe ser activado desde cualquier punto. A la llegada del equipo de reanimación avanzada se apoyará a la víctima de acuerdo a sus necesidades, siguiendo el CAB de la reanimación básica y el DEF de la avanzada.

❖ **PARO CARDÍACO.** Es el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de pulso detectable, inconsciencia y apnea (o respiración agónica, entrecortada). Para los propósitos del estilo Utstein no se recomiendan comentarios de tiempo o “repentinidad”.

❖ **PERSONAL DE EMERGENCIAS.** Son individuos que responden a una emergencia médica, de manera oficial, formando parte de un sistema de respuesta organizado. Según esta definición, médicos, enfermeras o paramédicos que presencian un paro cardíaco en un lugar público e inician RCP, pero que no han respondido al suceso como parte de un sistema organizado de respuesta, no son personal de emergencia.

❖ **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.** Es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar.

❖ **RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP).** Entendemos por RCP un conjunto de medidas estandarizadas que, aplicadas ordenadamente, tienen la finalidad de sustituir primero y reinstaurar después la respiración y circulación espontáneas, siendo su objetivo fundamental la preservación de la función cerebral y la recuperación de la capacidad intelectual del individuo. En consecuencia, los mejores resultados serán obtenidos cuando cualquier persona que detecta una PCR inicia la RCP en su forma más elemental (Soporte Vital Básico) antes de los 4 minutos y es continuada pocos minutos después por personal sanitario cualificado con medios técnicos adecuados (Soporte Vital Avanzado), ya sea en el área hospitalaria o en la extra hospitalaria.

❖ **RCP.** Es un término muy amplio que significa el acto de intentar lograr la restauración de circulación espontánea. La RCP es un acto: puede ser efectiva o no y básica o avanzada.

❖ **RCP BÁSICA.** Es el intento de restaurar circulación eficaz usando compresiones torácicas externas e insuflación de los pulmones con aire espirado. Los reanimadores pueden facilitar la ventilación a través de dispositivos para la vía aérea y protectores faciales apropiados para su uso por inexpertos. Esta definición excluye la bolsa con válvula-mascarilla,

técnicas invasivas de mantenimiento de vía aérea, como la intubación y cualquier otro dispositivo para la vía aérea que sobrepase la faringe.

❖ **RCP AVANZADA, SOPORTE VITAL CARDÍACO AVANZADO, ACLS.** Estos términos se refieren al hecho de intentar la restauración de circulación espontánea, usando la RCP Básica más técnicas avanzadas de manejo de la vía aérea y ventilación, desfibrilación y uso de medicación endovenosa. o endotraqueal.

❖ **RCP DEL TESTIGO, RCP DEL PROFANO Y DEL CIUDADANO.** De estos términos sinónimos se eligió consensualmente el de RCP del testigo. Esto es, la RCP Básica es realizada por alguien que no pertenece a un sistema de respuesta organizado. En general, será la persona que presencié el paro. En algunas ocasiones, por lo tanto, médicos, enfermeras y paramédicos pueden realizar la RCP del testigo, o mejor la RCP del primer profesional.

❖ **SOPORTE VITAL.** Es más amplio que el de RCP. Incluye éste y además las acciones dirigidas al mantenimiento de funciones vitales en situaciones de emergencias distintas del PCR, la prevención del PCR y el conocimiento de cómo acceder a los sistemas de emergencia. Desde el punto de vista docente, la RCP se define como un conjunto de habilidades psicomotoras, insertadas en un marco de conocimientos, cuya aplicación contiene un fuerte componente afectivo.

❖ **SOPORTE CIRCULATORIO.** Masaje cardiaco externo se fundamenta en la posibilidad de generar un flujo sanguíneo cuando aplicamos

compresiones sobre el área esternal y de proyección cardiaca, aprovechando la elasticidad de la caja torácica. Podría tratarse de un doble mecanismo, uno de bomba cardiaca y otro de bomba torácica.

❖ **SOPORTE VITAL CARDÍACO BÁSICO.** Este término, especialmente en EE.UU., tiene un significado que supera al de RCP Básica. Incluye un programa educacional completo que proporciona información sobre el acceso al sistema de emergencia y reconocimiento del paro cardíaco, así como la RCP Básica.

❖ **TÉCNICAS.** Las técnicas actuales de ventilación artificial se fundamentan en la insuflación intermitente de los pulmones al aplicar una presión positiva en la vía aérea seguida de una espiración pasiva, consecuencia de la elasticidad torácica pulmonar. Estas insuflaciones se efectuarán mediante diversos procedimientos como se explicará más adelante.

❖ **VENTILACIÓN.** Se inicia la ventilación con bolsa-válvula-mascarilla con reservorio a flujo alto (15 lts x´), en tanto se instala un acceso oro o naso traqueal y se inicia asistencia mecánica ventilatoria. En caso de no tener éxito deberá disponerse del equipo de cricotirotomía percutánea y máscara laríngea; este procedimiento aísla la vía aérea, la mantiene permeable, reduce el riesgo de aspiración y puede ser utilizada para la administración de medicamentos como la epinefrina, atropina y lidocaína. Una vez que se intubó al paciente, deberán monitorizarse la oximetría de pulso e idealmente la capnografía.

## **CAPÍTULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En esta parte se presentan los resultados del trabajo de campo, referente a los aspectos de las encuestas: uno referido al nivel de conocimiento de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardio pulmonar básica y las actitudes de los estudiantes de la universidad Alas Peruanas , en Lima periodo 2014, que contiene los objetivos y metas para un período de mediano plazo, que contribuyen al reconocimiento y manejo de la cadena de supervivencia que conlleva salvar una vida mediante destreza y habilidades que debe emplear el profesional de enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

El otro aspecto, se refiere al análisis e interpretación de los resultados de la encuesta aplicada a los estudiantes y que completan la información requerida para la contratación de las hipótesis y la formulación de las conclusiones y recomendaciones.

#### **3.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.**

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados y presentados en cuadros y gráficos que a continuación expongo.

Así tenemos que del 60 (100%) de los estudiantes encuestados de la segunda especialización de enfermería de la universidad Alas Peruanas, 50 (83.3%) entre edades de 30 a 40 años, 10 (16.6%) son de 20 a 30 años de edad, 54 (90%) son de sexo femenino, 6(10%) son de sexo masculino, y 45 (75%) son casados , 15 (15%) son solteros y laboran en diferentes instituciones de salud DE FF.AA 45 (75%), MINSA 10 (16.6%) y de ESSALUD son 05 (10%).

Con respecto al nivel de conocimiento de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de los 60 (100%) de los evaluados se obtuvo 01 estudiante (1.7%) obtuvo 17 puntos /20 calificación Muy bueno y con una calificación 06 (9.7%) de ellos de 13 puntos /20 calificación buena y un 53 (88.6%) salieron Desaprobados.

Se tiene en cuenta que los estudiantes vienen de diferentes universidades de su preparación profesional de pregrado y distintos centros de salud.

La reanimación cardiopulmonar, es de vital importancia en el conocimiento básico de las maniobras y técnicas de resucitación soporte de vida, en entrenamiento, actualización permanente del personal de salud y certificación para así poder promover la prevención de los factores de riesgo cardiaco y cerebro vascular y poder difundir el estilo de vida, y lograr disminuir las tasas de morbimortalidad en nuestro país.

Los estudiantes de la segunda especialización en cuanto a las actitudes en su malla curricular del pre y post grado de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica 40 de ellos (66.6%) y y llegan a realizar Practica – taller de masaje cardiaco y ventilación, 45 de ellos (75%) del total de los estudiantes pero desconocen 50 de ellos (83.3%) el Consejo Peruano de Reanimación, esta es la única entidad en el Perú que capacita y actualiza en reanimación cardiopulmonar básica llegando como misión a certificar con un promedio de 80 puntos /100 puntos.

Por otro lado los estudiantes 60 de ellos (100%) NO perciben apoyo de su institución laboral para actualizarse y capacitarse y/o certificarse por CPR Y CLAR, (según marco teórico).

