



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

**“ANÁLISIS DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO EN EL ÁMBITO  
PRE E INTRA HOSPITALARIO”**

**“ANALYSIS OF CARDIORESPIRATORY ARREST IN THE PRE AND  
INTRA HOSPITAL SETTING”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y  
DESASTRES**

**AUTOR:**

LIC. JOEL RUBINA SOTO

**ASESOR:**

MG. CARLOS CHRISTIAN MELGAR MORÁN

**LIMA – PERU**

**2022**

**ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO**  
**MG. CARLOS CHRISTIAN MELGAR MORÁN**  
**ORCID 0000-0003-3293-6316**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por brindarme fortaleza en todo momento. A mis padres, por aconsejarme y apoyarme constantemente. A mi esposa, por ser mi apoyo incondicional y, mi hija quien me inspira con su gran sonrisa para seguir mi labor día a día.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los docentes por las enseñanzas brindadas durante el desarrollo de la especialidad, a mi asesor el Mg. Carlos Christian Melgar Morán por su paciencia y su aporte académico para llevar a cabo esta monografía, así mismo por motivarme a lograr la meta de culminar la investigación.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Monografía autofinanciada

## ANÁLISIS DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO EN EL ÁMBITO PRE E INTRA HOSPITALARIO

### INFORME DE ORIGINALIDAD

|                     |                     |               |                         |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| <b>13%</b>          | <b>11%</b>          | <b>0%</b>     | <b>5%</b>               |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

### FUENTES PRIMARIAS

|          |  |               |
|----------|--|---------------|
| <b>1</b> | <b>repository.ucc.edu.co</b><br>Fuente de Internet   | <b>4%</b>     |
| <b>2</b> | <b>aulavirtual.dossiersoluciones.com</b><br>Fuente de Internet                                   | <b>2%</b>     |
| <b>3</b> | <b>repositorio.upch.edu.pe</b><br>Fuente de Internet   | <b>2%</b>     |
| <b>4</b> | <b>Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE</b><br>Trabajo del estudiante | <b>2%</b>     |
| <b>5</b> | <b>pesquisa.bvsalud.org</b><br>Fuente de Internet  | <b>1%</b>     |
| <b>6</b> | <b>dspace.americancollege.edu.ec:8080</b><br>Fuente de Internet                                  | <b>1%</b>     |
| <b>7</b> | <b>Submitted to Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB</b><br>Trabajo del estudiante          | <b>1%</b>     |
| <b>8</b> | <b>idoc.pub</b><br>Fuente de Internet  | <b>&lt;1%</b> |

|          |  |               |
|----------|--|---------------|
| <b>9</b> | <b>repositorio.ug.edu.ec</b><br>Fuente de Internet | <b>&lt;1%</b> |
|----------|--|---------------|

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias      < 20 words

## **TABLA DE CONTENIDOS**

|             |                                   |           |
|-------------|-----------------------------------|-----------|
| <b>I.</b>   | <b>INTRODUCCION</b>               | <b>1</b>  |
| <b>II.</b>  | <b>OBJETIVOS</b>                  | <b>5</b>  |
| <b>III.</b> | <b>CUERPO</b>                     | <b>6</b>  |
|             | <b>3.1. METODOLOGIA.</b>          | <b>6</b>  |
|             | <b>3.2. RESULTADOS.</b>           | <b>7</b>  |
|             | <b>.3.3. ANÁLISIS Y DISCUSION</b> | <b>8</b>  |
| <b>IV.</b>  | <b>CONCLUSIONES</b>               | <b>20</b> |
| <b>V.</b>   | <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> | <b>22</b> |
| <b>VI.</b>  | <b>ANEXOS</b>                     |           |

## RESUMEN

**Antecedentes:** El paro cardíaco es un evento que corresponde al cese repentino e inesperado del funcionamiento mecánico efectivo del corazón. **Objetivo:** Caracterizar la bibliografía científica sobre el paro cardiorrespiratorio en el ámbito pre e intra hospitalario. **Métodos y Materiales:** Estudio de diseño descriptivo, documental y corte retrospectivo. La información fue buscada a través de la base de datos electrónicas como Scielo, PubMed, Elsevier, Redalyc, Biblioteca Virtual UPCH; fueron seleccionados 27 artículos que cumplieron los criterios de selección. **Resultados:** El 30% de las publicaciones se realizaron en Estados Unidos, durante el año 2022. Asimismo, el 44,4% de los artículos fueron localizados en PubMed. El paro cardiorrespiratorio en el ámbito pre hospitalario tuvo incidencia del 70% y, en el ámbito intra hospitalario reveló un 30%, de acuerdo a los reportes. **Conclusión:** En el ámbito pre hospitalario, es necesario conocer la guía de actuación para la reanimación cardiopulmonar y el uso de desfibriladores externos automáticos (DEA) de acceso público fue efectivo para los pacientes con paro cardíaco extrahospitalario (OHCA). Asimismo, en el ámbito intra hospitalario para el abordaje del PCR el enfermero tiene una gran responsabilidad, por ello, se encuentra inmersa su preparación cognitiva.

**Palabras claves:** Paro cardiorrespiratorio, Ámbito pre e intra hospitalario, abordaje, enfermeras, emergencia

## ABSTRACT

**Background:** Cardiac arrest is an event that corresponds to the sudden and unexpected cessation of effective mechanical functioning of the heart.

**Objective:** To characterize the scientific literature on cardiorespiratory arrest in the pre- and in-hospital setting. **Methods and Materials:** Descriptive, documentary and retrospective design study. The information was searched through electronic databases such as Scielo, PubMed, Elsevier, Redalyc, UPCH Virtual Library; 27 articles that met the selection criteria were selected.

**Results:** 30% of the publications were made in the United States, during the year 2022. Likewise, 44.4% of the articles were located in PubMed. Cardiorespiratory arrest in the prehospital setting had an incidence of 70% and, in the inpatient setting, it reached 30%, according to reports. **Conclusion:** In the prehospital setting, it is necessary to know the action guide for cardiopulmonary resuscitation and the use of public access automated external defibrillators (AED) for patients with out-of-hospital cardiac arrest (OHCA). Likewise, in the in-hospital environment, for the CRP approach, the nurse has a great responsibility, therefore, they are immersed in their cognitive preparation.

**Key words:** Cardiorespiratory arrest, pre-hospital and in-hospital setting, approach, nurses, emergency.

## I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los datos que se registran en la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año, más de 17 200 000 fallecimientos a nivel mundial son por causas cardiovasculares como consecuencias de las infecciones respiratorias (IRA) que representan un riesgo significativo para los humanos debido a su alto grado de transmisibilidad (1).

Asimismo, se presenta como una de las causas de muerte con mayor frecuencia en los países industrializados, afectando entre 35 y 55 personas por cada 100 000 habitantes anual, tal es el caso en Europa, las enfermedades cardiovasculares representan alrededor del 40% de todas las muertes en personas menores de 75 años (2), también en Ecuador, la tasa de mortalidad infantil y de la niñez fue de 10.1 y 12.2 por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente, en el año 2019 (3).

Los datos revelan que, el 70% de los Paro Cardiorrespiratorios (PC) extrahospitalarios (fuera del hospital) ocurren en el domicilio de la víctima. Lo alarmante es que solamente el 8% de los niños o lactantes que han sufrido un Parada Cardíaca sobreviven luego del alta hospitalaria (4), por otra parte, existen pocos estudios publicados en Latinoamérica relacionados con la comparación de las tasas de paro cardíaco perioperatorio (5).

Las poblaciones con mayor riesgo de morir por una IRA son aquellos con antecedentes médicos subyacentes, otro grupo de alto riesgo de IRA son

las personas mayores de 60 años, en quienes influyen muchos factores que determinan el curso de la enfermedad, que pueden ser: estado nutricional, salud física y presencia de otras enfermedades (6).

La definición menciona que el paro cardíaco es un evento que corresponde al cese repentino e inesperado del funcionamiento mecánico efectivo del corazón (7). Las maniobras de reanimación básica y avanzada son aquellas encaminadas a restablecer la circulación efectiva, mediante compresiones torácicas externas, ventilación mecánica y desfibrilación precoz (8).

En ese orden de ideas, es preciso conocer la importancia del paro cardíaco (PC), puesto que se produce por un cese en el funcionamiento del corazón que provoca una falta de perfusión sanguínea en todas las células del cuerpo humano, por lo tanto, su reconocimiento y manejo temprano permiten incrementar las probabilidades de sobrevivir de una persona que lo ha sufrido (9).

Por ello, es necesario resaltar al Soporte Vital Básico (SVB) y el Soporte Vital Avanzado (AVS), maniobras necesarias para el manejo de pacientes con paro cardiopulmonar y los profesionales de la salud deben aplicar algoritmos diseñados por guías internacionales como aquellas proporcionadas por la Asociación Americana del Corazón (AHA) con el objetivo de restaurar

la circulación espontánea en estos pacientes y obtener tasas de supervivencia a largo plazo mejor (10).

Asimismo cabe señalar que, la enfermera es una parte importante del equipo de apoyo de reanimación y es primordial que conozca los pasos a seguir durante la RCP para minimizar las complicaciones o la muerte del paciente que está siendo tratado, una de las funciones es realizar las maniobras de RCP elemental poseen un protocolo internacional (11), donde se tiene que administrar compresiones torácicas para suplir la función del corazón inactivo y, en segundo lugar, se debe dar ventilaciones con un dispositivo de barrera para proveer de oxígeno a los pulmones y la sangre (12).

También, es necesario conocer el manejo adecuado del coche de paro, que es una unidad móvil y compacta, que asegura, garantiza e integra los equipos, medicamentos e insumos necesarios para atender de forma inmediata una emergencia o urgencia tras la activación de un código azul que amenace inminentemente la continuidad y conservación de la vida (13). Para el manejo inmediato, se debe conocer la utilización del ABCDE como herramienta para facilitar la resolución de los problemas (14), los cuales de acuerdo a sus siglas son: A) Vía aérea, B) Ventilación y respiración, C) Circulación y D) Desfibrilación (15).

Por otro lado, los signos vitales (SV) permite reconocer el deterioro en el estado clínico del paciente, es importante mantener monitorización continua

de los signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura, esto permite al personal de enfermería la detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles a desencadenar una parada cardíaca (16).

Las bases teóricas que sustentan la presente monografía es la teoría de la Doctora Kristen Swanson quien concibe que los cuidados que se deben de ofrecer durante eventos como la parada cardiorrespiratoria debe atribuirse con un profundo compromiso y una responsabilidad personal del enfermero (17), situándose con procesos secuenciales para el mejor cuidado, para agregar, se tiene en cuenta la teoría de Ida Jean (Orlando) Pelletier, refiere que la función de enfermera profesional ante un evento que comprometa el riesgo del paciente, tiene que presentar autonomía, capacidad de averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata (18), estableciendo, relación recíproca (19).

Por tanto, el presente estudio se justifica a nivel teórico por el aporte descriptivo de las teorías en enfermería ante un evento de parada cardiorrespiratoria puesto que nace de la necesidad de abordar la importancia de la intervención de enfermería y concienciar al mundo médico de la necesidad de establecer planes asistenciales de calidad en el cuidado de los pacientes.

También a nivel práctico, desde un proceso holístico es preciso mencionar que una intervención de enfermería desarrollada científicamente permitirá desarrollar los diagnósticos más adecuados y personalizados de

acuerdo con la presentación clínica del paciente con enfermedad coronaria, teniendo en cuenta los cuidados y atenciones, además en la justificación metodológica la enfermería debe desarrollarse de manera efectiva según criterios prioritarios, procesos secuenciales del diagnóstico de enfermería, por lo que las intervenciones de enfermería juegan un papel importante en la prestación de atención y cuidados de calidad en los pacientes.

## **II. OBJETIVOS**

Describir la bibliografía científica sobre el paro cardiorrespiratorio en el ámbito pre e intra hospitalario.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir los aspectos relacionados en el abordaje del paro cardiorespiratorio.
2. Describir las medidas para mejorar los resultados del abordaje del paro respiratorio.

### **III. CUERPO**

#### **3.1. METODOLOGIA.**

El estudio se presenta en base a una revisión documental de distintas fuentes que brindan aportes en los argumentos teóricos sobre el paro cardiorrespiratorio en el ámbito pre e intra hospitalario. Es de diseño documental y corte retrospectivo. Para ello, se realizó una exploración bibliográfica de manera integral donde se consideró evaluar investigaciones con diseño experimental y no experimental para que tener un amplio sustento en cuanto a las prácticas de enfermería durante la parada cardiorrespiratoria.

Para fines de búsqueda, se tuvo en cuenta el filtro de artículos con temas similares al abordaje del estudio en una posibilidad de distintos idiomas como son el español, inglés, portugués, japonés, de revisas indexadas y textos que se encuentran en el intervalo de búsqueda del 2018 hasta el 2022, siendo en estos casos ensayos clínicos, investigaciones cuasiexperimentales, experimentales, prospectivos, descriptivos, aleatorio, observacionales, así como investigaciones cuantitativas, transversal, también se tuvo en cuenta el aporte de estudios que se denominan cualitativos descriptivos y mixtos que son la combinación de los estudios antes descritos.

Además, es preciso mencionar que para sustentar el aporte se consideró artículos científicos realizados por enfermeras o en referencia evaluándose el desempeño de la enfermera ante la respuesta de una parada cardiorrespiratoria,

excluyéndose aquellos que presentan duplicidad, ensayos teóricos y dificultad en el acceso en línea.

La información fue buscada a través de la base de datos electrónicas como *Scielo*, *Pubmed*, *Elsevier*, *Redalyc*, Biblioteca Virtual UPCH, cuya exploración de palabras se realizó utilizando operadores booleanos como AND y OR en combinación con palabras clave basadas en el tema descrito a continuación:

*“Prácticas de enfermería”, “Intervención de enfermería”, “Parada cardiorrespiratoria”* y sus correspondientes en los idiomas descritos. Para el gestor bibliográfico se utilizó el Mendeley.