Los encuestados evidencian en su gran mayoría que la reanimación cardiopulmonar (RCP) se define como el conjunto de pautas estandarizadas de desarrollo secuencial constituida por dos niveles, el soporte vital básico y avanzado, cuyo fin es sustituir, restaurar la circulación y la respiración



garantizando una oxigenación tisular suficiente, con el objetivo de preservar la vida, restituir la salud, aliviar el sufrimiento y limitar la incapacidad. Los resultados de la reanimación dependen de la uniformidad, protocolización, capacidad técnica, científica y humana que apliquen los profesionales de la salud. Asimismo, los estudios evidencian que el papel protagónico del estudiante de la segunda especialización de enfermería exige poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad y auto-control producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos. Todos estos elementos contribuirán a una coordinación precisa, oportuna dirigida a las necesidades reales de las personas en paro cardiorrespiratorio. Asimismo, se concluye que el personal enfermero debe conocer y practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar cerebral. Su desconocimiento puede producir un desenlace fatal para los pacientes con paro cardiopulmonar. Lo que indica que, al margen de la capacidad profesional y la capacidad personal, se hace necesaria la capacitación del personal encuestado en las maniobras de reanimación cardiopulmonar

### 3.2 DESARROLLO DE DATOS ESTADÍSTICOS:

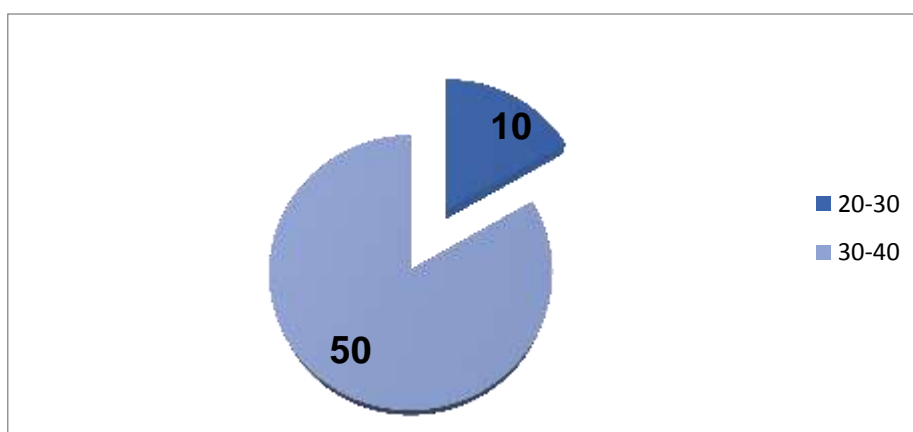
#### a. DATOS GENERALES.

Según: Edad

**CUADRO N° 01**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
20 A 30	10	16.6%
30 A 40	50	83.3%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 01**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

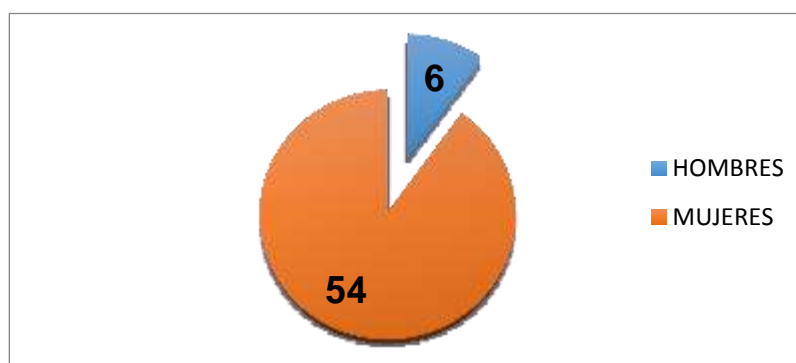
Los estudiantes encuestados 50 de ellos (83.3%) son mayores de 30 años y solo 10 de ellos (16.6%) son menores de 30 años.

**Según: Sexo**

**CUADRO Nº 02**

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
HOMBRES	06	10%
MUJERES	54	90%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 02**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

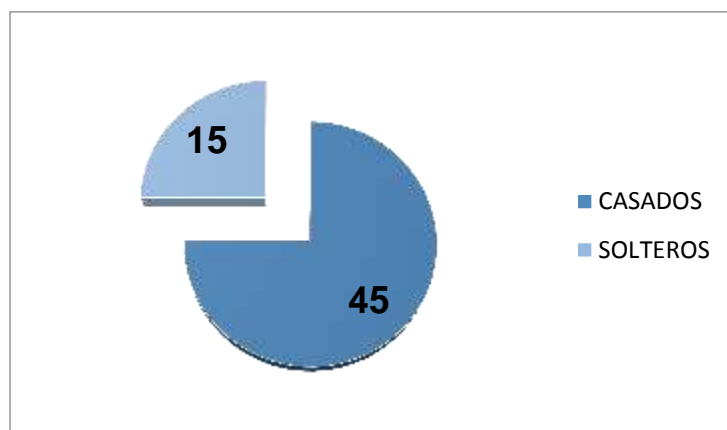
De los estudiantes encuestados 54 de ellos (90%) son de sexo femenino y 06 de ellos (10%) son de sexo masculino.

**Según: Estado Civil**

**CUADRO Nº 03**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SOLTEROS	15	15%
CASADOS	45	75%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 03**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

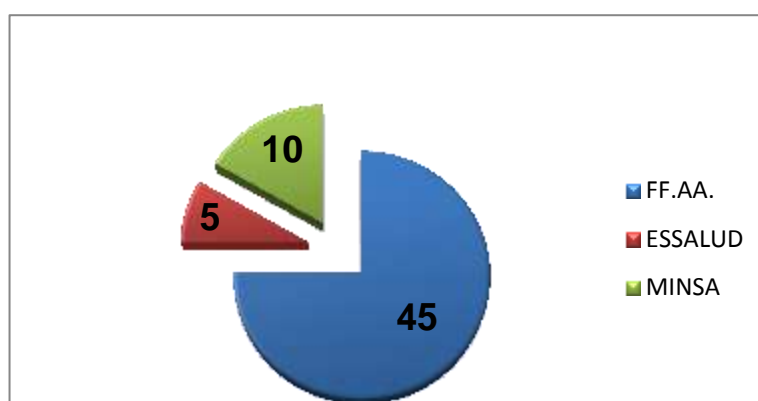
De los estudiantes encuestados 45 de ellos (75%) son casados y 15 de ellos (15%) son solteros. Los estudiantes desempeñan diferentes funciones en la sociedad.

#### Según: Centro Laboral

CUADRO Nº 04

CENTRO LABORAL	N°	%
FF.AA	45	75%
ESSALUD	5	8.3%
MINSA	10	16.6%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

GRAFICO No. 04



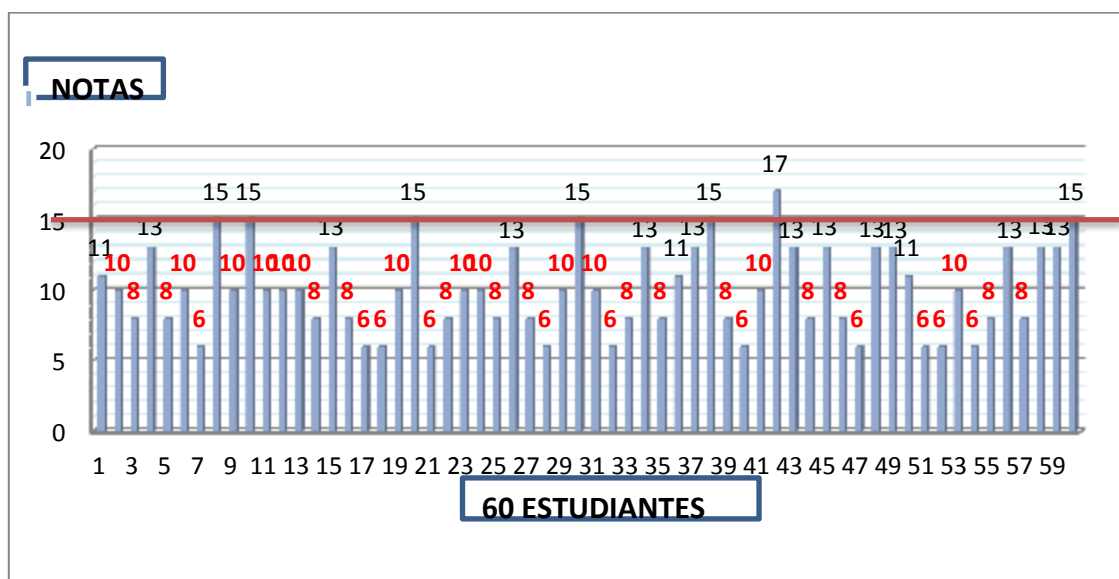
Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Los estudiantes encuestados laboran en diferentes instituciones de salud 45 (75%) están en FF.AA, 10 (16.6%) están en hospitales Minsa y 5 de ellos (8.3%) laboran en El Seguro. Cada institución tiene sus políticas de trabajo misión y visión.

### B. RESPUESTAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

GRAFICO No. 01



Creación propia RMR

### ANALISIS E INTERPRETACION:

Referente a Nivel de Conocimiento de los estudiantes de la segunda especialización de Enfermería De los 60 (100%) de los evaluados sobre reanimación cardiopulmonar básica se obtuvo una calificación muy buena **01(1.7%)** con máximo de 17 puntos y **7 (11.6%)** una calificación **APROBADA** de 13puntos / 20 hasta y **53 de ellos (88.6%) DESAPROBADOS** de 11 como máximo y mínimo 06 /20.La reanimación cardiopulmonar, es de vital importancia el conocimiento básico de las maniobras y técnicas de la resucitación y soporte de vida, en entrenamiento, actualización permanente del personal de salud para poder promover la prevención de los factores de riesgo cardiaco y cerebro vascular difundiendo el estilo de vida, para evitar el incremento y desarrollo de estas enfermedades que conllevan a la muerte.

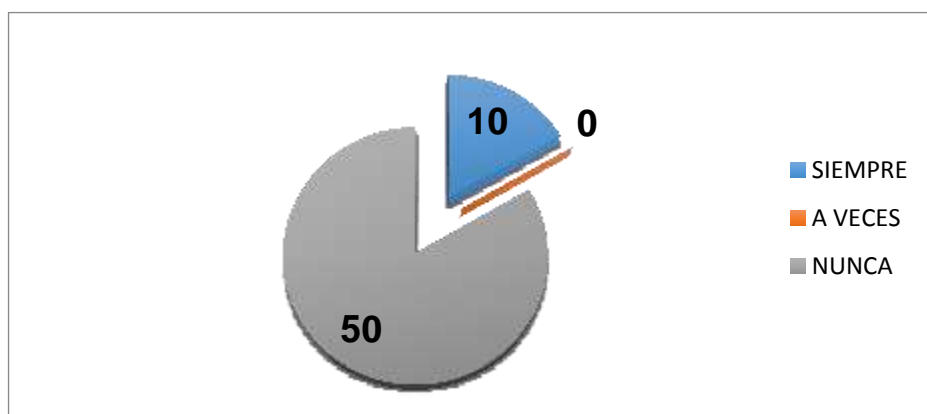
### C. ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES

CUADRO Nº 01

¿Asiste Ud. a cursos de actualización referente a RCP básica?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	10	16.6
AVECES	0	0
NUNCA	50	83.3%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

GRAFICO No. 01



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

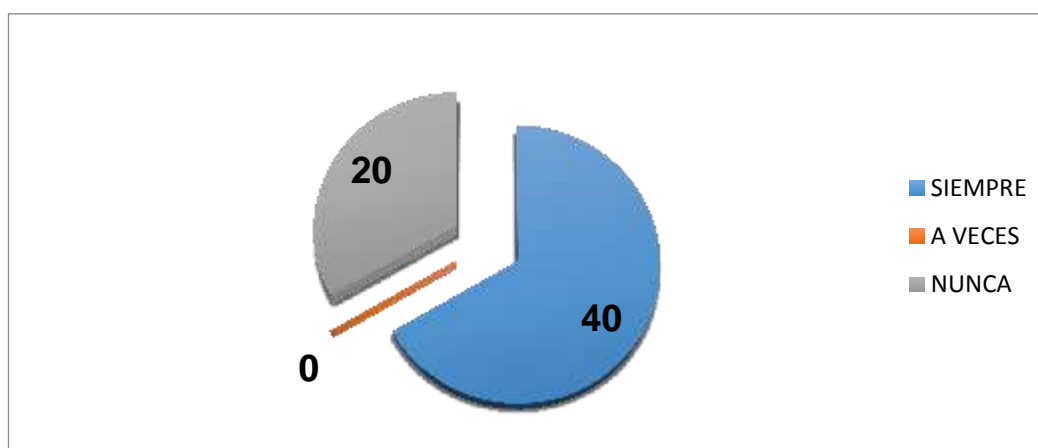
Los estudiantes encuestados 50 (83.3%) nunca se capacita en temas referentes a RCP Básica y 10 de ellos (16.6%) si lo realiza. Analizando estos porcentajes se puede ver que más de la mitad si se capacita teniendo una actitud positiva en el crecimiento profesional.

### CUADRO Nº 02

¿Usted recibió en el pregrado capacitación de RCP básico?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	40	66.6
AVECES	0	0%
NUNCA	20	33.3%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### GRAFICO No. 02





Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

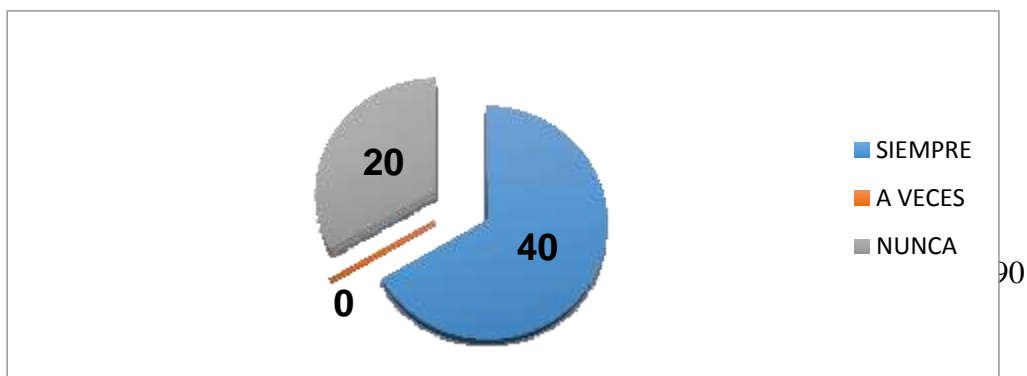
Los estudiantes encuestados 40 de ellos (66.6%) recibieron capacitación de RCP básica en el pre grado y 20 (33.3%) refiere que no recibió dicha capacitación. Analizando los resultados se observa que un porcentaje de estudiantes no fue capacitado durante su formación profesional.

**CUADRO Nº 03**

¿Ha recibido capacitación de RCP básico en la malla curricular de Post – Grado?