### **3.2 RESULTADOS.**

De acuerdo a ello, fueron seleccionados 27 artículos que cumplieron los criterios de selección, donde la mayoría de publicaciones se realizaron en el año 2022 presentados con el 30%, seguidos de un porcentaje de 22% que se atribuyen a los años 2019 y 2018 (véase Tabla N° 1). También, según el país en que se realizó el estudio, Estados Unidos obtuvo un porcentaje de 30%, seguido de Dinamarca y Japón con 11% (véase Tabla N° 2). Asimismo, según la base de datos empleada, los artículos encontrados se localizaron en PubMed con un porcentaje de 44,4%, seguido de *ScienceDirect* con un porcentaje de 29,6% (véase Tabla N° 3).

### 3.3 ANÁLISIS Y DISCUSION

El paro cardiorrespiratorio es una situación que compromete la vida del paciente, es necesario su atención oportuna para ello la enfermera (o) especialista en emergencias y desastres debe fomentar – orientar su pronto abordaje, en tal sentido es necesario que se caracterice o se identifique en el ámbito pre e intra hospitalario.

#### **Abordaje del paro respiratorio en el pre hospitalario**

El paro cardiorrespiratorio en el ámbito pre hospitalario tiene incidencia de 70%, un estudio realizado en Japón reportó que, de los 8126 pacientes con paro cardíaco extrahospitalario (**OHCA**) presenciados por transeúntes, el 28% (2282) de los casos tuvo un ritmo desfibrilable y el 58% de ellos, recibieron descargas con desfibriladores externos automáticos (**DEA**) de acceso público dentro de los 5 minutos posteriores al colapso. Entre estos pacientes, el 62% (815/1317) tuvo una supervivencia de 1 mes con resultado neurológico favorable, sin embargo, la proporción disminuyó significativamente con el aumento del tiempo desde el colapso hasta el shock: 48 % durante 6 a 10 min, 38 % durante 11 a 15 min, 30 % durante 16 a 20 min y 7 % durante 21 a 25 min ( $p < 0,001$ ), y ningún paciente sobrevivió si la descarga se produjo más de 26 min después de la OHCA (21).

En Dinamarca, un estudio determinó que algunas las características del vecindario como son: personas que viven solas, personas blancas y aquellas con

un título de escuela secundaria o superior, se asociaron con el uso de DEA por transeúntes para proporcionar una desfibrilación rápida a pacientes con paro cardíaco extrahospitalario. Se evaluaron 25 182 casos, los mayores resultados funcionales favorables se obtuvieron en pacientes con ritmos desfibrilables (58 % frente a 39 %), pero no en pacientes con ritmos no desfibrilables (10 % frente a 10 %) (40).

En Japón, un 336 (19,3 %) pacientes recibieron aplicación de parches DEA de acceso público, la proporción de pacientes que sobrevivieron 1 mes con un resultado neurológico favorable fue significativamente mayor en el grupo de aplicación de parches que en el grupo sin aplicación (29,8 % frente a 9,7 %) y en los pacientes con ritmos desfibrilables o no desfibrilables fueron 3,36 y 2,38 respectivamente. Por lo que, la aplicación del parche del DEA de acceso público se asoció con un mejor resultado entre los pacientes con OHCA de origen médico en lugares públicos, independientemente del primer ritmo documentado (41).

En Estados Unidos (EEUU), un estudio indagó entre 2809 pacientes con paro cardíaco extrahospitalario no desfibrilable presenciado por transeúntes, al 8,4% se les aplicó un DEA, la reanimación cardio pulmonar se realizó con más frecuencia en el grupo al que se le aplicó DEA (99 % frente al 51 % de los pacientes,  $p < 0,001$ ). Por ello, la aplicación de un DEA en OHCA no desfibrilable presenciado en público, se asoció con una mayor frecuencia de RCP por parte de los transeúntes, además, el pulso a la llegada a urgencias y la

supervivencia al alta hospitalaria no se vieron alteradas por la aplicación de un DEA (42). Si bien, la evidencia respalda la asociación entre el uso de DEA por transeúntes y mejores resultados clínicos, aunque la calidad de la evidencia fue de baja a muy baja (43).

También, en EEUU revelaron el impacto del uso de DEA en 4115 (8,3%) OHCA públicos observados, de los cuales 2500 (60,8%) fueron desfibrilables, al 18,8% de los pacientes recibieron una descarga aplicada por un transeúnte, teniendo una probabilidad significativamente mayor de sobrevivir hasta el alta (66,5 % frente a 43,0 %) y ser dados de alta con un resultado funcional favorable (57,1 % frente a 32,7 %) que los pacientes que inicialmente recibieron descargas por parte de los servicios médicos de emergencia. Por lo que, el uso de un desfibrilador externo automático por parte de los transeúntes antes de la llegada de los servicios médicos de emergencia en un OHCA público observado en condiciones de desfibrilación se asoció con una mejor supervivencia y resultados funcionales (44).

Por otro lado, en Dinamarca, se estudió 2500 OHCA, donde solo el 22,6% (566) estuvieron cubiertos por un DEA accesible, generando casi tres veces más probabilidades de recibir desfibrilación por parte de un transeúnte (accesible: 13,8 % frente a inaccesible: 4,8 %,  $p < 0,001$ ) y el doble de probabilidades de lograr una supervivencia de 30 días (accesible: 28,8 % frente a inaccesible: 16,4%,  $p < 0,001$ ). Los lugares donde se realizaron fueron oficinas (18,6 %), escuelas (13,3 %) e instalaciones deportivas (12,9 %), cada

uno con una pérdida de cobertura >50 %, debido a la accesibilidad limitada de los DEA. Por ello, la posibilidad de que un transeúnte desfibrilara se triplicó y la supervivencia a los 30 días casi se duplicó cuando el DEA más cercano era accesible, en comparación con inaccesible, en el momento de la OHCA, lo que subraya la importancia de la accesibilidad sin obstáculos del DEA (45).

En Estados Unidos, Otro estudio observacional, en Estados Unidos, revisó 8269 pacientes con OHCA: 5602 (67,7%) en el hogar y 2667 (32,3%) en público). Después de iniciativas integrales de salud pública, la proporción de pacientes que recibieron RCP por un testigo aumentó: en el hogar del 28,3% al 41,3% ( $P < 0,001$ ) y en público del 61% a 70,5% ( $P = 0,01$ ). La supervivencia al alta, mejoró para los ocurridos en ambos escenarios. En comparación con la RCP y la reanimación iniciadas por los servicios médicos de emergencia, los pacientes con OHCA en el hogar tenían significativamente más probabilidades de sobrevivir hasta el alta hospitalaria si recibían RCP iniciada por un transeúnte y desfibrilación por parte del personal de primera respuesta. Los pacientes con paros en público tenían más probabilidades de sobrevivir si recibían RCP iniciada por un transeúnte y desfibrilación (46).

En el aspecto educativo, un estudio en Corea del Sur señala que es necesario extender la capacitación en simulación clínica al personal de enfermería calificado en emergencias y a los profesionales avanzados mediante el método de reanimación prehospitalaria basada en el soporte vital cardíaco avanzado (SALS) basado en teléfonos inteligentes y soporte vital básico (BLS),

entre los pacientes con paro NH, la tasa de alta de supervivencia fue un poco más alta en el grupo SALS que en el grupo BLS (4,0 % frente a 1,7 %), pero la diferencia no fue significativa ( $p = 0,078$ ), por ello, se considera que existe una alta supervivencia con buenas tasas de resultados neurológicos del 0,5 % en el grupo SALS y del 1,0 % en el grupo BLS ( $p = 0,119$ ) (31).

### **Abordaje del paro respiratorio en el intra hospitalario**

El paro cardiorrespiratorio en el ámbito intra hospitalario responde a un 30% de acuerdo a la actuación en el área de emergencia, en tal sentido, un estudio realizado en Ecuador, indica que el 60% de los familiares manifiestan que la enfermera no indica cuando va a desarrollar un procedimiento; para el abordaje del paro respiratorio, un 60% comprueba el pulso de manera correcta, también, se evidenció que, el 60% de las enfermeras realizan el procedimiento correcto al desnudar el pecho del paciente y colocar las manos en posición de RCP, aunque, a la vez, un 20% lo hace de forma incorrecta y, solo un 60% comprueba permeabilidad de vía aérea y realiza dos ventilaciones de 1 segundo cada una. (20).

Por otro lado, cuando la enfermera está preparada para la actuación del paro o el abordaje del paro, los familiares son los que se dan cuenta de la situación, un estudio encuestó a familiares de los pacientes que fueron atendidos por la enfermera en la emergencia durante el paro cardiorrespiratorio resultando que, el 80% de las enfermeras sabían cómo abordar la situación, generándose en ellos tranquilidad, así como el total equivalente al 100%

realizan la activación del sistema de respuesta a emergencia y búsqueda del DEA (20).

Sin embargo, un estudio en Croacia estableció una correlación negativa al sostener que, ante una menor satisfacción con el lugar de trabajo actual se asocia con una puntuación más alta en el racionamiento implícito percibido del cuidado de Enfermería, por ello, se expone que, el conocimiento de las enfermeras en urgencias no fue adecuado, por lo que, recae la necesidad de una reevaluación de los currículos de formación de enfermeros en medicina de emergencia, con el objetivo de estandarizar los modelos formales de formación (22). Cabe mencionar que, la remodelación de la educación de enfermería es el tema clave para garantizar una educación de buena calidad y habilidades clínicas para las enfermeras (os) en el campo de la medicina de emergencia y la atención de enfermería segura.

Un estudio realizado en Cuba reveló que, un 94,36% de los enfermeros consideraron necesario conocer las guías de actualización, los eventos que tuvieron un mejor abordaje luego de la intervención educativa a los enfermeros fueron: La parada cardiopulmonar, manejo de concepto, clasificación y cuadro clínico parada cario pulmonar cerebral (23).

Otro estudio en la misma ciudad, analizó las acciones de enfermería en reanimación cardiopulmocerebral, luego de intervención educativa con nueva guía de práctica clínica en 82 licenciados en enfermería con experiencia laboral

mayor a 10 años en el servicio de urgencias, entre las acciones básicas se presentó como dificultad más frecuente el reconocimiento de la monitorización clínica y electrónica; en cuanto a las acciones complementarias, el brindar apoyo psicológico a los familiares constituyó el principal problema cognitivo (24).

Por otro lado, en Corea del Sur, un estudio reveló que la relación con ejercicios simulados cuando se asumen varios roles en situaciones de juego de roles realistas condujo a una comprensión más profunda de las situaciones clínicas y mejoró su autoeficacia y sus habilidades de pensamiento crítico para su abordaje se empleó un pre y post test con variación de diez días, en dicha sesión simulada en un escenario de emergencia el primer grupo recibió la instrucción del rol de intervenir en el paro cardíaco sobre un entorno clínico, frente al segundo grupo que solo escuchó los procedimientos para efectuar posteriormente el abordaje del rol de intervención (26).

En tal situación, un estudio en Estados Unidos señala que las enfermeras enfatizaron la capacitación y competencia de las enfermeras en todos los niveles; proporcionó flexibilidad organizativa y capacidad de respuesta con los roles de enfermería; y empoderó a las enfermeras para operar en un ámbito más amplio de la práctica clínica (p. ej., desfibrilación al lado de la cama) para el abordaje se realizó una práctica diferenciada en las funciones de socorristas de cabecera, miembros de reanimación, líderes clínicos o administrativos, en los hospitales de mayor complejidad enfatizan que el abordaje constituye una

respuesta basada en la capacitaciones de las competencias de la enfermera en todos sus niveles frente al manejo de una amplia práctica clínica (27).

Por otro lado, un estudio realizado en Suecia hace referencia a la supervivencia global en un periodo de 30 días el cual respondió al 30 % en el grupo controlado por ECG (Electrocardiograma) con (n = 10,133, 52 %) tuvo una mortalidad ajustada un 38 % más baja con valores de intervalo en (HR 0,62, IC del 95 %: 0,60-0,64), para comprender este tipo de abordaje se tuvieron en cuenta El aumento de gradiente para establecer la respuesta multifactorial, por ello, se utilizó para estudiar la importancia relativa de todos los predictores en la monitorización de ECG, por ello se recomienda que es necesario recurrir a seguir las pautas para el monitoreo de ECG puesto que podría contribuir a una mejor identificación y tratamiento de pacientes en riesgo y desde luego mejorar la supervivencia. (28).

Asimismo, en Suecia, un estudio hizo precisión a las pautas relacionadas que se implementan comúnmente a nivel regional, lo que lleva a una amplia variación en un paro cardíaco, para el abordaje, las enfermeras intervinieron desde las características incluían: métodos de reclutamiento y activación, papel en la escena, equipo, formación en RCP y frecuencia de la formación, registro, retroalimentación, apoyo financiero y apoyo emocional, por ejemplo se tiene en cuenta utilizar los chalecos de seguridad, las máscaras de bolsillo teléfonos móviles y kits de reanimación, las cuales suelen formar parte del equipo de trabajo (29)

También en Dinamarca, se evidenció que estas variaciones en residentes de hogares de ancianos eran mayores por lo que no aumentó significativamente a pesar de aumentar la reanimación cardiopulmonar (RCP) por parte de los transeúntes puesto que los ancianos presentaron una carga de comorbilidad significativa, para llevar un control se realiza la colocación de desfibriladores externos automáticos (DEA) sin embargo a menudo se debate si los esfuerzos de reanimación cuando se presencia el paro, son útiles para la administraron en la desfibrilación prehospitalaria (30).

Asimismo, en España, un estudio precisa que para mejorar el abordaje, se realizaron acciones relacionadas con el manejo de situaciones de emergencia como la simulación clínica relacionadas con el manejo de las causas reversibles de la parada cardiaca (32), todo ello, se refuerza con los estudios realizados en Japón que señalan que las complicaciones con mayor frecuencia presentadas son la hipoxia, mientras que la finalización de la reanimación puede determinarse considerando factores con pronósticos significativos, con mayor frecuencia habían presenciado un paro, reanimación cardiopulmonar (RCP) por parte de un transeúnte y administración de descargas con un desfibrilador externo automático, se obtuvo que la tasa de supervivencia de 1 mes fue significativamente mayor en el grupo de hogares de ancianos (33).