	<b>N° DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	40	66.6%
AVECES	0	0%
NUNCA	20	33.3%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 03**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

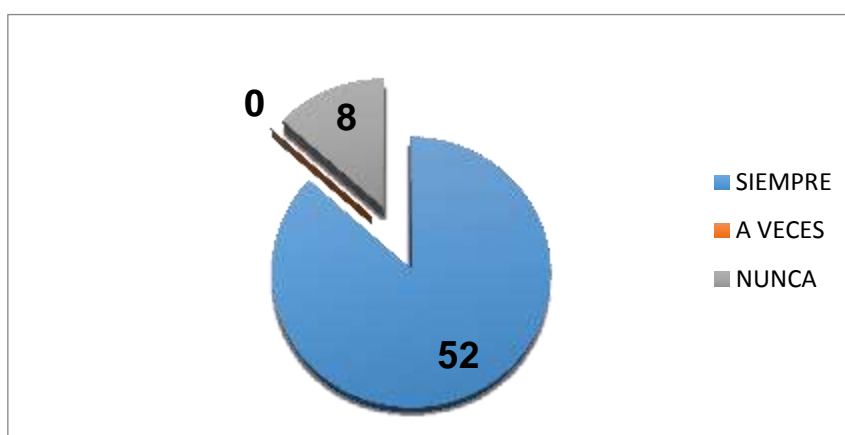
Los estudiantes encuestados 40 de ellos (66.6%) recibieron capacitación de RCP básica en el post grado y 20 (33.3%) refiere que nunca recibió dicha capacitación. Analizando los resultados se observa que un porcentaje de estudiantes no fue capacitado durante su formación en la segunda especialización de enfermería.

**CUADRO Nº 04**

¿Cuenta Ud. con tiempo disponible para capacitarse y actualizarse?

	<b>Nº DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	52	86.6%
AVECES	0	0%
NUNCA	08	13.3%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 04**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

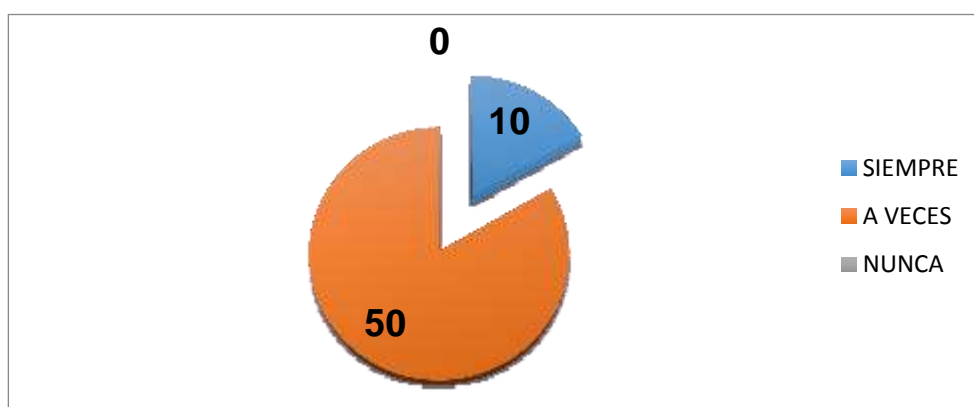
Los encuestados 52 (86.6%) cuentan con tiempo disponible para actualizarse y capacitarse pero 08 de ellos (13.3%) nunca tienen tiempo, analizando los resultados se evidencia lo contrario en el resultado de la evaluación de nivel de conocimiento en RCP, cuentan con tiempo pero no lo emplean en capacitación.

### CUADRO Nº 05

¿Los cursos de capacitación y actualización tienen costos muy elevados para usted?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	10	16.6%
AVECES	50	83.3%
NUNCA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### GRAFICO No. 05



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

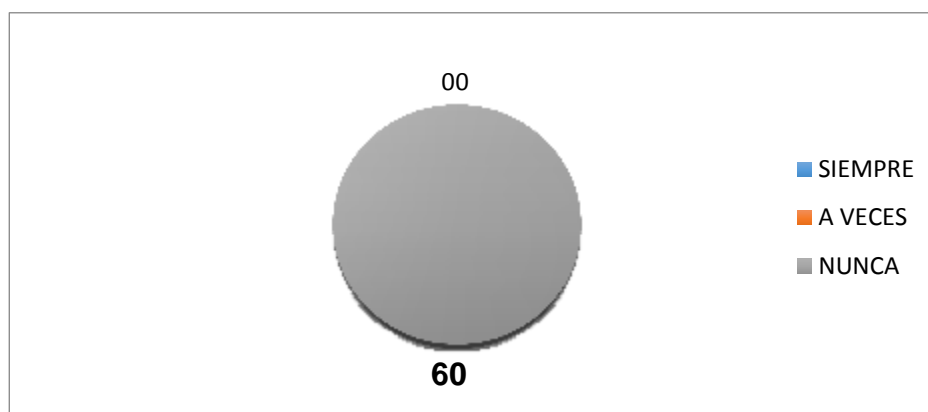
Cuando se les realizo la pregunta los estudiantes 50 (83.3%) refieren que los cursos de capacitación tienen costos muy elevados a veces y 10 de ellos (16.6%) refieren que siempre, analizando resultados tenemos un 83.3% que puede capacitarse pero no lo realizan tienen actitud profesional negativa.

### CUADRO Nº 06

¿Su centro laboral lo capacita, le otorga becas para su actualización?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	0	0%
AVECES	0	0%
NUNCA	60	100%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### GRAFICO No. 06



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

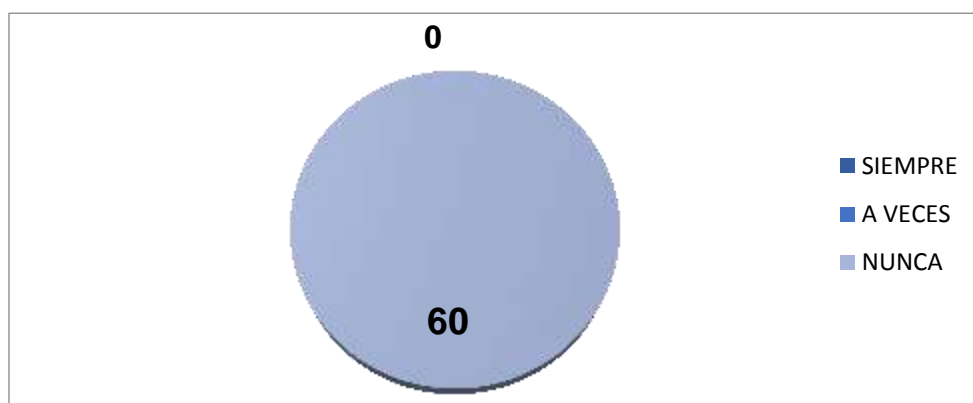
De los encuestados 60 de ellos (100%) refieren que sus centros laborales nunca les otorgan becas para su actualización en RCP y tampoco los capacita en RCP.

### CUADRO Nº 07

¿Recibe usted el apoyo incondicional de su centro de trabajo para capacitarse y actualizarse?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	0	0%
AVECES	0	0%
NUNCA	60	60%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### GRAFICO No. 07



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

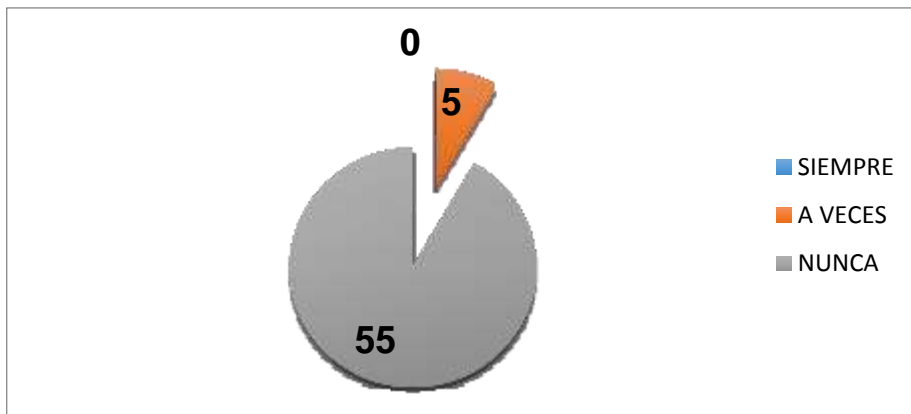
De los encuestados 60 de ellos (100%) refieren que sus centros laborales nunca les otorgan apoyo para su actualización en RCP. Analizando los datos estadísticos en %. Los estudiantes no pueden capacitarse sin el apoyo de su institución por coincidir con su jornada laboral.

### CUADRO Nº 08

¿Durante su quehacer laboral ha realizado maniobras de RCP básico en la comunidad?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	0	0%
AVECES	05	8.3%
NUNCA	55	91.6%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### GRAFICO No. 08



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

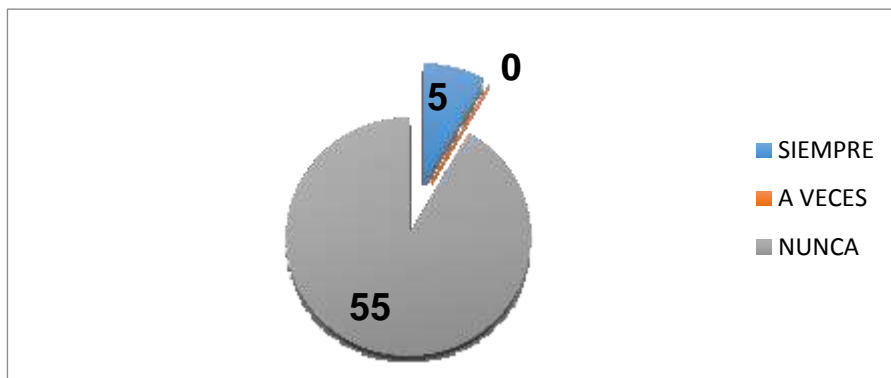
Cuando se preguntó referente si realizan en su quehacer laboral RCP en la comunidad el 55 de ellos (91.6%) refiere nunca realizo RCP, Analizando los resultados es muy preocupante como personal de salud desconocen, no se capacitan y no realizaron RCP básica.

### CUADRO Nº 09

¿Ud. está preparado para dar capacitación de RCP básico en la comunidad?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	05	8.3%
AVECES	0	0%
NUNCA	55	91.6%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### GRAFICO No. 09



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

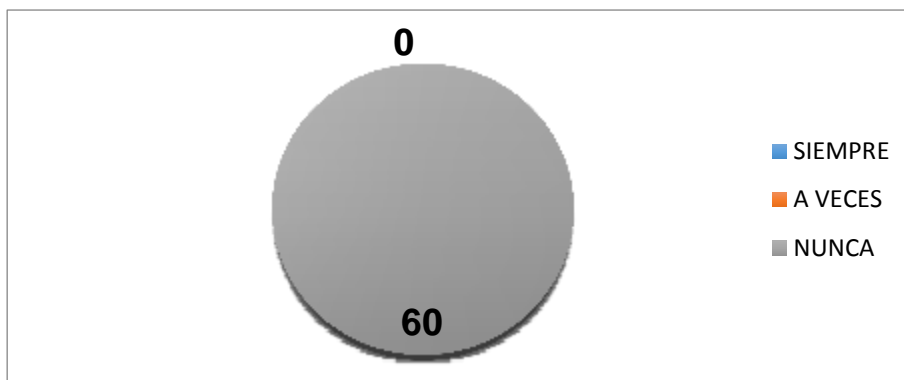
Cuando se preguntó si se encuentran preparados para brindar capacitación de RCP Básica en la comunidad 55 de ellos (91.6%) refieren que nunca están preparados y solo 5 (8.3%) si lo está. Analizando los resultados si no están preparados nunca serán los difusores RCP Básica como profesional de la salud.

### CUADRO Nº 10

¿Realiza Ud. capacitación y supervisión en RCP básico en su hogar con la familia?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	0	0%
AVECES	0	0%
NUNCA	60	100%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### GRAFICO No. 10





Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

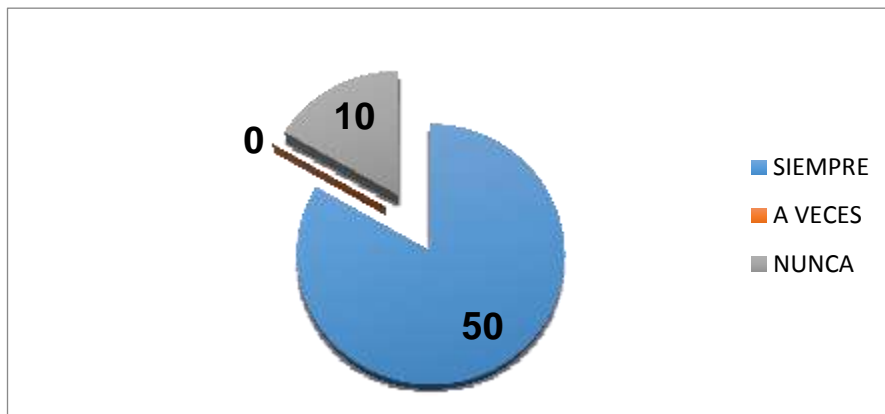
Los encuestados referente a si realizan capacitación y supervisión en RCP básico en su hogar con la familia 60 de ellos que es al (100%) NO LO REALIZA, Analizando los resultados si es muy preocupante el no preparar a la familia es una actitud profesional, social negativa y desfavorable.

### CUADRO Nº 11

¿La remuneración que percibe por su trabajo lo emplea para capacitarse y Actualizarse en RCP?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	50	83.3%
AVECES	0	0%
NUNCA	10	16.6%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

GRAFICO No. 11



Fuente:

	<b>N° DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	45	75%
AVECES	15	25%
NUNCA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

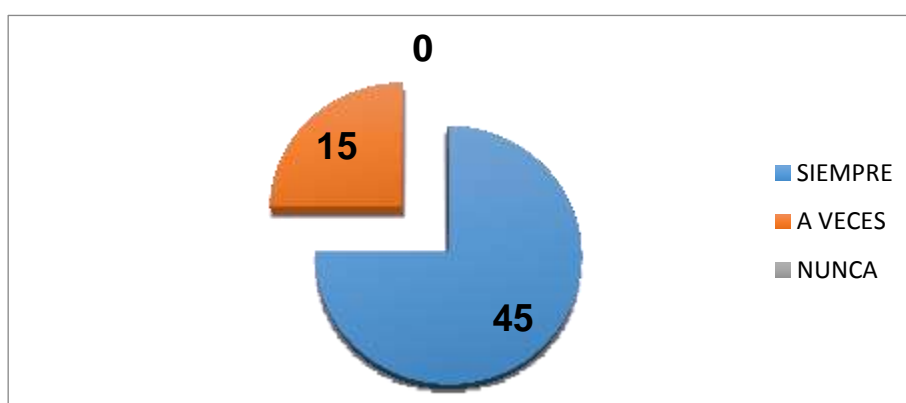
### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De los encuestados 50 (83.3%) de ellos nos refieren que si se capacitan con sus propios medios económicos y 10 de ellos (16.6%) no lo realiza, Analizando resultados si se capacita el 83.3% se evidencia un 88.3% en nivel de conocimiento están desaprobados.

### **CUADRO Nº 12**

¿El docente emplea método de enseñanza solo de exposición en RCP?

### **GRAFICO No. 04**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

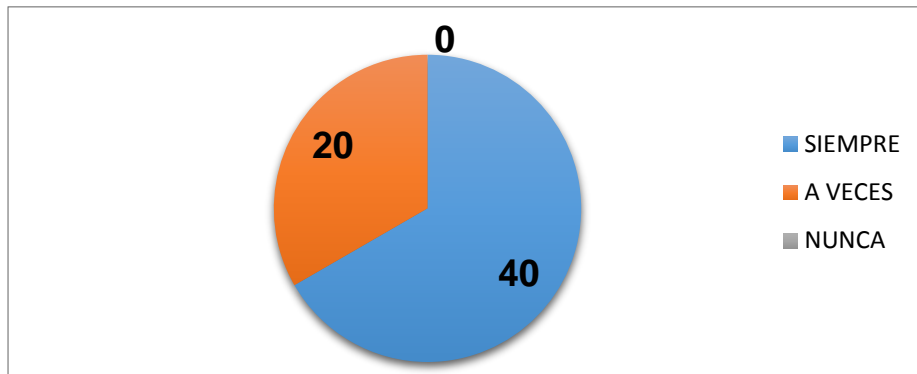
De los encuestados 45(75%) nos refieren que el docente solo emplea en su ponencia la exposición y no realizan taller y 15 (25%) refiere que sí, Analizando los resultados todos los docentes deben de realizar taller en RCP, para su mejor aprendizaje de los estudiantes dado que en la carrera de enfermería teoría y practican se deben realizar juntas.