Para añadir, un estudio realizado en Arabia Saudita recomienda que para un mejor abordaje, los programas de enfermería apliquen currículos de

(RCP) y desfibrilación automática durante las pasantías de enfermeras, políticas y procedimientos claros sobre RCP y desfibrilación automática, actualizaciones continuas sobre RCP y desfibrilación automática, y conocimiento y capacitación continua (capacitación en el trabajo) sobre RCP y desfibrilación automática, que pueden mejorar y mejorar el conocimiento y la autoeficacia entre los trabajadores de la salud, especialmente para las enfermeras (39).

Asimismo, un estudio en Taiwán refiere que la relación entre el hacinamiento en el departamento de emergencia es inevitable y el paro cardíaco intrahospitalarios (**IHCA**) repentino encontró que las tasas de ocupación de camas y el internamiento prolongado en salas generales o UCI se asociaron con una mayor incidencia de IHCA repentino, sin embargo, se requiere de mayor profundidad en los hallazgos para brindar un esclarecimiento de la asociación referida (25).

Por otro lado, en Suecia, un estudio señaló que la monitorización de ECG en IHCA presentó asociación con una mortalidad ajustada un 38% menor, a pesar de este hallazgo, solo se controló a todos los demás pacientes de IHCA. La variabilidad significativa en la frecuencia de monitoreo de ECG en IHCA en diferentes centros debe evaluarse; las pautas para el monitoreo de ECG en el hospital podrían contribuir a una mejor identificación y tratamiento de pacientes en riesgo y posiblemente a una mejor supervivencia (28).

Además, en Estados Unidos, un estudio en niños reveló que era más probable que los casos fueran más jóvenes, tuvieran tiempo de llenado capilar retrasado, hipotensión sistólica o diastólica, hipoxia, más de un intento de intubación, no usaran sedantes ni paralizantes y enfermedad pulmonar en comparación con los controles, para la instrucción del abordaje se combinó hipoxia previa a la intubación (o un valor de oximetría de pulso) y menores de 1 año, con lo cual se tuvo predictor más fuerte entre los niños después de una estrategia emergente en cardiología intervencionista (34).

En la actualidad, un estudio realizado en Estados Unidos, también evaluó la efectividad de una intervención educativa de un nuevo protocolo de atención del paro cardiopulmonar (**CPA**) en el servicio de urgencias durante la pandemia de COVID-19, puesto que el protocolo se puede enseñar y utilizar rápidamente y se puede difundir de manera eficiente entre los médicos de urgencias de diversa experiencia, especialmente en entornos pandémicos en ellas destacaron la saturación de tareas (89 %), la seguridad del procedimiento (93 %) y la prevención de errores (71 %) después de la intervención (35).

Para agregar, en Estados Unidos, un estudio reveló que la implementación de prácticas de prevención de paro cardíaco condujo a una reducción significativa en IHCA en múltiples UCIC pediátricas para ello se abordó en las prácticas de prevención de paros cardíacos logrando la mejora de la calidad en 31 hospitales, 15 unidades de cuidados intensivos cardíacos con implementaciones del paquete de prevención de paro cardíaco se logró reducir

un 30 % en la tasa de paro cardíaco agregado después de la implementación en comparación con los hospitales de control (36).

Asimismo, en Uganda un estudio reveló que el ingreso con trauma se asoció con una mayor mortalidad con un cociente de riesgos instantáneos (HR) ajustado de 4,06 en comparación con la sala de urgencias, en el estudio se incluyeron a pacientes que fueron reanimados después de una CA índice en el quirófano (OR), la unidad de cuidados intensivos (UCI), la sala de pediatría o las salas de accidentes y emergencias (A&E), en los abordajes se encontraron con ingresos con trauma, los cuales se asoció con una mayor mortalidad con un cociente de riesgos instantáneos, para ello se empleó un RCP <20 minutos y la prevención de la hipotensión posterior a la parada parecieron estar asociadas con la supervivencia (37).

Por otro lado, en Taiwán, un estudio tuvo como objetivo estimar la incidencia de IHCA basado en el ED y desarrollar y validar una nueva herramienta de clasificación para la puntuación de paro cardíaco en el hospital, reveló que los pacientes adultos que presentaron el paro cardíaco intrahospitalario en el servicio de urgencias fueron relativamente poco frecuentes, por ello, se recomienda estudios futuros para determinar identificar pacientes de alto riesgo y reducir riesgos potenciales (38).

#### **IV. CONCLUSIONES**

Se encontró 27 artículos científicos que reportan abordaje del paro cardiorrespiratorio en el ámbito pre e intra hospitalario, en su mayoría fueron publicados en el año 2022, el país con mayor producción fue Estados Unidos y fueron ubicados en la base de datos PubMed.

La literatura evidencia que para el abordaje en el ámbito pre hospitalario es necesario el empleo de la guía de actuación para la reanimación cardiopulmonar porque la realización de la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) y desfibrilación automática es necesaria para una intervención inmediata. En tal sentido, los ensayos controlados aleatorios u observacionales demostraron que el uso de desfibriladores externos automáticos (DEA) de acceso público es efectivo para pacientes con paro cardíaco extrahospitalario (OHCA), sin embargo, dicha precisión no está clara si el uso de DEA de acceso público es efectivo para todos los pacientes con paro cardíaco extrahospitalario.

Por otro lado, a nivel intra hospitalario para el abordaje del paro cardiorrespiratorio, el enfermero tiene una gran responsabilidad, por ello, se importante su preparación cognitiva de forma continua, desarrolle habilidades para la realización temprana de la reanimación puesto que mejora la respuesta ante el evento, garantizando un mejor pronóstico de recuperación hacia el paciente. Por ello, las instituciones públicas y privadas prestadoras de salud,

deben desarrollen programas de capacitación continua en reanimación cardio pulmonar básica y avanzada.

Por lo consultado en la bibliografía, se recomienda que las instituciones públicas y privadas que cuenten con población vulnerable a sufrir eventos de parada cardio respiratorio, cuenten con un DEA y las enfermeras especialistas en emergencias y desastres, en el ámbito pre hospitalario, difundan las formas de actuación como primeros auxilios, además de, estar a la vanguardia de las actualizaciones sobre los protocolos de atención y manejo intrahospitalario.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa: OMS/OIT: Casi 2 millones de personas mueren cada año por causas relacionadas con el trabajo. Ginebra. 2016 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/16-09-2021-who-ilo-almost-2-million-people-die-from-work-related-causes-each-year>
2. Organización Panamericana de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. 2020 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019>
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas de defunciones general de Ecuador. 2020. [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2019/Presentacion\\_EDG%20\\_2019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2019/Presentacion_EDG%20_2019.pdf)
4. Verdugo A, Ríos F. Conocimientos y Actitudes en Soporte Vital Básico para Pacientes Pediátricos con Paro Cardíaco, de la población general de Cuenca Ecuador, 2021. ids [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 15 de septiembre de 2022];3(1):41 - 46. Disponible en: <http://revistas.iudigital.edu.co/index.php/ids/article/view/84>
5. Rosas VH, Menacho J, Troncos T, Cabana L, Belloso B, Rosas F. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Ene [citado 12 de septiembre de 2022]; 80(1): 6-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15858>.
6. Vega L, Abarca K, Sánchez I. Vacuna anti-influenza en niños: Estado del arte. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2006 Jun [citado 14 de septiembre de 2022] ; 23( 2 ): 164-169. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182006000200011>.
7. Manual de Soporte Vital Avanzado. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. 2012. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr.%20Iglesias.pdf>
8. Melero A. Hospital Germans Trias i Pujol. Recomendaciones sobre soporte vital básico, desfibrilación externa automática y soporte vital avanzado en adultos. Disponible en: <http://www.scartd.org/arxius/sva06.pdf>
9. Quesada V, Rojas A. Ruptura cardíaca traumática: a propósito de un caso de sobreviviente. Crónicas Científicas. Vol. 21. No. 21. Marzo - Junio 2022. Pág. 1-8. ISSN: 2215-5171. [citado 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.cronicascientificas.com/index.php/ediciones/edicion-xxi-marzo-junio-2022/26-ediciones/317-ruptura-cardiaca-traumatica-a-proposito-de-un-caso-de-sobreviviente>
10. American Heart Association. Aspectos destacados para RCP y ACE. 2020. [citado 17 de septiembre de 2022]; Disponible en: [https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts\\_2020ECCGuidelines\\_Spanish.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Spanish.pdf)
11. Cedeño NG, Rodríguez JC. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar Básico y avanzado en el personal de la salud. Universidad de Guayaquil. Facultad de ciencias médicas escuela de medicina. [citado 17 de

- septiembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52195>
12. Valderrama DA, Ortega JM, Martínez AL. Patient experiences in the postoperative period of cardiovascular surgery at the UCI Clínica Medical Duarte, Cúcuta Colombia between May and October 2020. [citado 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.10554.52093>
  13. Machaca J. Manejo adecuado del carro de paro por profesionales de enfermería, Unidad de Terapia Intensiva Adultos, Hospital Materno Infantil, Caja Nacional de Salud gestión 2020. [citado 13 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/28944>
  14. Arévalo J. Competencias del interno de enfermería de la Universidad de Guayaquil en el manejo seguro de fármacos para la reanimación cardiopulmonar. [citado 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/61001>
  15. Cárdenas JS, Garnica JA, Gordillo DF. Aplicación de la herramienta NANDA, NIC y NOC dentro del plan de atención de enfermería de los pacientes que se encuentran en sala de observación y/o sala de reanimación del servicio de urgencias de la Clínica Universidad de La Sabana. 2017; [citado 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10818/33896>
  16. Sailema MB, Pachucho AP, Guallichico ML, Jaya LP. Nursing care process applied to a patient undergoing craniotomy for meningioma: clinical case study. SIJIS [Internet]. 2022 [citado 10 de septiembre de 2022];3(3):69-87. Disponible en: <https://journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJIS/article/view/395>
  17. Rodríguez V.A., Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 [citado 12 de septiembre de 2022]; 11(28): 316-322. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es).
  18. Mastarreno M, Briones A, Andrade S, Ramos G. Modelos de gestión del cuidado en el ejercicio de la disciplina de Enfermería. *CM* [Internet]. 2021 [citado 12 de septiembre de 2022]; 7(1):225-40. Disponible en: <https://www.cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/500>
  19. Sánchez M. Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado en la atención de urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durante la pandemia de COVID-19. Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos. Universidad de Oviedo. [citado 13 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/63375>
  20. Perea M. Intervención de enfermería, basada en los principios Éticos, durante las maniobras de reanimación Cardiopulmonar en el Hospital Básico IESS Esmeraldas. Repositorio Digital PUCESE. [citado 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2819>
  21. Tomonari Shimamoto, Kosuke Kiyohara, Tasuku Matsuyama, Tetsuhisa Kitamura, Takeyuki Kiguchi, Chika Nishiyama et al. Impacto de la reanimación cardiopulmonar por testigos y la asistencia del despachador en la supervivencia después de un paro cardíaco fuera del hospital entre pacientes adultos por ubicación del paro. *Revista Internacional del Corazón.* [citado 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.1536/ihj.19-301>

22. Vidmanić S, Kurtovic B, Friganovic A. Paro cardiopulmonar y reanimación: conocimiento de las enfermeras de emergencia en Croacia. *Revista Gerente de Enfermería*. [citado 13 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163651/>
23. Hernández A, Hernández R, Jach M. Nivel cognitivo de reanimación cardiopulmonar cerebral en enfermeros. *Revista de Mayabeque*. [citado 13 de septiembre de 2022]; Disponible en: [http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1837/pdf\\_289](http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1837/pdf_289)
24. Rodríguez C, Abreu Y, García V. Conocimientos sobre las acciones de enfermería en la reanimación cardiopulmocerebral. Centro Provincial de Emergencias Médicas. Cienfuegos. Centro Provincial de Emergencias Médicas. Cienfuegos. Medisur. [citado 13 de septiembre 2022]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2018000600014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600014&lng=es).
25. Yu Ch, Chih Ch, Wei Ch, Fen H, Chih M. Asociación de parada cardíaca súbita intrahospitalaria con hacinamiento en urgencias. *Revista Resucitación* [citado 13 de septiembre 2022]; 38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957219300590>
26. Eunsook K. Efecto de la educación sobre paro cardíaco de emergencia basada en simulación en la autoeficacia y las habilidades de pensamiento crítico de los estudiantes de enfermería: juego de roles versus lectura. *Educación de enfermería hoy*. [citado 13 de septiembre 2022]; 61: 258-263. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691717303015>
27. Guetterman T, Kellenberg J, Kerin S, Harrod M et al. Roles de enfermería para la respuesta a un paro cardíaco intrahospitalario: hospitales de mayor versus menor desempeño. *Calidad y seguridad de BMJ*. [citado 13 de septiembre 2022]; 28:11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31420410/>
28. Thorén A, Rawshani A, Herlitz J, Engdahl J, Kahan T, Gustafsson L, Djärv T. ECG-monitorización de la parada cardíaca intrahospitalaria y factores asociados a la supervivencia. *Resucitación 2020 mayo*. [citado 15 de septiembre 2022]; 150: 130-138. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32209378/>
29. Oving, I., Masterson, S., Tjelmeland, IB et al. Tratamiento de primera respuesta después de un paro cardíaco extrahospitalario: una encuesta de las prácticas actuales en 29 países de Europa. *Revista escandinava de trauma, reanimación y medicina de emergencia*. [citado 16 de septiembre 2022]; 27:112. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0689-0>
30. Pape M, Rajan M, Møller S, Nørmark R, Riddersholm S, Folke F, Karlsson L, Lippert F et al. Supervivencia después de un paro cardíaco extrahospitalario en hogares de ancianos: un estudio a nivel nacional. *Revista Resucitación 2018*. [citado 17 de septiembre 2022]; 125: 90-98. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957218300704>
31. Changsun K, Hyuk Joong Ch, Hyungjun M, Giwoon K, Choungah L, Jin Sung Ch et al. Soporte vital cardíaco avanzado prehospitalario por EMT con un control médico directo basado en teléfonos inteligentes para el paro cardíaco en el hogar de ancianos. *The American Journal of Emergency Medicine 2019*. [citado 17 de septiembre 2022]; 37 (4): 585-589. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675718304959>

32. Arrogante O, González G, Carrión L, Polo A. Causas reversibles de paro cardíaco: Adquisición de competencias de enfermería y satisfacción con la simulación clínica en estudiantes de pregrado en enfermería. *Revista Enfermería de emergencia internacional* 2021. [citado 18 de septiembre 2022]; 33 (54). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X20301105>
33. Shibahashi K, Sakurai S, Sugiyama K, Ishida T, Hamabe T. Resucitación en un asilo de ancianos versus en la comunidad después de un paro cardíaco: resultados comparativos y factores de riesgo. *Revista de la Asociación Estadounidense de Directores Médicos* 2022. [citado 18 de septiembre 2022]; 23 (8): 1316-1321. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861021008240>
34. Pokrajac N, Sbiroli E, Hollenbach K, Kohn M, Contreras E, Murray M. Factores de riesgo de parada cardiaca periintubación en un servicio de urgencias pediátricas. *Revista de atención de emergencia pediátrica*. [citado 18 de septiembre 2022]; 38(1): 126-131. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32576791/>
35. Gill H, Nguyen P, Fay K, Del Gaudio F, Roginski M, Atchinson P, Marcolini E. Hallazgos de una intervención de liderazgo clínico en tándem para la atención del paro cardíaco en el departamento de emergencias durante la pandemia de COVID-19. *El Diario Americano de Medicina de Emergencia* 2022. [citado 18 de septiembre 2022]; 51: 184-191. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721008664>
36. Alten J, Cooper D, Klugman D. Prevención del paro cardíaco en la unidad de cuidados intensivos cardíacos pediátricos a través de la colaboración multicéntrica. *JAMA Pediatría* 2022 [citado 19 de septiembre 2022]; 176(10):1027-1036. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2793938>
37. Alum R, Kiwanuka J, Nakku D, Kakande E, Nyaiteera V, Ttendo S. Factores asociados con la supervivencia hospitalaria posterior a un paro cardíaco en un hospital de referencia en Uganda. *Analgesico Anesth*. [citado 19 de septiembre 2022]; Edición 10.1213. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35877819/>
38. Chu T, Tsung L, Cheng C, Chih W, Jia L, Wen Ch, Chien H. Desarrollo y validación de una nueva herramienta de triaje para la predicción de la parada cardiaca en el servicio de urgencias. *Anesth Alng* 2022 [citado 20 de septiembre 2022]; 23:2. Disponible en: <https://doi.org/10.5811/westjem.2021.8.53063>
39. Alaryani Z, Alhafaian A, Elhady M. La relación entre el conocimiento y la autoeficacia de las enfermeras con respecto al inicio temprano de la reanimación cardiopulmonar y la desfibrilación automática en Arabia Saudita. *Belitung Nurs Journal* 2021 [citado 20 de septiembre 2022];7(5):387-94. Disponible en: <https://www.belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/1670>
40. Andersen L, Holmberg M, GRANfeldt A, Lofgren B, Vellano K, McNally B, Asedio B et al. Características del vecindario, uso del desfibrilador externo automático por parte de los transeúntes y resultados de los pacientes en un paro cardíaco extrahospitalario público. *Resuscitación* 2018 [citado 21 de octubre 2022]; 126:72-79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29477731/>
41. Kishimori T, Kiguchi T, Kiyohara K, Matsuyama M, Shida H, Nishiyama H et al. Aplicación de almohadilla de desfibrilador externo automatizado de acceso público y resultado neurológico favorable después de un paro cardíaco extrahospitalario en

- lugares públicos: un estudio prospectivo basado en la población con puntuación de propensión. *Int J Cardiol* 2020 [citado 21 de octubre 2022]; 299: 140-146. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31400888/>
42. Pollack R, Brown S, Mayo S, Real T, Kudenchuk P, Weisfeldt M. Aplicación de desfibrilador externo automático de espectador en paro cardíaco extrahospitalario no desfibrilador. *Resuscitacion* 2019 [citado 21 de octubre 2022]; 137:168-174. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30790694/>
  43. Holmberg M, Vognsen M, Andersen M, Donnino M, Andersen L. Uso del desfibrilador externo automático por parte de un espectador y resultados clínicos después de un paro cardíaco extrahospitalario: una revisión sistemática y un metanálisis. *Resuscitacion* 2017 [citado 21 de octubre 2022]; 120: 77-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28888810/>
  44. Pollack P, Brow S, Rea T, Aufderheide T, Barbic D, E Buick J, et al. Impacto del uso del desfibrilador externo automático por parte de los transeúntes en la supervivencia y los resultados funcionales en los paros cardíacos públicos observados susceptibles de descarga. *Circulación* 2018 [citado 21 de octubre 2022]; 137 (20): 2104-2113. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29483086/>
  45. Karlsson L, Malta C, Wissenberg M, Moller S, Lippert F, Rajan S, et al. La accesibilidad del desfibrilador externo automático es crucial para la desfibrilación y la supervivencia de los transeúntes: un estudio basado en registros. *Resuscitacion* 2019 [citado 21 de octubre 2022]; 136: 30-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30682401/>
  46. Fordyce C, Hansen C, Kragholm K, Dupre M, Jollis J, Roettig M et al. Asociación de iniciativas de salud pública con resultados para el paro cardíaco extrahospitalario en el hogar y en lugares públicos. *JMA Cardiol* [citado 21 de octubre 2022]; 2(11): 1226-1235. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28979980/>

**VI. ANEXOS****FICHAS RAE****FICHA N° 01.**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>TITULO</b>              | Intervención de enfermería, basada en los principios Éticos, durante las maniobras de reanimación Cardiopulmonar en el Hospital Básico IESS Esmeraldas   |
| <b>AUTORES</b>             | Mercedes del Rocío Perea Palacios  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>         | 2021, Ecuador  |
| <b>OBJETIVO</b>            | Analizar los principios éticos del cuidado de enfermería en las maniobras de reanimación cardiopulmonar en el Hospital Básico IESS Esmeraldas  |
| <b>METODOLOGIA</b>         | Estudio mixto, de corte transversal y enfoque descriptivo, explicando las variables que influyen en los principios éticos del cuidado de enfermería.   |
| <b>RESULTADOS</b>          | Los resultados obtenidos arrojaron que el 60% de los familiares indicaron que la enfermera no indica cuando va a desarrollar un procedimiento; asimismo, el 80% considera que la enfermera si maneja la información de la enfermedad de su familiar confidencialmente. |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | Los profesionales en el campo de la enfermería han contribuido mucho para lograr una atención efectiva, lo cual realmente sucede principalmente en casos de urgencia y emergencia, donde los procedimientos correctos aumentan la supervivencia del paciente.          |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Los factores que influyen negativamente en la toma de decisión de reanimación cardiopulmonar deben reducirse cada vez mas de manera significativa, por el beneficio del usuario, optimizando gastos hacia la institución.  |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2819">https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2819</a>  |

**FICHA N° 02.**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>TITULO</b>       | Impacto de la reanimación cardiopulmonar por testigos y la asistencia del despachador en la supervivencia después de un paro cardíaco fuera del hospital entre pacientes adultos por ubicación del paro   |
| <b>AUTORES</b>      | Tomonari Shimamoto, Kosuke Kiyohara, Tasuku Matsuyama, Tetsuhisa Kitamura, Takeyuki Kiguchi, Chika Nishiyama, Daisuke Kobayashi, Satoe Okabayashi, Takashi Kawamura, Taku Iwami   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>  | 2018, Japón   |
| <b>OBJETIVO</b>     | Impacto de la reanimación cardiopulmonar (RCP) iniciada por un transeúnte, la asistencia del despachador (DA) y la ubicación del paro en la supervivencia y los resultados después de un paro cardíaco fuera del hospital (OHCA).   |
| <b>METODOLOGIA</b>  | Registro poblacional nacional de pacientes con OHCA en Japón, inscribimos a pacientes adultos con OHCA de origen médico presenciados por transeúntes entre 2013 y 2015.   |
| <b>RESULTADOS</b>   | Resultado neurológicamente favorable, definido por la categoría de rendimiento cerebral 1 o 2. Multivariable Se utilizó un análisis de regresión logística para evaluar los efectos de la RCP y la DA de los transeúntes según el lugar de la detención. Se incluyeron un total de 104.621 casos (15.984 RCP por testigos sin DA [15,3%], 40.087 RCP por testigos con DA [38,3%] y 48.550 RCP por no testigos [46,4%]). |
| <b>CONCLUSIONES</b> | El grupo sin DA (25,8 % [918/3557]; AOR, 1,43; IC del 95 %, 1,24-1,65) tuvo resultados neurológicamente favorables en comparación con el grupo de RCP sin testigos (9,9 % [610/6133]).  |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | La RCP realizada por un espectador con o sin DA tuvo mejores resultados después de la OHCA en lugares residenciales y públicos, pero no en residencias de ancianos. |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://doi.org/10.1536/ihj.19-301">https://doi.org/10.1536/ihj.19-301</a>   |

### FICHA N° 03.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>TITULO</b>       | Paro cardiopulmonar y reanimación: conocimiento de las enfermeras de emergencia en Croacia.  |
| <b>AUTORES</b>      | Vidmanić, Sandro; Kurtovic, Biljana; Friganovic, Adriano   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>  | 2021, Croacia  |
| <b>OBJETIVO</b>     | Determinar el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar de los enfermeros de los centros de medicina de emergencia por nivel de instrucción.   |
| <b>METODOLOGIA</b>  | Se realizó un estudio transversal descriptivo multicéntrico. Los participantes eran enfermeras de los departamentos de emergencia de tres hospitales universitarios de Croacia. En general, la muestra estuvo compuesta por 91 enfermeras de urgencias   |
| <b>RESULTADOS</b>   | El conocimiento de las enfermeras en urgencias no fue adecuado en general. No hubo relación entre el nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar y el nivel educativo de las enfermeras, pero sí una relación positiva estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la formación adicional ( $p = 0,028$ ) y la experiencia laboral ( $p = 0,038$ ) |
| <b>CONCLUSIONES</b> | Los resultados de este estudio muestran la necesidad de una reevaluación de los currículos de formación de enfermeros en medicina de emergencia, con el objetivo de estandarizar los modelos formales de formación.  |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | La remodelación de la educación de enfermería es el tema clave para garantizar una educación de buena calidad y habilidades clínicas para las enfermeras en el campo de la medicina de emergencia y la atención de enfermería segura. |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163651/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163651/</a>   |

**FICHA N° 04.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Nivel cognitivo de reanimación cardiopulmonar cerebral en enfermeros  |
| <b>AUTORES</b>     | Arnold Hernández Núñez, Raúl Hernández Pérez, Mariela Jach Ravelo   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2020, Cuba  |
| <b>OBJETIVO</b>    | Determinar el nivel cognitivo adquirido sobre reanimación cardiopulmonar cerebral después de la intervención educativa para los enfermeros de Mayabeque.  |
| <b>METODOLOGIA</b> | Intervención educativa cuasi-experimental sin grupo de control, en 71 enfermeros asistenciales de los Hospitales "Leopoldito Martínez" y "Aleida Fernández Chardiet" en el período junio a octubre-2019. Se estudiaron las variables: edad, experiencia en el servicio; categoría profesional, nivel de conocimientos y estimación de la necesidad de actualización según las guías de asociación Estadounidense del Corazón. |
| <b>RESULTADOS</b>  | La media de edad fue 27.9 años y la experiencia en el servicio 10.6 años. Las calificaciones antes de la intervención se mantuvieron inferiores a 3.58 puntos se consideraron como ineficientes, después se logró un puntaje promedio superior sin llegar a ser excelente. El conocimiento sobre AHA se mantuvo con mala calificación. El 94.36 % de los enfermeros consideraron necesario conocer las guías.                 |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>CONCLUSIONES</b>        | El nivel de conocimientos antes de la intervención es ineficiente, después se obtuvo un resultado regular en casi todos los ítems. La calificación de mala no fue modificada en el conocimiento sobre las guías de actualización 2018 de la AHA aún después de la intervención educativa. La mayoría de los enfermeros consideran importante el conocimiento de las guías de actualización. |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Las variables cuantitativas se resumieron mediante media aritmética y desviación estándar y las cualitativas mediante porcentajes. Se estimó Odds Ratio (OR) con Intervalo de Confianza del 95 % y nivel de importancia de $P < 0.05$ .   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1837/pdf_289">http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1837/pdf_289</a>   |

**FICHA N° 05.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Conocimientos sobre las acciones de enfermería en la reanimación cardiopulmocerebral. Centro Provincial de Emergencias Médicas. Cienfuegos.   |
| <b>AUTORES</b>     | Camilo Rodríguez-Pérez , Yanieski Abreu Álvarez , Viviana de la Concepción García Escudero  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2018, Cuba  |
| <b>OBJETIVO</b>    | Determinar el conocimiento del personal de enfermería sobre sus acciones dirigidas en la reanimación cardiopulmocerebral.   |
| <b>METODOLOGIA</b> | Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, en el Centro Provincial de Emergencias Médicas del Hospital General de Cienfuegos en los años 2014 y 2017. En ambos años, se aplicó similar cuestionario con preguntas sobre acciones de enfermería en reanimación cardiopulmocerebral, luego de intervención educativa con nueva guía de práctica clínica. |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>RESULTADOS</b>          | El grupo estuvo constituido por 82 enfermeros, principalmente licenciados (67.1 %) y con $\geq 10$ años de experiencia en el servicio de urgencias. De las 19 acciones definidas para la reanimación cardiopulmonar e incluidas en la guía de actuación, 15 (78.94 %) tuvieron 100 % de respuestas correctas en ambos años.  |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | El nivel de conocimientos para acciones básicas, específicas y complementarias para la reanimación cardiopulmocerebral en el personal de enfermería fue alto, principalmente en la segunda medición. Pudieron influir en ello, el disponer de un protocolo de actuación, el entrenamiento frecuente con situaciones reales y la estabilidad laboral por más de 10 años del personal en el servicio de urgencias. |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Entre las acciones básicas, la dificultad más frecuente fue el reconocimiento de la monitorización clínica y electrónica; mientras que en cuanto a las acciones complementarias el brindar apoyo psicológico a los familiares constituyó el principal problema cognitivo.  |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1727-897X2018000600014">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1727-897X2018000600014</a>  |