### **CUADRO Nº 13**

¿Su docente desarrolla la clase en forma clara los contenidos RCP básico?

	<b>Nº DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	40	66.6%
AVECES	20	33.3%
NUNCA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

### **GRAFICO No. 13**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

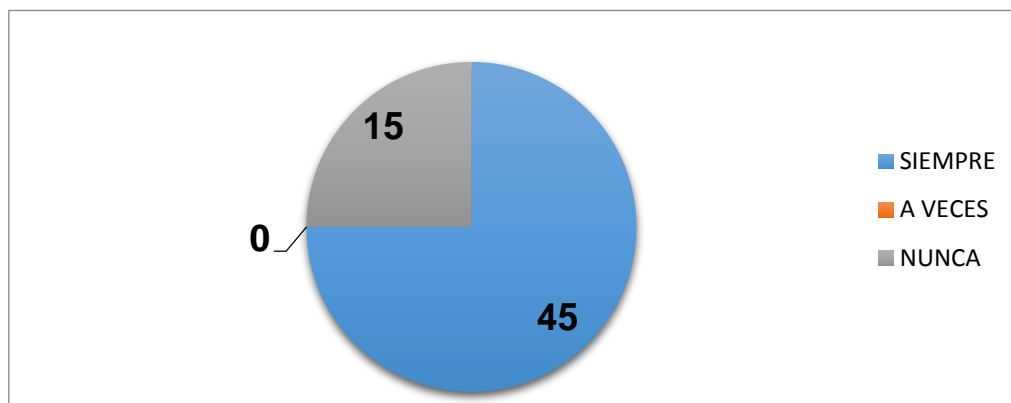
De los encuestados 40 (66.6%) refieren que su docentes realizaron clases con contenidos claros sobre RCP y 20 de ellos (33.3%) nos refieren a veces, analizando resultados se evidencia un desconocimiento sobre RCP básica actual.

### CUADRO Nº 14

¿Ud. realiza en su clase de RCP básico prácticas de taller: Masaje y Ventilación?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	45	75%
AVECES	0	0%
NUNCA	15	25%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 14**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

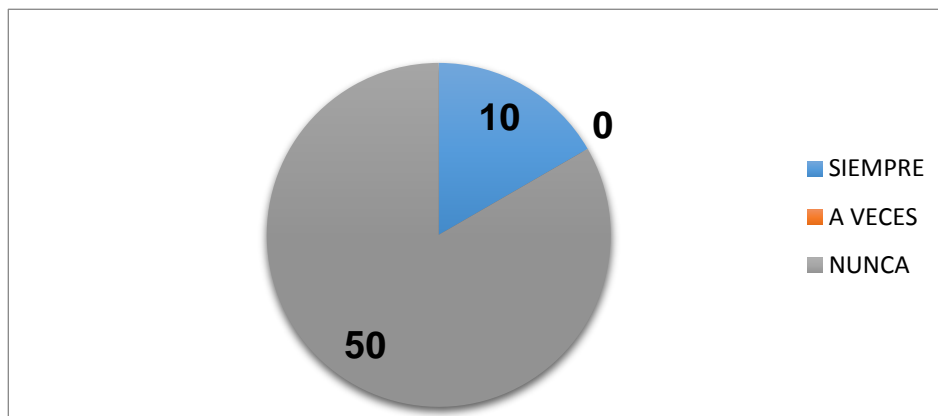
Delos estudiantes encuestados 45 (75%) realizaron prácticas de taller en RCP-BASICA Y 15 (25%) refieren que no, Analizando los resultados si los estudiantes no realizan prácticas en su preparación no están aptos de asistir en RCP básica.

**CUADRO Nº 15**

¿Conoce usted Consejo Peruano de Reanimación o CPR?

	<b>N° DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	10	16.6%
AVECES	0	0%
NUNCA	50	83.3%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 15**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

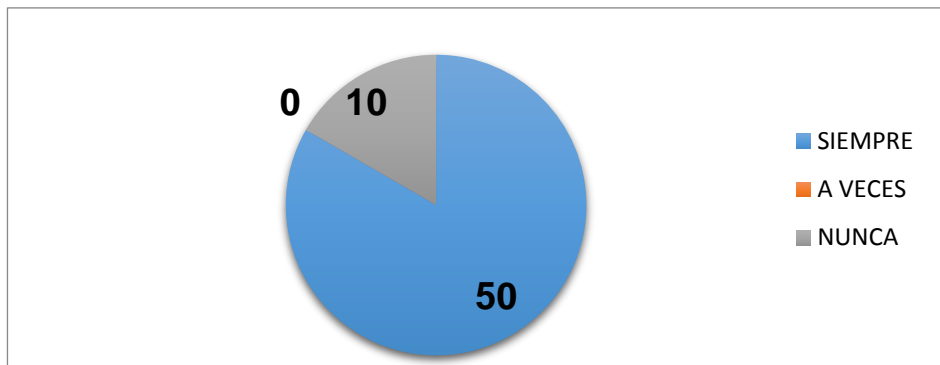
Los estudiantes encuestados referente a Conoce usted Consejo Peruano de Reanimación o CPR el 83.3% refiere que Nunca y el 16.6% si lo conoce. Analizando los resultados el CPR es la entidad que capacita y actualiza según las guías de la AHA, los estudiantes se capacitaron sin la actualización correspondiente

### CUADRO Nº 16

¿Tiene usted cargo familiar, Hijos, padres , Hermanos bajo su Responsabilidad?

	Nº DE ESTUDIANTES	%
SIEMPRE	50	83.3%
AVECES	0	0%
NUNCA	10	16.6%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO No. 16**



Fuente: Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2014.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De los encuestados 50 de ellos (83.3%) refieren que tienen carga familiar bajo su responsabilidad y 10 (16.6%) no lo tienen, Analizando los resultados es preocupante porque no están actualizados ni preparados en RCP básica, pero tienen responsabilidad de cuidar al familiar.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

La relación entre el nivel de conocimiento de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica y las actitudes de la universidad Alas Peruanas. Los encuestados evidencian que si existe una relación en la actualización, capacitación de reanimación cardiopulmonar Básica siendo de vital importancia ya que se define como el conjunto de puntos estandarizados de un desarrollo de secuencias de dos niveles

cuyo fin es sustituir, restaurar la circulación y respiración espontaneas para así salvaguardar la vida.

### **SEGUNDA.**

Los estudios evidencias que el papel protagónico del profesional en enfermería exige poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad y auto-control producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos. Todos estos elementos contribuirán a una coordinación precisa, oportuna dirigida a las necesidades reales de las personas en paro cardiorrespiratorio.

### **TERCERA.**

Del mismo modo se concluye que la relación entre el nivel de conocimiento de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica y las actitudes de los estudiantes .El personal enfermero debe conocer y practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar cerebral. Su desconocimiento puede producir un desenlace fatal para los pacientes con paro cardiopulmonar. Lo que indica que al margen de la capacidad profesional y la capacidad personal, se hace necesaria la capacitación del personal encuestado en las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

### **CUARTA.**

Finalmente se concluye que la relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica. La gravedad de la problemática que originan las RCP obliga a que las sociedades



avanzadas desarrollen una política decidida de prevención, complementada con la estructuración de una respuesta asistencial eficiente. Esta respuesta debe basarse en una cadena de socorro/supervivencia, cuya efectividad va a depender de la que alcance su eslabón más débil. Dado que los profesionales de enfermería realizan en forma sistemática, maniobras que dependen del conocimiento y correcta ejecución de sus fases.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA.**

Luego del análisis de las conclusiones se recomienda que la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, debiera incrementar en su malla curricular la actualización en RCP y la certificación en el personal de salud, evaluaciones periódicas y permanentes. Asimismo debiera acreditar a sus docentes de salud para garantizar el aprendizaje, así poder disminuir tasas de mortalidad por RCP.