**FICHA N° 06.**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>TITULO</b>      | Asociación de parada cardiaca súbita intrahospitalaria con hacinamiento en urgencias               |
| <b>AUTORES</b>     | Yu-Hsin Chang a Hong-Mo Shih a Chih-Yu Chen, Wei-Kung Chen, Fen-Wei Huang, Chih-Hsin Muo           |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2019, Taiwan   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Determinar la asociación de parada cardiaca súbita intrahospitalaria con hacinamiento en urgencias |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>METODOLOGIA</b>         | El estudio observacional retrospectivo reclutó pacientes con IHCA repentino en un servicio de urgencias desde febrero de 2016 hasta septiembre de 2017.   |
| <b>RESULTADOS</b>          | Se observaron incrementos significativos en la incidencia de IHCA cuando el EDBOR fue >260 %, con una razón de tasas de 1,50 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,03–2,17). Sin embargo, el número de pacientes internados no se asoció con la incidencia de IHCA ( $P > 0,05$ ). El tiempo de embarque prolongado a la sala general y la UCI de > 24 y > 48 h aumentó la incidencia de IHCA. |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | Este primer estudio que investigó la relación entre el hacinamiento en el ED y el IHCA repentino encontró que los EDBOR y el internamiento prolongado en salas generales o UCI se asociaron con una mayor incidencia de IHCA repentino.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | En este estudio, encontramos que el hacinamiento en el ED puede aumentar el riesgo de IHCA. Se aplicaron varios parámetros validados, que aumentarían la incidencia de IHCA, para evaluar la condición de hacinamiento cada 2 h.  |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957219300590">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957219300590</a>   |

**FICHA N° 07.**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>TITULO</b> | Efecto de la educación sobre paro cardíaco de emergencia basada en simulación en la autoeficacia y las habilidades de pensamiento crítico de los estudiantes de enfermería: juego de roles versus lectura |
|---------------|---|

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>AUTORES</b>                 | Eunsook Kim   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>             | 2018, Corea del Sur   |
| <b>OBJETIVO</b>                | Este estudio investigó los efectos de la educación de simulación en la autoeficacia y las habilidades de pensamiento crítico de los estudiantes de enfermería en situaciones de paro cardíaco de emergencia.  |
| <b>METODOLOGIA</b><br><b>A</b> | Se utilizó un enfoque de investigación cuasi-experimental con un diseño cruzado para comparar dos tipos de métodos de instrucción de simulación.  |
| <b>RESULTADOS</b>              | En la primera sesión, los puntajes de autoeficacia y habilidades de pensamiento crítico aumentaron considerablemente de la prueba previa a la posterior para el Grupo A en comparación con el Grupo B; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. En la segunda sesión, el Grupo B mostró un aumento significativo entre el pretest y el posttest, mientras que el Grupo A no mostró diferencia significativa. |
| <b>CONCLUSIONES</b>            | Realizar el ejercicio de simulación después del juego de roles fue un método de enseñanza más efectivo que realizarlo después de la conferencia.  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>      | Cuando se asumen varios roles en situaciones de juego de roles realistas combinadas con ejercicios de simulación condujo a una comprensión más profunda de las situaciones clínicas y mejoró su autoeficacia y sus habilidades de pensamiento crítico.  |
| <b>FUENTE</b><br>(enlace web)  | <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691717303015">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691717303015</a>   |

**FICHA N° 08.**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>TITULO</b>       | Roles de enfermería para la respuesta a un paro cardíaco intrahospitalario: hospitales de mayor versus menor desempeño  |
| <b>AUTORES</b>      | Timothy C Guetterman, Joan e Kellenberg, Sarah L. Kerin, Molly Harrod et al.  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>  | 2019, Estados Unidos  |
| <b>OBJETIVO</b>     | Examinar el papel de las enfermeras en la reanimación, comparando los hospitales de mayor rendimiento con los de menor rendimiento en la supervivencia de IHCA.   |
| <b>METODOLOGIA</b>  | Estudio cualitativo descriptivo en nueve hospitales en el registro Get With The Guidelines-Resuscitation de la American Heart Association,.   |
| <b>RESULTADOS</b>   | Las enfermeras desempeñaron tres roles principales en la respuesta de IHCA: socorristas de cabecera, miembros del equipo de reanimación y líderes clínicos o administrativos. Encontramos distinciones entre los hospitales de mayor y menor rendimiento en el apoyo a las enfermeras.  |
| <b>CONCLUSIONES</b> | Los hospitales de mayor desempeño enfatizaron la capacitación y competencia de las enfermeras en todos los niveles; proporcionó flexibilidad organizativa y capacidad de respuesta con los roles de enfermería; y empoderó a las enfermeras para operar en un ámbito más amplio de la práctica clínica (p. ej., desfibrilación al lado de la cama). Los hospitales de mayor rendimiento promovieron a las enfermeras como líderes: administradores que apoyan a las enfermeras en la atención de reanimación en la institución, líderes del equipo de reanimación durante la reanimación y campeones clínicos para la atención de reanimación. Los hospitales de bajo rendimiento tenían roles de enfermera más restrictivos con menos énfasis en la identificación sistemática de las necesidades de mejora. |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Los hospitales que sobresalieron en la supervivencia de IHCA enfatizaron la tutoría y el empoderamiento de las enfermeras de primera línea y garantizaron la competencia clínica y la capacitación de enfermería adecuada para la atención de IHCA. Aunque no es una prueba de causalidad, las enfermeras parecen ser fundamentales para una respuesta eficaz de IHCA, y la forma de apoyar su papel para optimizar los resultados justifica una mayor investigación. |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009487">http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009487</a>   |

#### FICHA N° 09.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>TITULO</b>      | ECG-monitorización de la parada cardiaca intrahospitalaria y factores asociados a la supervivencia   |
| <b>AUTORES</b>     | Anna Thorén, Araz Rawshani, Johan Herlitz, Johan Engdahl, Thomas Kahan, Linnéa Gustafsson, Therese Djärv   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2020, Suecia   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Investigar los factores que influyen en el efecto de la monitorización ECG en la supervivencia de 30 días después de la IHCA y los elementos de importancia en la práctica clínica diaria con respecto a si los pacientes son monitorizados con ECG antes de la IHCA.  |
| <b>METODOLOGIA</b> | En total, se incluyeron 19.225 IHCA adultos registrados en el Registro Sueco de Resucitación Cardiopulmonar (SRCR). Se calcularon las curvas de supervivencia ajustadas por Cox para estudiar la supervivencia después de IHCA. Se utilizó la regresión logística para estudiar la asociación entre 15 predictores y la supervivencia a los 30 días. |
| <b>RESULTADOS</b>  | La supervivencia global a los 30 días fue del 30 %. El grupo controlado por ECG (n = 10,133, 52 %) tuvo una mortalidad   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | ajustada un 38 % más baja (HR 0,62, IC del 95 %: 0,60-0,64). Observamos variaciones tangibles en la proporción de monitorización de ECG en diferentes centros. Los predictores de mayor influencia relativa en la monitorización ECG en IHCA fueron la ubicación en el hospital y la localización geográfica.    |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | La monitorización de ECG en IHCA se asoció con una mortalidad ajustada un 38% menor, a pesar de este hallazgo, solo se controló a todos los demás pacientes de IHCA. La variabilidad significativa en la frecuencia de monitoreo de ECG en IHCA en diferentes centros debe evaluarse en futuras investigaciones. |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Las pautas para el monitoreo de ECG en el hospital podrían contribuir a una mejor identificación y tratamiento de pacientes en riesgo y posiblemente a una mejor supervivencia.  |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32209378/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32209378/</a>  |

**FICHA N° 10.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Tratamiento de primera respuesta después de un paro cardíaco extrahospitalario: una encuesta de las prácticas actuales en 29 países de Europa   |
| <b>AUTORES</b>     | Oving, I., Masterson, S., Tjelmeland, IB et al.   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2019, Suecia  |
| <b>OBJETIVO</b>    | Determinar la primera respuesta después de un paro cardíaco extrahospitalario: una encuesta de las prácticas actuales en 29 países de Europa  |
| <b>METODOLOGIA</b> | Se utilizó como base para un inventario una encuesta de método mixto y la información obtenida de los consejos nacionales de reanimación y los servicios nacionales de EMS. La encuesta se envió a 51 expertos de OHCA en 29 países europeos. |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>RESULTADOS</b>              | Cuarenta y siete (92%) expertos en OHCA de 29 países respondieron a la encuesta. Más de la mitad de los países europeos tenían al menos una región con un sistema FR. Se identificaron cuatro categorías de tipos de FR: (1) bomberos (profesionales/voluntarios); (2) policías; (3) ciudadanos-respondedores; (4) otros, incluido el personal de EMS fuera de servicio (enfermeras, médicos), taxistas. Se identificaron tres roles principales para los FR: (a) complementarios al EMS; (b) parte de EMS; (c) en lugar de EMS. Se observó una amplia variación en los sistemas FR, tanto entre países como dentro de ellos. |
| <b>CONCLUSIONES</b>            | Las políticas relacionadas con los FR se implementan comúnmente a nivel regional, lo que lleva a una amplia variación en los sistemas de FR entre y dentro de los países. La investigación futura debe centrarse en identificar los sistemas FR que influyen más fuertemente en la supervivencia.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>      | La gran variación en las circunstancias locales entre las regiones sugiere que es poco probable que haya un sistema FR de "talla única", pero es probable que examinar el papel de los FR en la Cadena de Supervivencia se convierta en un aspecto cada vez más importante de investigación de la OHCA.   |
| <b>FUENTE<br/>(enlace web)</b> | <a href="https://doi.org/10.1186/s13049-019-0689-0">https://doi.org/10.1186/s13049-019-0689-0</a>   |

#### FICHA N° 11.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>TITULO</b>  | Supervivencia después de un paro cardíaco extrahospitalario en hogares de ancianos: un estudio a nivel nacional   |
| <b>AUTORES</b> | Marianne Pape, Shahzleen Rajan, Steen Møller Hansen, Rikke Nørmark Mortensen, Signe Riddersholm, Fredrik Folke, Lena Karlsson, Freddy Lippert, Lars Køber, Gunnar Gislason, Helle |

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | Søholm, Mads Wissenberg, Thomas A. Gerds, Christian Torp-Pedersen, Kristian Kragholm,   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>        | 2018, Dinamarca   |
| <b>OBJETIVO</b>           | Examinar la supervivencia a los 30 días después de OHCA en residentes de hogares de ancianos y privados.  |
| <b>METODOLOGIA</b>        | Este estudio de seguimiento a nivel nacional basado en registros identificó a pacientes OHCA de $\geq 18$ años de edad con un intento de reanimación en hogares de ancianos y hogares privados utilizando datos del Registro danés de paros cardíacos desde el 1 de junio de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2014. El resultado primario medida fue la supervivencia a los 30 días.  |
| <b>RESULTADOS</b>         | De 26.999 OCHA, 2516 (9,3%) ocurrieron en residencias de ancianos y 24.483 (90,7%) en domicilios particulares. Los residentes de hogares de ancianos eran mayores (mediana de 83 (Q1-Q3: 75-89) frente a 71 (Q1-Q3: 61-80) años), tenían más arrestos presenciados (55,4 % frente a 43,4 %), recibieron más reanimación cardiopulmonar por parte de un transeúnte (RCP) (49,7% vs 35,3%), pero menos desfibrilación prehospitalaria (15,1% vs 29,8%). Los FAE registrados aumentaron en el período 2007-2014 de 1 a 211 en residencias de mayores frente a 1 a 488 en domicilios particulares. La supervivencia media a los 30 días en residencias de ancianos fue del 1,7 % [IC 95 %: 1,2–2,2 %] frente al 4,9 % [IC 95 %: 4,6–5,2 %] en residencias privadas ( $P < 0.001$ ). |
| <b>CONCLUSIONES</b>       | La supervivencia promedio de 30 días después de la OHCA fue muy baja en los residentes de hogares de ancianos, pero aquellos que recibieron esfuerzos de reanimación tempranos tenían mayores posibilidades de supervivencia.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b> | Un punto de vista activo con respecto a la reanimación de no intentar resucitación en ciudadanos ancianos y frágiles es esencial debido al aumento de intentos de reanimación en residentes de hogares de ancianos en los últimos años, al mismo tiempo que   |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
|                               | aumenta el despliegue de DEA en hogares de ancianos. En casos de arresto presenciado donde los transeúntes realizaron RCP y desfibrilación prehospitalaria    |
| <b>FUENTE</b><br>(enlace web) | <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957218300704">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957218300704</a> |