## **SEGUNDA.**

Asimismo se recomienda en el vicerrectorado de investigación y post grado, las intervenciones formativas deberían ser evaluadas para asegurar que consiguen fiablemente los objetivos de aprendizaje. El fin es garantizar que los estudiantes adquieran y retengan las habilidades y conocimientos que les capacitarán para actuar correctamente en paradas cardíacas reales y mejorar el pronóstico de los pacientes. Asimismo se recomienda que no solo las enfermeras, sino todo el personal de salud, debieran ser entrenados en RCP estándar que incluya compresiones y ventilaciones.

## **TERCERA.**

Se recomienda que el vicerrectorado de investigación y post grado, debiera elaborar una guía para promover la calidad académica en sus estudiantes por ende mejorar la calidad de las decisiones tomadas en la práctica asistencial, aquellas medidas del soporte vital, básico y avanzado, que “intentan restablecer” la función cardiopulmonar una vez que se ha producido la parada cardiorrespiratoria.

## **CUARTA.**

Finalmente se recomienda que el vicerrectorado de investigación y post grado, debiera formar un comité que realice un protocolo de asistencia y que este encargado de la RCP- BASICA, quienes estén preparados y certificados para asistir una eventualidad de paro cardíaco respiratorio dentro de la universidad y el estudiante, personal docente, administrativo y trabajador en general sea atendido inmediatamente.

## **FUENTE DE INFORMACIÓN**

Arango A, Solero MT, Castillo D, Álvarez PJ. Conocimientos teóricos de los Médicos de Familia sobre reanimación cardiopulmonar. Rev. Cubana Med Gen Integr .2002;18(2)

Buist M. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study BMJ 2002; 324:387-390.

Brindley P, Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation. CMAJ , 2002; 167 (4)

Consejo Peruano de Reanimación. Manual Peruano de la Resucitación Cardiopulmonar Básica. 2001.

Carrillo Álvarez A, López-Herce Cid J, Moral-Torrero R, Sancho Pérez Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica pediátrica en la licenciatura de medicina y cirugía. An. Esp Pediatr 1999; 50: 571-5.

Cooper S, Cade J. Predicting survival, In-Hospital cardiac arrest: Resuscitation survival variables and training effectiveness. Resuscitation. 1997; 35:17-22.

Curso Virtual de RCP en Universidad Virtual del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.  
[http://www.ucmh.sld.cu/uv/c\\_distancia/cursorcp/index.htm](http://www.ucmh.sld.cu/uv/c_distancia/cursorcp/index.htm).

Chamberlain D, Smith A, Woollard M, Colquhoun M, Handley AJ, Leaves S, Kern KB. Trials of teaching methods in basic life support : comparison of simulated CPR performance after first training and at 6 months, with a note on the value of re-training. . Resuscitation. 2002,;53(2):179-87

Chamberlain DA, Hazinski MF, Education in Resuscitation .ILCOR advisory Statement. Resuscitation .2003;59:11-43

Granja C, Cabral G, Vieira A. Outcome of cardiac arrests in a Portuguese hospital--evaluation of a hospital cardiopulmonar resuscitation program at one year. Rev Port Cardiol .2001 ;20(10):943-56.

Maj. Manish Mehrotra<sup>1</sup> Lt. Col. Sandeep Mehrotra. The Laerdal genius. Indian J. Anaesth. 2002; 46 (6): 430-432.

Statement by Ad Hoc Committee on CPR of the Division of Medical Sciences. National Academy of Sciences-National Research Council (NAS-NRC): Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). JAMA, 1966; 198: 372-79.

López-Herce J, Carrillo A. Cursos de reanimación cardiopulmonar pediátrica. Acta Pediatr Esp. 1995; 53:547-550.

Tunstall-Pedoe H, Bailey L, Chamberlain DA, et al. Survey of 3765 cardiopulmonary resuscitations in British hospitals (the BRESUS study): Methods and overall results. Br Med J. 1992;304:1347- 51.

Kaye W, Rallis SF, Mancini ME, Linhares KC, Angell ML, Donovan DS, Zajano NC, Finger JA. The problem of poor retention of cardiopulmonary resuscitation skills may lie with the instructor, not the learner or the curriculum. Resuscitation. 1991;21:67-87

Sandroni CI, Ferroa G, Santangelo S, Tortora F, Mistura L, Cavallaro F, Caricato A, Massimo A. In-hospital cardiac arrest: survival depends mainly on the effectiveness of the emergency response. Resuscitation .2004;62(3): 291-7

Olvera MR, Silva R, Wilkins A, Than MT, Huerta F, Díaz de León M. La educación en las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral es la clave del éxito. *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*.200: .23-7

Skrifvars MB, Castren M, Kurola J, Rosenberg PH. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: organization, management and training in hospitals of different levels of care. *Act Anaesthesiol Scand* 2002 ;46(4):458-63

Jordan T, Bradley P. A survey of basic life support training in various undergraduate health care professions. *Resuscitation* .2000.47, 3 , 321-323

Woollard M et al .Skill acquisition and retention in automated external defibrillator (AED) use and CPR by lay responders: a prospective study *Resuscitation*. 2004, 60( 1 ): 17-28

Dane F, Katherine S, Brown TD. In-hospital resuscitation.: association between. ACLS training and survival to discharge. *Resuscitation* 2000; 47: 83-7.

Strac B, Pecan M. Training of medical students in resuscitationat the University of Ljubljana. *Resuscitation*. 1996; 32(1): 19-22.

Woollard M et al .Skill acquisition and retention in automated external defibrillator (AED) use and CPR by lay responders: a prospective study *Resuscitation*. 2004, 60( 1 ): 17-28

Spearpoint KG, McLean CP, Zideman DA. Early defibrillation and the chain of survival in 'in-hospital' adult cardiac arrest; minutes count. *Resuscitation* 2000;44(3):165-9.

Einav S, Weissman C; Kark J, Lotan C. Future shock: automatic external defibrillators *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2005;18(2):175-180,

The American Heart Association in collaboration with the International Committee on Resuscitation (ILCOR). Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. An international consensus on science. *Resuscitation* 2000;46:29-71

López MS, Sánchez A, Más MR. Proyecto de Curso Virtual de RCPC. <http://www.somece.org.mx/virtual2003/ponencias/formacion/rcp/rcp>.

Morales Soto Nelson, Impacto de Desastres y Situaciones de Emergencia en el Ámbito de la Salud en el Perú, *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. ISSN 1025 – 5583. Vol. 62. Nro. 2 – 2001.

Vergara MA, Torregrosa LB., Gallardo AM, Giraud EB, Cismondi MT, Centeno A, Carrasay PM. Encuesta sobre conocimiento de las maniobras de resucitación cardiopulmonar en los residentes de guardia en los hospitales públicos de la ciudad de Córdoba. *Medicina Intensiva*. 2000: 94-102

Vigo Ramos Jorge, Enseñanza de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP en el Perú: Dificultades y logros. *Rev. Médica de Es Salud*. Vol. 7

Núm. 3/4. Julio/Diciembre 1998

Vigo Ramos Jorge, Manual de Reanimación Cardiopulmonar Básica. Escuela Nacional de Emergencias y Desastres.1998

Vigo Ramos Jorge, Manual para la Formación de Instructores en Reanimación Cardiopulmonar Básico. Escuela Nacional de Emergencias y Desastres. IPSS. 1998.

LA ACTITUD PROFESIONAL. Propósito de acabar bien las labores Del da Por: Karin Schmidt O.

<http://etica.duoc.cl/pop-up/doc-fet00/b3.htm>.

CHARLES G. MORRIS. Psicología un Nuevo Enfoque. Séptima Edición.1992. Pág. 646 – 648.