### FICHA N° 12.

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Soporte vital cardíaco avanzado prehospitalario por EMT con un control médico directo basado en teléfonos inteligentes para el paro cardíaco en el hogar de ancianos  |
| <b>AUTORES</b>     | Changsun Kim, Hyuk Joong Choi, Hyungjun Moon, Giwoon Kim, Choungah Lee, Jin Sung Cho, Seongjung Kim, Kyoungmi Lee, Hanjoo Choi, Wonjung Jeong,  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2019, Corea del Sur   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Comparar la supervivencia hasta el alta entre pacientes con paro cardíaco en hogares de ancianos (NH) que reciben soporte vital cardíaco avanzado (SALS) basado en teléfonos inteligentes y soporte vital básico (BLS).   |
| <b>METODOLOGIA</b> | El registro SALS incluye datos sobre paro cardíaco de 7 áreas urbanas y suburbanas en Corea entre julio de 2015 y diciembre de 2016. Incluimos pacientes adultos (>18) con paro cardíaco extrahospitalario (OHCA) por causas médicas y EMS atendidos y enviados en. SALS es una reanimación de campo avanzada que incluye la administración de medicamentos por parte de paramédicos con dirección médica directa basada en comunicación por video. El método de reanimación prehospitalaria fue la exposición clave (SALS, BLS). El resultado primario fue la supervivencia hasta el alta. |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>RESULTADOS</b>          | Se registraron un total de 616 casos consecutivos de reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria en NH, y 199 (32,3%) se sometieron a SALS. Entre los pacientes con paro NH, la tasa de alta de supervivencia fue un poco más alta en el grupo SALS que en el grupo BLS (4,0 % frente a 1,7 %), pero la diferencia no fue significativa ( $p = 0,078$ ). El alta de supervivencia con buenas tasas de resultados neurológicos fue del 0,5 % en el grupo SALS y del 1,0 % en el grupo BLS ( $p = 0,119$ ). Por otro lado, en el grupo sin NH, todas las medidas de resultado mejoraron significativamente cuando se realizó SALS en comparación con BLS solo (tasa de alta de supervivencia: 10,0 % frente a 7,3 %, $p = 0,001$ ; buen resultado neurológico: 6,8 % frente a 3,3 %, $p < 0,001$ ). |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | Como resultado de proporcionar ACLS prehospitalario con intervención médica directa a través de videollamadas remotas a los paramédicos, la tasa de supervivencia hasta el alta y con un buen resultado neurológico (CPC 1, 2) de los pacientes que no son NH mejoró significativamente, sin embargo, la de los pacientes NH no mejoró aumentado significativamente.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Proporcionar medidas de las prácticas en la atención de pacientes adultos con paro cardíaco.   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675718304959">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675718304959</a>  |

### FICHA N° 13.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>TITULO</b>  | Causas reversibles de paro cardíaco: Adquisición de competencias de enfermería y satisfacción con la simulación clínica en estudiantes de pregrado en enfermería |
| <b>AUTORES</b> | Oscar Arrogante, Gracia María González-Romero, Laura Carrión-García, Alberto Polo.   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>AÑO Y LUGAR</b>         | 2021, España   |
| <b>OBJETIVO</b>            | Determinar y tratar las causas reversibles de la parada cardiaca, por lo que las enfermeras de urgencias deben adquirir las competencias necesarias para su adecuado manejo.   |
| <b>METODOLOGIA</b>         | Mixta con muestra de 106 estudiantes de graduación en enfermería participaron de un estudio transversal, utilizando un método mixto. Los escenarios simulados recrearon pacientes en estado crítico con diagnósticos de causas potencialmente reversibles de paro cardíaco en una sala de emergencias. Se utilizó un cuestionario validado internamente para analizar la satisfacción y las percepciones de los estudiantes sobre las sesiones de simulación clínica. Las competencias de enfermería fueron evaluadas mediante una lista de verificación. Los datos se analizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics versión 24.0 (datos cuantitativos) y ATLAS-ti versión 8.0 (datos cualitativos). |
| <b>RESULTADOS</b>          | Los estudiantes de enfermería expresaron un alto nivel de satisfacción (la mayoría de los puntajes obtenidos fueron superiores al 90%) y percepciones positivas sobre las sesiones de simulación clínica. La mayoría de los estudiantes (85,6%) adquirieron las competencias de enfermería necesarias para el manejo adecuado de las causas reversibles del paro cardíaco.   |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | La metodología de simulación clínica es una herramienta útil para el proceso de aprendizaje y adquisición de competencias de enfermería relacionadas con el manejo de situaciones de emergencia.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Esta metodología prepara al estudiante de enfermería para sus prácticas clínicas y futuras carreras en atención de emergencia. Por lo tanto, se recomienda extender la capacitación en simulación clínica al personal de enfermería calificado en emergencias y a los profesionales avanzados.   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X20301105">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X20301105</a>  |

**FICHA N° 14.**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>TITULO</b>       | Resucitación en un asilo de ancianos versus en la comunidad después de un paro cardíaco: resultados comparativos y factores de riesgo  |
| <b>AUTORES</b>      | Keita Shibahashi, Satoshi Sakurai, Kazuhiro Sugiyama, Takuto Ishida, Yuichi Hamabe   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>  | 2022, Japón  |
| <b>OBJETIVO</b>     | Investigar las características y los resultados de los pacientes que experimentaron un paro cardíaco en hogares de ancianos en comparación con los de residencias privadas y determinar los factores pronósticos de supervivencia.   |
| <b>METODOLOGIA</b>  | Este fue un estudio retrospectivo que analizó datos de un registro estilo Utstein del Departamento de Bomberos de Tokio.   |
| <b>RESULTADOS</b>   | En total, se analizaron 37 550 registros de pacientes (grupo de hogar de ancianos = 6271; grupo de residencia privada = 31 279). Los pacientes en el grupo de hogares de ancianos eran significativamente mayores y con mayor frecuencia habían presenciado un paro, reanimación cardiopulmonar (RCP) por parte de un transeúnte y administración de descargas con un desfibrilador externo automático. La tasa de supervivencia de 1 mes fue significativamente mayor en el grupo de hogares de ancianos (2,6 % frente a 1,8 %, $P < 0,001$ ). En el mejor escenario (llamada de emergencia durante el día, paro cardíaco presenciado, RCP brindada por un transeúnte), la tasa de supervivencia de 1 mes después del paro cardíaco en el grupo de hogares de ancianos fue del 8,0 % (intervalo de confianza del 95 %: 6,4–9,9 %), mientras que ninguno sobrevivió si no tenían RCP de testigos ni de espectadores. |
| <b>CONCLUSIONES</b> | El resultado de supervivencia fue significativamente mejor en el grupo de hogar de ancianos que en el grupo de residencia privada y estuvo bien estratificado por 3 factores pronósticos: tiempo de  |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | llamada de emergencia, estado presenciado y provisión de RCP por parte de los transeúntes.  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Los resultados sugieren que la decisión de suspender un tratamiento vigoroso basándose únicamente en el estado residencial de un hogar de ancianos no está justificada, mientras que la finalización de la reanimación puede determinarse considerando factores pronósticos significativos. |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861021008240">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861021008240</a>   |

**FICHA N° 15.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Factores de riesgo de parada cardiaca periintubación en un servicio de urgencias pediátricas  |
| <b>AUTORES</b>     | Pokrajac, Nicolás MD ; Sbiroli, Emily MD; Hollenbach, Kathryn A.; Kohn, Michael A. ; Contreras, Edwin; Murray, Mateo.   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2022, Estados Unidos, Stanford  |
| <b>OBJETIVO</b>    | Identificar factores de riesgo para PICA entre pacientes sometidos a ETI emergente en un servicio de urgencias pediátrico.  |
| <b>METODOLOGIA</b> | Estudio anidado de casos y controles dentro de la cohorte de niños que se sometieron a ETI emergente en nuestro servicio de urgencias pediátricas durante un período de 9 años. Los casos fueron niños con PICA dentro de los 20 minutos de ETI. Los controles (4 por caso) fueron niños seleccionados al azar sin PICA después de ETI. Analizamos los factores de riesgo potenciales en función de los datos publicados y la plausibilidad fisiológica y creamos un modelo de riesgo simple utilizando resultados univariados, estadísticas de ajuste del modelo y juicio clínico. |
| <b>RESULTADOS</b>  | En la cohorte de pacientes sometidos a ETI, PICA ocurrió en 21 de 543 sujetos (3,9 %; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 2,2–  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | 5,9 %), con retorno de la circulación espontánea en 16 de 21 (76,2 %; IC del 95 %, 52,8–91,8 %) y supervivencia hasta el alta en 12 de 21 (57,1 %; IC 95 %, 34,0–78,2 %). En el análisis univariado, era más probable que los casos fueran más jóvenes, tuvieran tiempo de llenado capilar retrasado, hipotensión sistólica o diastólica, hipoxia, más de un intento de intubación, no usaran sedantes ni paralizantes y enfermedad pulmonar en comparación con los controles. Nuestro modelo de riesgo de 4 categorías para PICA combinó hipoxia previa a la intubación (o un valor de oximetría de pulso inobtenible) y menores de 1 año. El área bajo la curva característica operativa del receptor para este modelo fue de 0,87 (IC 95 %, 0,77–0,97). |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | La hipoxia (o un valor de oximetría de pulso no obtenible) fue el predictor más fuerte de PICA entre los niños después de una ETI emergente en nuestra muestra.  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Un modelo de riesgo simple que combinaba hipoxia pre-ETI y menores de 1 año mostró una discriminación excelente en esta muestra.   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32576791/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32576791/</a>  |

#### FICHA N° 16.

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Hallazgos de una intervención de liderazgo clínico en tándem para la atención del paro cardíaco en el departamento de emergencias durante la pandemia de COVID-19 |
| <b>AUTORES</b>     | Harman S. Gill, Phuong H. Nguyen, Kayla A. Fay, Frank DelGaudio, Matthew Roginski, Patricia Ruth Atchinson, Evie Marcolini,                                       |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2022, Estados Unidos, Hanover   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>OBJETIVO</b>           | Presentar la intervención de liderazgo clínico en tándem para la atención del paro cardíaco en el departamento de emergencias durante la pandemia de COVID-19  |
| <b>METODOLOGIA</b>        | El estudio es un análisis univariado mediante la prueba t de Student evaluaron la efectividad de esta intervención educativa con la comodidad del médico como líderes del equipo y el conocimiento percibido como resultados primarios en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).  |
| <b>RESULTADOS</b>         | En 83 de 95 participantes en total, nuestro resultado primario de comodidad del médico en el papel de líder del equipo mejoró de un valor medio de 3,41 (DE: 1,23) antes de la intervención a 4,11 (DE: 0,88) con un valor de $p < 0,001$ después de la intervención. Se observaron hallazgos similares y estadísticamente significativos en la comodidad del médico en todos los subgrupos excepto en los médicos tratantes y los APP. El conocimiento percibido aumentó de un valor medio de 3,54 (DE: 1,06) antes de la intervención a un valor medio de 4,24 (DE: 0,67) con una $p$ -valor $< 0,001$ post intervención. Se observaron hallazgos similares y estadísticamente significativos en el conocimiento percibido en todos los subgrupos, excepto en los de APP. Las respuestas se registraron en la categoría totalmente de acuerdo o de acuerdo con respecto a la saturación de tareas (89 %), la seguridad del procedimiento (93 %) y la prevención de errores (71 %) en todos los médicos después de la intervención. |
| <b>CONCLUSIONES</b>       | La investigación piloto de la efectividad de una intervención educativa de un nuevo protocolo de CPA en el servicio de urgencias durante la pandemia de COVID-19 alcanzó significación estadística con respecto a la comodidad del médico en roles de liderazgo compartidos y conocimiento percibido.  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b> | Estos hallazgos sugieren que el protocolo se puede enseñar y utilizar rápidamente y se puede difundir de manera eficiente  |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
|                               | entre los médicos de urgencias de diversa experiencia, especialmente en entornos pandémicos. Se justifica más trabajo sobre la efectividad de este nuevo protocolo en escenarios de paro cardíaco de la vida real. |
| <b>FUENTE</b><br>(enlace web) | <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721008664">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721008664</a>  |

**FICHA N° 17.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Prevención del paro cardíaco en la unidad de cuidados intensivos cardíacos pediátricos a través de la colaboración multicéntrica  |
| <b>AUTORES</b>     | Jeffrey Alten; David S. Cooper; Dr. Darren Klugman et al.   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2022, Estados Unidos  |
| <b>OBJETIVO</b>    | Determinar si un paquete de prácticas de prevención de paro cardíaco (CAP) de baja tecnología disminuye la tasa de IHCA.  |
| <b>METODOLOGIA</b> | Las tasas de incidencia de IHCA ajustadas por riesgo se analizaron en 2 períodos de tiempo, 12 meses (línea de base) y 18 meses después de la implementación del CAP (intervención) utilizando la regresión de diferencias en diferencias (DID) para comparar 15 CAP y 16 hospitales de control PC4 que optaron por no participar en CAP pero tenían tasas de IHCA rastreadas en el registro PC4. Los datos se recopilieron de julio de 2018 a diciembre de 2019, |
| <b>RESULTADOS</b>  | El paquete se activó en 2664 de 10 510 ingresos hospitalarios del CAP (25,3%); las características de admisión fueron similares en todos los períodos de estudio. Hubo una reducción relativa del 30 % en la tasa de incidencia de IHCA ajustada por riesgo en los hospitales CAP (período de intervención: 2,6 %; IC del 95 %, 2,2 a 2,9; línea de base: 3,7 %; IC del 95 %, 3,1 a   |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | <p>4,0), pero ningún cambio en hospitales de control (período de intervención: 2,7 %; IC del 95 %, 2,3-2,9; línea de base: 2,7 %; IC del 95 %, 2,2-3,0). El análisis DID confirmó probabilidades significativamente reducidas de IHCA entre todas las admisiones en los hospitales CAP en comparación con los hospitales de control durante el período de intervención frente al inicio (odds ratio, 0,72; IC del 95 %, 0,56-0,91; P = .01). Los odds-ratios de TID fueron 0,72 (IC del 95 %, 0,53 a 0,98) para el subgrupo quirúrgico, 0,74 (IC del 95 %, 0,48 a 1,14) para el subgrupo médico y 0,72 (IC del 95 %, 0,50 a 1,03) para el grupo de alto riesgo. subgrupo de ingreso en hospitales de la CAP tras la intervención. La tasa de mortalidad por todas las causas ajustada al riesgo no cambió después de la intervención.</p> |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | <p>La implementación de este paquete CAP condujo a una reducción significativa de IHCA en múltiples UCIC pediátricas. Los estudios futuros pueden determinar si este paquete puede ser efectivo en otras poblaciones en estado crítico.</p>   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | <p>El estudio ofrece aportes en la prevención de la prevención de paro cardíaco.</p>  |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <p><a href="https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2793938">https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2793938</a></p>  |

**FICHA N° 18.**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>TITULO</b> | <p>Factores asociados con la supervivencia hospitalaria posterior a un paro cardíaco en un hospital de referencia en Uganda</p> |
|---------------|---|

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>AUTORES</b>      | Alum, Rachel Aguma; Kiwanuka, Joseph Kyobe; Nakku, Doreen; Kakande, Elijah Ronald; Nyaiteera, Victoria; Ttendo, Stephen Senyonjo   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>  | 2022, Uganda   |
| <b>OBJETIVO</b>     | Describir la supervivencia posterior al paro cardíaco, los factores asociados y el resultado neurológico en un hospital en el suroeste de Uganda.  |
| <b>METODOLOGIA</b>  | Estudio descriptivo en el que se realiza un seguimiento de pacientes con AC resucitados de cualquiera de las ubicaciones seleccionadas del hospital en el Hospital Regional de Referencia de Mbarara en el suroeste de Uganda.   |
| <b>RESULTADOS</b>   | Un total de 74 participantes se inscribieron durante 8 meses. La supervivencia a los siete días fue del 14,86%. Ocho de los 11 supervivientes tenían una puntuación de CPC de 1 siete días después de la AC. El ingreso con trauma se asoció con una mayor mortalidad con un cociente de riesgos instantáneos (HR) ajustado de 4,06; Intervalo de confianza (IC) del 95 %, 1,19–13,82. En comparación con la sala de urgencias, el HR para el índice CA en el quirófano, la UCI y la sala de pediatría fue de 0,15; IC del 95 %, 0,05–0,45; 0,67; IC del 95 %, 0,32–1,40 y 0,65; IC del 95 %, 0,25–1,69, respectivamente. En comparación con la reanimación cardiopulmonar (RCP) <10 minutos, la HR para la duración de la RCP entre 10 y 20 minutos fue de 2,26; IC del 95 %, 0,78–3,24 y durante >20 minutos fue 2,26; IC del 95 %, 1,12–4,56. La prevención de la hipotensión después de ROSC se asoció con una disminución de la mortalidad con un HR de 0,23; IC del 95 %, 0,08–0,58. |
| <b>CONCLUSIONES</b> | Mientras que la supervivencia a los 7 días de los pacientes con CA reanimados en el Hospital Regional de Referencia  |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | de Mbarara (MRRH) fue baja, los supervivientes tuvieron un buen resultado neurológico   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | De acuerdo al estudio el paro cardíaco en el quirófano, la RCP <20 minutos y la prevención de la hipotensión posterior a la parada parecieron estar asociadas con la supervivencia. |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35877819/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35877819/</a>   |

### FICHA N° 19.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>TITULO</b>      | Desarrollo y validación de una nueva herramienta de triaje para la predicción de la parada cardíaca en el servicio de urgencias  |
| <b>AUTORES</b>     | Tsai, Chu-Lin ;Lu, Tsung-Chien ;Colmillo, Cheng-Chung ;Wang, Chih-Hung ;Lin, Jia-Tú ;Chen, Wen-Jone ;Huang, Chien Hua  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2022, Taiwan   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Estimar la incidencia de IHCA basado en el ED y desarrollar y validar una nueva herramienta de clasificación, la puntuación de paro cardíaco en el hospital del departamento de emergencias (EDICAS), para predecir IHCA basado en el ED.  |
| <b>METODOLOGIA</b> | Es un estudio de cohorte retrospectivo, utilizó datos de almacenamiento clínico electrónico de un centro médico terciario con aproximadamente 100 000 visitas al servicio de urgencias por año.  |
| <b>RESULTADOS</b>  | Se incluyeron un total de 325.502 pacientes adultos con urgencias. De estos pacientes, 623 (0,2%) desarrollaron IHCA basado en ED. El EDICAS, que incluye la edad y el modo de llegada y categoriza los signos vitales con puntos de corte |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | <p>simples, mostró una discriminación excelente (área bajo la curva característica operativa del receptor [AUROC], 0,87) y mantuvo su capacidad discriminadora (AUROC, 0,86) en la validación cruzada. Las puntuaciones de alerta temprana desarrolladas previamente mostraron un AUROC más bajo (0,77 para la puntuación de alerta temprana modificada y 0,83 para la puntuación de alerta temprana nacional) cuando se aplicaron a nuestra población de urgencias.</p> |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | <p>El paro cardíaco intrahospitalario en el servicio de urgencias es relativamente poco frecuente. Desarrollamos y validamos internamente una herramienta novedosa para predecir IHCA inminente en el servicio de urgencias.</p>   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | <p>Se justifican estudios futuros para determinar si esta herramienta podría ganar tiempo para identificar pacientes de alto riesgo y reducir potencialmente la IHCA basada en el ED.</p>  |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <p><a href="https://doi.org/10.5811/westjem.2021.8.53063">https://doi.org/10.5811/westjem.2021.8.53063</a></p>   |

**FICHA N° 20.**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>TITULO</b>      | <p>La relación entre el conocimiento y la autoeficacia de las enfermeras con respecto al inicio temprano de la reanimación cardiopulmonar y la desfibrilación automática en Arabia Saudita.</p>  |
| <b>AUTORES</b>     | <p>Zainah D Alaryani, Aisha Alhafaian, Mona Elhady.</p>  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | <p>2021, Arabia Saudita</p>  |
| <b>OBJETIVO</b>    | <p>Evaluar la relación entre el conocimiento y la autoeficacia de los enfermeros sobre el inicio temprano de la RCP y la desfibrilación automática de pacientes con paro cardíaco.</p>   |
| <b>METODOLOGIA</b> | <p>El estudio empleó una encuesta transversal, descriptiva, correlacional. Utilizando un muestreo de conveniencia, se seleccionaron doscientas ochenta y siete enfermeras que trabajan en áreas críticas y departamentos de pacientes hospitalizados y</p> |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | ambulatorios, Hospital Universitario Rey Abdulaziz (KAUH), Arabia Saudita.   |
| <b>RESULTADOS</b>          | En general, el 61,3% de los participantes tenían conocimiento moderado ( $13,659 \pm 2,175$ ) y el 63,8% tenían autoeficacia alta ( $44,627 \pm 58,397$ ). El dominio más alto de autoeficacia fue responder y rescatar, mientras que el dominio más bajo fue informar y registrar. Hubo una relación positiva significativa entre el conocimiento y la autoeficacia ( $p < 0,001$ ; $r = 0,207$ ).  |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | La relación positiva explica un alto nivel de autoeficacia si existe un alto nivel de conocimiento. Por lo tanto, se recomienda que los programas de enfermería apliquen currículos de RCP y desfibrilación automática durante las pasantías de enfermeras, políticas y procedimientos claros sobre RCP y desfibrilación automática, actualizaciones continuas sobre RCP y desfibrilación automática, y conocimiento y capacitación continua (capacitación en el trabajo) sobre RCP y desfibrilación automática, que pueden mejorar y mejorar el conocimiento y la autoeficacia entre los trabajadores de la salud, especialmente para las enfermeras. |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | De acuerdo al estudio la autoeficacia y el conocimiento se consideran factores significativos que afectan el inicio temprano de la RCP y la desfibrilación automática.   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://doi.org/10.33546/bnj.1670">https://doi.org/10.33546/bnj.1670</a>  |

### FICHA N° 21.

|               |   |
|---------------|---|
| <b>TITULO</b> | Características del vecindario, uso del desfibrilador externo automático por parte de los transeúntes y resultados de los pacientes en un paro cardíaco extrahospitalario público |
|---------------|---|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>AUTORES</b>             | Lars Andersen, Mathias J. Holmberg, Asger Granfeldt, bo lofgren, Kimberly Vellano, Bryan F. McNally, bob asedio, tobias kurth, Michael W. Donnino, Grupo de Vigilancia CARES   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>         | 2018, Dinamarca  |
| <b>OBJETIVO</b>            | Conocer si las características del vecindario están asociadas con el uso de DEA. Identificar la asociación entre el uso de AED y los resultados que no ha sido bien caracterizada para todos los OHCA públicos (es decir, con o sin descarga).   |
| <b>METODOLOGIA</b>         | Para la metodología se incluyó OHCA públicos, que no respondieron al 911, registrados en el Registro de paro cardíaco para mejorar la supervivencia (CARES) entre 2013 y 2016.   |
| <b>RESULTADOS</b>          | Se incluyeron 25.182 OHCA. Varias características del vecindario, incluida la proporción de personas que viven solas, la proporción de personas blancas y la proporción con un título de escuela secundaria o superior, se asociaron con el uso de DEA por transeúntes. Se incluyeron 5132 OHCA en la cohorte emparejada por puntaje de propensión. El uso de DEA por parte de los transeúntes se asoció con un mayor riesgo de un resultado funcional favorable (35 % frente a 25 %, diferencia de riesgos: 9,7 % [intervalo de confianza del 95 %: 7,2 %, 12,2 %], cociente de riesgos: 1,38 [intervalo de confianza del 95 %: 1.27, 1.50]). |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | Las características específicas del vecindario se asociaron con el uso de DEA por transeúntes en OHCA. El uso de DEA por parte de los transeúntes se asoció con un aumento en el resultado funcional favorable.  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | De acuerdo al estudio esto se debió a mayores resultados funcionales favorables con el uso de DEA en pacientes con ritmos desfibrilables (58 % frente a 39 %), pero no en pacientes con ritmos no desfibrilables (10 % frente a 10 %).   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29477731/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29477731/</a>  |

**FICHA N° 22.**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>TITULO</b>       | Aplicación de almohadilla de desfibrilador externo automatizado de acceso público y resultado neurológico favorable después de un paro cardíaco extrahospitalario en lugares públicos: un estudio prospectivo basado en la población con puntuación de propensión  |
| <b>AUTORES</b>      | Takefumi Kishimori, Takeyuki Kiguchi, Kosuke Kiyohara, Tasuku Matsuyama, Haruka Shida, Chika Nishiyama, Daisuke Kobayashi, Satoe Okabayashi, Tomonari Shimamoto, Sumito Hayashida, Tetsuhisa Kitamura, Takashi Kawamura, Taku Iwami.   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>  | Japón, 2020  |
| <b>OBJETIVO</b>     | Evaluar el efecto del uso de DEA de acceso público para pacientes con OHCA considerando el primer ritmo documentado (descargable o no desfibrilable) en lugares públicos.  |
| <b>METODOLOGIA</b>  | Del registro estilo Utstein en la ciudad de Osaka, Japón, obtuvimos información sobre pacientes adultos con OHCA de origen médico en lugares públicos antes de la llegada del personal del servicio médico de emergencia entre 2011 y 2015.  |
| <b>RESULTADOS</b>   | Entre 1743 pacientes elegibles, un total de 336 (19,3 %) pacientes recibieron aplicación de parches DEA de acceso público. La proporción de pacientes que sobrevivieron 1 mes con un resultado neurológico favorable fue significativamente mayor en el grupo de aplicación de toallas sanitarias que en el grupo sin aplicación de toallas sanitarias (29,8 % frente a 9,7 %; razón de probabilidad ajustada [AOR], 2,85; intervalo de confianza del 95 % [IC], 1,73-4,68, AOR después del emparejamiento por puntuación de propensión, 2,46; IC del 95 %, 1,29-4,68). En un análisis de subgrupos, los AOR de los pacientes con ritmos desfibrilables o no desfibrilables fueron 3,36 (IC del 95 %, 1,78 a 6,35) y 2,38 (IC del 95 %, 0,89 a 6,34), respectivamente. |
| <b>CONCLUSIONES</b> | La aplicación del parche del DEA en el acceso público se asoció con un mejor resultado entre los pacientes con OHCA de origen  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | médico en lugares públicos, independientemente del primer ritmo documentado.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Los ensayos controlados aleatorios o los estudios observacionales demostraron que el uso de desfibriladores externos automáticos (DEA) de acceso público fue efectivo para pacientes con paro cardíaco extrahospitalario (OHCA). Sin embargo, no está claro si el uso de DEA de acceso público es efectivo para todos los pacientes con OHCA, independientemente del primer ritmo documentado. |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31400888/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31400888/</a>  |

**FICHA N° 23.**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>TITULO</b>      | Aplicación de desfibrilador externo automático de espectador en paro cardíaco extrahospitalario no desfibrilador   |
| <b>AUTORES</b>     | Ross A Pollack, Siobhan P Brown, Susana mayo, Tom Real, Peter J. Kudenchuk, Myron L. Weisfeldt.  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2019, Estados Unidos   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Determinar una proporción cada vez mayor de pacientes con OHCA presentan ritmos no desfibrilables, entre los cuales se desconoce el beneficio de la aplicación de DEA.   |
| <b>METODOLOGIA</b> | Realizamos un análisis retrospectivo de adultos con OHCA no traumática, pública, presenciada por transeúntes y no susceptible de descarga que ocurrió entre 2005 y 2015 en 9 ubicaciones que participan en el Consorcio de resultados de reanimación.  |
| <b>RESULTADOS</b>  | Entre 2809 pacientes con público no desfibrilable, testigos de OHCA, al 8,4% se les aplicó un DEA. La RCP se realizó con más frecuencia en el grupo al que se le aplicó DEA (99 % frente al 51 % de los pacientes, $p < 0,001$ ). Entre los pacientes en los que no se aplicó DEA, el 39,8 % tenía algún ROSC prehospitalario, el 29,6 % tenía pulso al llegar al SU y el 11,1 % sobrevivió al alta hospitalaria frente al 44,1 %, 29,6 % y 9,7 %, |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | respectivamente, con aplicación de DEA. Después del ajuste por las variables de Utstein excluyendo la RCP por parte del espectador, el OR para la supervivencia al alta hospitalaria para la aplicación de DEA fue de 0,90 (IC del 95 %: 0,57-1,42); cuando se ajustó por la mayor frecuencia de RCP en el grupo AED, el OR fue 0,92 (IC 95%: 0,57-1,47). |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | La aplicación de un DEA en OHCA presenciado por público no desfibrilable se asoció con una mayor frecuencia de RCP por parte de los transeúntes. Las probabilidades de ROSC prehospitalario, pulso a la llegada al SU y supervivencia al alta hospitalaria no se vieron alteradas por la aplicación de un DEA.  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Los resultados se compararon entre pacientes con OHCA no desfibrilables en los que se aplicó o no un DEA transeúnte.  |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30790694/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30790694/</a>   |