Ñaupes H, Mejía E, Novoa E, Villagómez A, Metodología de la Investigación Científica y elaboración de tesis- 3ra Edición 2013.



## **ANEXOS**

## ANEXO NRO. 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODO
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre Reanimación cardiopulmonar básica de la Universidad “Alas Peruanas”, Lima, año 2014?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</b></p> <p>a) ¿Qué nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?</p> <p>b) ¿De qué manera se percibe las actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?</p> <p>c) ¿Qué nivel de vinculación tienen el nivel de conocimiento de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería y las actitudes sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar qué relación existe entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre Reanimación cardiopulmonar básica de la Universidad “Alas Peruanas”, Lima, año 2014.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a) Identificar el nivel de conocimiento y actitud que tienen los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.</p> <p>b) Analizar De qué manera se percibe las actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?</p> <p>c) Precisar la vinculación que tienen el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014?</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL:</b> Existiría un relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre Reanimación cardiopulmonar básica de la Universidad “Alas Peruanas”, Lima, año 2014.</p> <p><b>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</b></p> <p>a) Tendrían un conocimiento y actitud significativa los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.</p> <p>b) Se percibiría significativamente las actitudes de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.</p> <p>c) Existiría un nivel de vinculación significativo entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la segunda especialización de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica de la universidad “Alas Peruanas”, Lima 2014.</p>	<p><b>X= VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ESTUDIANTES</p> <p><b>DIMENSIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Generalidades</li> <li>❖ Cadena de Supervivencia</li> <li>❖ Académico</li> <li>❖ Conceptual</li> </ul> <p><b>Y= VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p>ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES</p> <p><b>DIMENSIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Actitud personal.</li> <li>❖ Actitud profesional.</li> <li>❖ Actitud Social.</li> <li>❖ Actitud positiva o Negativa</li> </ul>	<p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> <b>Tipo de Investigación</b> descriptivo <b>Nivel de Investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo.</li> <li>• Explicativo.</li> <li>• Educativo.</li> </ul> <p><b>Método de Investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Inductivo</li> <li>• Método deductivo</li> <li>• Método analítico.</li> <li>• Método Síntesis.</li> </ul> <p><b>Población</b> Estudiantes UAP 2014.</p> <p><b>Muestra</b> Total de 60 Estudiantes.</p> <p><b>Técnicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación</li> <li>• Encuesta</li> </ul> <p><b>Instrumentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario</li> <li>• Escala Likert modificado</li> <li>• Fichaje bibliográfico</li> </ul>

--	--	--	--	--



## ESCUELA DE POSGRADO

### ANEXO: 2 CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA

**TÍTULO:** RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, LIMA, AÑO 2014.

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación, que está orientado al nivel de conocimiento que tiene Ud. sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y así poder brindar atención inmediata de calidad para salvaguardar la vida en la comunidad.

A Continuación se le presenta la relación de preguntas las cuales deberá Ud. leerlas detenidamente y luego responder marcando con un aspa según considere su respuesta. Las preguntas son anónimas se ruega contestar con total honestidad para determinar el objetivo deseado.

#### **DATOS GENERALES:**

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F)

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ CENTRO LABORAL: (FF.AA)  
(MINSA)

(ESSALUD)

**GRACIAS/ RMR**

1. ¿Asiste Ud. a cursos de actualización referentes a Reanimación cardiopulmonar?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca
  
2. ¿Ud. recibió en el pregrado capacitación de reanimación cardiopulmonar?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca
  
3. ¿A recibido clases de reanimación cardiopulmonar Básica en la malla curricular de posgrado?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca
  
4. ¿Cuenta Ud. con tiempo disponible para Capacitarse en y actualizarse?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca
  
5. ¿Los cursos de capacitación y actualización Tienen costos muy elevados para Ud.?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca
  
6. ¿Su Centro laboral lo capacita, envía a cursos de Actualización?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca
  
7. ¿Recibe el apoyo incondicional de su centro de Trabajo para capacitarse y actualizarse?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca
  
8. ¿Durante su quehacer laboral ha realizado maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica?  
a) Siempre      b) A veces      c) Nunca

9. ¿Ud. está Preparado para dar capacitación de reanimación cardiopulmonar básica en

la Comunidad?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

10. ¿Realiza Ud. Capacitación y supervisión en RCP Básica en su hogar con la familia?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

11. ¿La remuneración que percibe por su trabajo lo Emplea para capacitarse y Actualizarse?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

12. ¿El Docente utiliza método de enseñanza Solo la Exposición?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

13. ¿Su Docente desarrollo la clase en forma clara los Contenidos Reanimación Cardio

Pulmonar Básica?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

14. ¿Usted realizo en su clase de Reanimación Cardiopulmonar Básica practica de taller- Practica de Masaje y ventilación?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

15. ¿Conoce usted CPR O Consejo Peruano De Reanimación?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

16. ¿Tiene Usted Carga familiar como hijos, Padres, hermanos?

- a) Siempre                      b) A veces                      c) Nunca

**PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO  
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICA (RCP-C)**

1	100 COMPRESIONES TORAXICAS POR MINUTO	A	ASEGURARSE QUE NADIE TOQUE A LA VÍCTIMA	
2	SECUENCIA DE COMPRESIONES/VENTILACION	B	CON SOLO 2 DEDOS	
3	RCP, ACTIVAR SMEL, DESFIBRILACION Y RCP AVANZADA, CUIDADOS INTEGRALES	C	ASEGURARA LA ESCENA	
4	APERTURA DE VIA AEREA CON TRAUMA CERVICAL	D	98%	
5	VER/ESCUCHAR/SENTIR	E	CADENA SOBREVIDA NIÑOS	
6	TIEMPO DE DURACION DE LA VENTILACION	F	DURACION DE LA SECUENCIA COMPRESIONES 30/VENTILACIONES 2	
7	360 JULIOS(DEFIBRILADOR MONIFASICO)	G	80%	
8	PERIODO 5 CICLOS EN 2 MINUTOS	H	ACTIVAR SMEL,RCPB,DESFIBRILACION,RCP AVANZADA, CUIDADOS INTEGRALES	
9	COMPRESIONES TORAXICAS EN NIÑOS	I	COMPONENTES DE LA RCP BÁSICA EN ADULTO Y NIÑOS	
10	CAUSA INTRISICA EN OVACE - VICTIMA INCONCIENTES	J	REINICIAR INMEDIATAMENTE RCP 5CICLOS DE 30/2 INICIANDO COMPRESIONES TORAXICAS	

11	DURANTE LAS COMIDAS	K	LA LENGUA CAUSA MAS FRECUENTE	
12	UBICACIÓN DE PALETAS Y ELECTRODOS PARA DESFIBRILAR	L	CAUSA EXTRINSECA DE OVACE EN EL ADULTO	
13	MUERTE SUBITA FUERA DEL HOSPITAL	L L	TRACCION MANDIBULAR	
14	2/JULIOS/KG EN 1RA DESCARGA	M	VALORES DE DESFIBRILACION EN < DE 8 AÑOS	
15	PASO INMEDIATO DESPUES DE DESFIBRILAR	N	NUMERO DE COMPRESIONES TORAXICAS NIÑOS	
16	CADENA SOBREVIDA ADULTO	O	30 COMPRESIONES/2 VENTILACIONES	
17	C A B D	P	PRIMERA DESCARGA EN FIBRILACION VENTRICULAR	
18	PRIMER PASO CUANDO ALGUIEN SE DESMAYA O ACCIDENTA	Q	LADO DERECHO DEBAJO DE LA CLAVICULA Y EN EL IZQUIERDO POR DEBAJO DE LA MAMILLA	
19	PORCENTAJE DE ÉXITO. USO DESFIBRILACION ALOS 5 MIN RCP.	R	SOLO UN SEGUNDO DE DURACIÓN	
20	ANTES DE APRETAR BOTON "DESCARGAR"	S	NO SE EMPLEA EN LA RCP	

**GRACIAS/RMR**