**FICHA N° 24.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | Uso del desfibrilador externo automático por parte de un espectador y resultados clínicos después de un paro cardíaco extrahospitalario: una revisión sistemática y un metanálisis  |
| <b>AUTORES</b>     | Mathias J. Holmberg, Mikael Vognsen, Mikkel Andersen, Michael W. Donnino, Lars Andersen   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2017, Estados Unidos.   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Revisar sistemáticamente los estudios que comparan el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) por parte de los transeúntes con ningún uso de un DEA con respecto a los resultados clínicos en el paro cardíaco extrahospitalario (OHCA). |
| <b>METODOLOGIA</b> | Se realizaron metanálisis para pacientes con todos los ritmos, ritmos desfibrilables y ritmos no desfibrilables.  |
| <b>RESULTADOS</b>  | Se incluyeron cuarenta y cuatro estudios observacionales, tres ensayos aleatorizados y trece estudios de rentabilidad. El   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | <p>metanálisis de 6 estudios observacionales sin riesgo crítico de sesgo mostró que el uso de DEA por parte de los transeúntes se asoció con la supervivencia hasta el alta hospitalaria (todos los ritmos OR: 1,73 [IC del 95 %: 1,36, 2,18], ritmos desfibrilables OR: 1,66 [IC del 95 %: 1,54, 1,79]) y resultado neurológico favorable (todos los ritmos OR: 2,12 [IC 95%: 1,36, 3,29], ritmos desfibrilables OR: 2,37 [IC 95%: 1,58, 3,57]). No hubo asociación entre el uso de DEA por transeúntes y el resultado neurológico para ritmos no desfibrilables (OR: 0,76 [IC 95%: 0,10, 5,87]). El ensayo de desfibrilación de acceso público encontró tasas de supervivencia más altas cuando los voluntarios estaban equipados con DEA.</p> |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | <p>La evidencia respalda la asociación entre el uso de DEA por transeúntes y mejores resultados clínicos, aunque la calidad de la evidencia fue de baja a muy baja.</p>  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | <p>Los otros ensayos no encontraron diferencias en la supervivencia, aunque sus contextos de estudio difirieron. La calidad de la evidencia fue baja para los ensayos aleatorios y muy baja para los estudios observacionales. Los DEA fueron rentables en entornos con alta incidencia de paro cardíaco, y la mayoría de los estudios informaron proporciones &lt; \$ 100,000 por años de vida ajustados por calidad.</p>   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28888810/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28888810/</a></p>   |

**FICHA N° 25.**

|                |   |
|----------------|---|
| <b>TITULO</b>  | <p>Impacto del uso del desfibrilador externo automático por parte de los transeúntes en la supervivencia y los resultados funcionales en los paros cardíacos públicos observados susceptibles de descarga</p> |
| <b>AUTORES</b> | <p>Ross A Pollack, Siobhan P Brown, Tomas Rea, Tom Aufderheide, David Barbic, jason e buick, jim christenson, Ahamed H Idris, jamie jasti, Michael Kampp, Pedro Kudenchuk, susana mayo,</p>                   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | marc muhr, graham nichol, José P Ornato, Jorge Sopko, Christian Vaillancourt, laurie morrison, miron weisfeldt, Investigadores de la República de China   |
| <b>AÑO Y LUGAR</b>        | 2018, Estados Unidos  |
| <b>OBJETIVO</b>           | Determinar la asociación del uso de desfibriladores externos automáticos por parte de los transeúntes con la supervivencia y los resultados funcionales en OHCA públicos observados susceptibles de descarga.   |
| <b>METODOLOGIA</b>        | De 2011 a 2015, el Consorcio de resultados de reanimación recopiló prospectivamente información detallada sobre todos los paros cardíacos en 9 centros regionales. Las exposiciones fueron la administración de descargas por un desfibrilador externo automático aplicado por un transeúnte en comparación con la desfibrilación inicial por parte de los servicios médicos de emergencia.   |
| <b>RESULTADOS</b>         | Entre 49 555 OHCA, se analizaron 4115 (8,3%) OHCA públicos observados, de los cuales 2500 (60,8%) fueron desfibrilables. Se aplicó una descarga a los transeúntes en el 18,8% de las detenciones sujetas a descargas. Los pacientes que recibieron descargas por parte de un transeúnte tenían una probabilidad significativamente mayor de sobrevivir hasta el alta (66,5 % frente a 43,0 %) y ser dados de alta con un resultado funcional favorable (57,1 % frente a 32,7 %) que los pacientes que inicialmente recibieron descargas por parte de los servicios médicos de emergencia. Después de ajustar por predictores conocidos del resultado, el cociente de probabilidades asociado con una descarga de un transeúnte fue de 2,62 (intervalo de confianza del 95 %, 2,07-3,31) para la supervivencia hasta el alta hospitalaria y de 2,73 (intervalo de confianza del 95 %, 2,17-3,44) para el alta con resultados funcionales favorables. |
| <b>CONCLUSIONES</b>       | El uso de un desfibrilador externo automático por parte de los transeúntes antes de la llegada de los servicios médicos de emergencia en un OHCA público observado en condiciones de desfibrilación se asoció con una mejor supervivencia y resultados funcionales.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b> | El énfasis continuo en los programas públicos de utilización de desfibriladores externos automatizados puede mejorar aún más los resultados de OHCA asimismo, el beneficio de la conmovición de los transeúntes aumentó progresivamente a medida que el tiempo de respuesta de los servicios médicos de emergencia se hizo más largo.   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>FUENTE<br/>(enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29483086/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29483086/</a> |
|--------------------------------|---|

**FICHA N° 26.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>TITULO</b>      | La accesibilidad del desfibrilador externo automático es crucial para la desfibrilación y la supervivencia de los transeúntes: un estudio basado en registros   |
| <b>AUTORES</b>     | Lena Karlsson, Carolina Malta Hansen, Mads Wissenberg, Steen Moller Hansen, Freddy K Lippert, Shahzleen Rajan, Kristian Kragholm, Sidsel G Moller, Kathrine Bach Sondergaard, Gunnar H Gislason, Christian Torp Pedersen, Fredrik Folke.  |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2019, Dinamarca   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Examinamos las asociaciones entre la accesibilidad del DEA, en el momento de un paro cardíaco extrahospitalario (OHCA), la desfibrilación de un transeúnte y la supervivencia a los 30 días, así como la cobertura del DEA según las ubicaciones del DEA.   |
| <b>METODOLOGIA</b> | En este estudio basado en registros, identificamos todos los OHCA registrados por unidades móviles de atención de emergencia en Copenhague, Dinamarca (2008-2016). La información sobre los DEA registrados (2007-2016) se obtuvo de la red nacional danesa de DEA.   |
| <b>RESULTADOS</b>  | De 2500 OHCA, el 22,6% (n = 566) estaban cubiertos por un DEA registrado. En el momento de la OHCA, menos del 50 % de estos DEA eran accesibles (n = 276). Los OHCA cubiertos por un DEA accesible tenían casi tres veces más probabilidades de recibir desfibrilación por parte de un transeúnte (accesible: 13,8 % frente a inaccesible: 4,8 %, p < 0,001) y el doble de probabilidades de lograr una supervivencia de 30 días (accesible: 28,8 % frente a inaccesible: 16,4%, p < 0,001). Entre los OHCA presenciados por transeúntes con ritmos cardíacos susceptibles de descarga (DEA accesibles frente a inaccesibles), las tasas de desfibrilación de los |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | transeúntes fueron del 39,8 % frente al 20,3 % ( $p = 0,01$ ) y las tasas de supervivencia a los 30 días fueron del 72,7 % frente al 44,1 % ( $p < 0,001$ ) .  |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | La posibilidad de que un transeúnte desfibrilara se triplicó y la supervivencia a los 30 días casi se duplicó cuando el DEA más cercano era accesible, en comparación con inaccesible, en el momento de la OHCA, lo que subraya la importancia de la accesibilidad sin obstáculos del DEA.   |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Se garantiza la optimización de la ubicación y accesibilidad del desfibrilador externo automático (DEA). La mayoría de los OHCA estaban cubiertos por DEA en oficinas (18,6 %), escuelas (13,3 %) e instalaciones deportivas (12,9 %), cada uno con una pérdida de cobertura $>50$ %, debido a la accesibilidad limitada de los DEA. |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30682401/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30682401/</a>  |

#### FICHA N° 27.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>TITULO</b>      | Asociación de iniciativas de salud pública con resultados para el paro cardíaco extrahospitalario en el hogar y en lugares públicos  |
| <b>AUTORES</b>     | Christopher B Fordyce, Carolina M Hansen, Kristian kragholm, Mateo E Dupre, James G. Jollis, Mayme L Roettig, Lanza B Becker, Steen m Hansen, Tomoya T Hinohara, Claire C. Corbett, Monje Lisa, R Darrell Nelson, David Pearson, Clark Tyson, Sean van Diepen, Monique Anderson, Bryan McNally, Christopher B. Granger |
| <b>AÑO Y LUGAR</b> | 2017, Estados Unidos   |
| <b>OBJETIVO</b>    | Describir las tendencias temporales en la reanimación cardiopulmonar (RCP) por parte de los transeúntes y la desfibrilación del personal de primera respuesta para los OHCA estratificados por ubicación en el hogar frente a la ubicación   |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | pública y su asociación con la supervivencia y los resultados neurológicos.   |
| <b>METODOLOGIA</b>         | El estudio fue observacional y revisó 8269 pacientes con OHCA (5602 [67,7 %] en el hogar y 2667 [32,3 %] en público) a quienes se intentó la reanimación utilizando datos del Registro de paro cardíaco para mejorar la supervivencia (CARES) desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014. El escenario fue 16 condados de Carolina del Norte.   |
| <b>RESULTADOS</b>          | Entre los pacientes de OHCA en el hogar (n = 5602). Después de iniciativas integrales de salud pública, la proporción de pacientes que recibieron RCP por testigos aumentó en el hogar (del 28,3 % [275 de 973] al 41,3 % [498 de 1206], P < 0,001) y en público (del 61,0 % [275 de 451] a 70,5 % [424 de 601], P = 0,01). En comparación con la RCP y la reanimación iniciadas por los servicios médicos de emergencia, los pacientes con OHCA en el hogar tenían significativamente más probabilidades de sobrevivir hasta el alta hospitalaria si recibían RCP iniciada por un transeúnte y desfibrilación por parte del personal de primera respuesta (odds ratio, 1,55; IC del 95 %, 1,01-2,38). Los pacientes con paros en público tenían más probabilidades de sobrevivir si recibían RCP iniciada por un transeúnte y desfibrilación (odds ratio, 4,33; IC del 95 %, 2,11-8,87). |
| <b>CONCLUSIONES</b>        | Después de iniciativas coordinadas e integrales de salud pública, más pacientes recibieron RCP y desfibrilación por parte de los primeros en brindar respuesta en el hogar y en público, lo que se asoció con una mejor supervivencia.  |
| <b>APORTE DEL ESTUDIO</b>  | Los pacientes fueron estratificados por OHCA doméstico versus público. Las iniciativas de salud pública para mejorar las intervenciones de los transeúntes y los socorristas incluyeron capacitar a miembros de la población general en RCP y en el uso de desfibriladores externos automáticos, enseñar a los socorristas sobre RCP en equipo (p. ej., uso de desfibriladores externos automáticos y RCP de alto rendimiento), e instruir a los centros de despacho sobre el reconocimiento de un paro cardíaco.   |
| <b>FUENTE (enlace web)</b> | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28979980/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28979980/</a>   |

Tabla N° 1  
Artículos según año de publicación

| <b>AÑO</b>   | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|--------------|-----------|-------------|
| 2017         | 2         | 7%          |
| 2018         | 6         | 22%         |
| 2019         | 6         | 22%         |
| 2020         | 3         | 11%         |
| 2021         | 4         | 15%         |
| 2022         | 6         | 22%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>27</b> | <b>100%</b> |

Tabla N° 2  
Estudios realizados según país

| <b>PAÍS</b>    | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|----------------|-----------|-------------|
| Arabia Saudita | 1         | 4%          |
| Corea del Sur  | 2         | 7%          |
| Croacia        | 1         | 4%          |
| Cuba           | 2         | 7%          |
| Dinamarca      | 3         | 11%         |
| Ecuador        | 1         | 4%          |
| España         | 1         | 4%          |
| Estados Unidos | 8         | 30%         |
| Japón          | 3         | 11%         |
| Suecia         | 2         | 7%          |
| Taiwan         | 2         | 7%          |
| Uganda         | 1         | 4%          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>27</b> | <b>100%</b> |

Tabla N° 3  
Artículos según base de datos

| <b>BASE DE DATOS</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|----------------------|-----------|-------------|
| BMC                  | 1         | 3,7%        |
| BMJ                  | 1         | 3,7%        |
| Belitung Nursing     | 1         | 3,7%        |
| JAMA                 | 1         | 3,7%        |
| MedMay               | 1         | 3,7%        |
| PubMed               | 12        | 44,4%       |
| Pucese               | 1         | 3,7%        |
| Scielo               | 1         | 3,7%        |
| ScienceDirect        | 8         | 29,6%       |
| <b>TOTAL</b>         | <b>27</b> | <b>100%</b> |

Tabla N° 4  
Artículos según ámbito de atención

| <b>ÁMBITO DE ATENCIÓN</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Pre hospitalario          | 19        | 70%         |
| Intra hospitalario        | 8         | 30%         |
| <b>TOTAL</b>              | <b>27</b> | <b>100%</b> |