



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE RCP AVANZADO EN
LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO DE UNA CLINICA DE LIMA
METROPOLITANA**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista
en Enfermería en Centro Quirúrgico Especializado**

Investigadoras

LIC. DIAZ MARILUZ MELISSA DAYANNA

LIC GALLARDO ROVAN MAYRA DENISSE

LIC. MAMANI GARCÍA ROXANA

Asesora

Mg. María Ángela Fernández Pacheco

Lima – Perú

2018

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1. Formulación del problema	8
1.2. Justificación	8
CAPITULO II: PROPOSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	
2.1 Propósito	9
2.2 Objetivos	9
CAPITULO III: MARCO TEORICO	
3.1 Antecedente	11
3.2 Base Teórica	13
3.3 Operacionalización de Variables	19
CAPITULO IV: MATERIAL Y METODO	
4.1 Tipo y diseño de estudio	21
4.2 Área de estudio	21
4.3 Población	22
4.4 Criterios de inclusión	22
4.5 Criterios de exclusión	22
4.6 Técnica e Instrumento de recolección de datos	22
4.7 Procedimiento de recolección de datos	23
CAPITULO V: CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVA	
5.1 Principios éticos	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
ANEXOS	
Consentimiento informado	28
Algoritmo RCP avanzado	31
Cuestionario	32
Guía de observación de práctica de RCP básico y Avanzado	39
Medición de la variable escala de staninos	43
Medición de la variable por intervalos de categorización	44

RESUMEN

El paro cardiorrespiratorio se considera un principal problema de salud a lo cual nos enfrentamos, es una emergencia médica que será reversible si el paciente es reanimado correctamente y en el menor tiempo posible. Según la Organización Mundial de la Salud, el incremento del sedentarismo, hipertensión y tabaquismo, nos conduce a las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que nos puede llevar repentinamente a un paro cardiorrespiratorio, necesiéndose así las maniobras de reanimación para revertir la muerte súbita. De esto surge la necesidad de la presente investigación que tuvo como objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y prácticas de la reanimación cardiopulmonar avanzada en las enfermeras de Centro Quirúrgico de una clínica de lima metropolitana. El tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; estando la población constituida por enfermeras que laboran en el área de centro quirúrgico: Sala de operaciones, sala de recuperación y central de esterilización. Se aplicó como técnica la encuesta y la observación; y como instrumento el cuestionario para medir el nivel de conocimientos y la lista de cotejo mediante la observación directa a las enfermeras de sala de operación.

Palabras claves: Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, Paro Cardiorrespiratorio, conocimientos, enfermería

INTRODUCCION

El paro cardiorrespiratorio consiste en la pérdida repentina y brusca de la función cardíaca y la respiración que puede ser reversible actuando de manera inmediata. Para revertirlo se requiere de maniobras de reanimación, que puede parecer sencillo, pero no es así, ya que ante una situación de emergencia real no se está a veces del todo preparada, es por esto, que el entrenamiento continuo en este tema es muy necesario en el personal de salud, ya que ellos son los actores principales del equipo; y una actuación inmediata y correcta va a aumentar las probabilidades de supervivencia en el paciente.

A nivel mundial, el paro cardiorrespiratorio tiene una incidencia entre 20-140 por 10.0000 personas, con una supervivencia alarmante, del 2-11% aproximadamente. Se requiere que la reanimación cardiopulmonar deba ser efectiva para mejorar esta situación. **(1)**. En la actualidad, las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan problemas de salud pública mundial, se espera que, para el año 2020, la enfermedad coronaria sea la principal causa de muerte y los accidentes cerebro vasculares (ACV) ocupen el cuarto lugar. Está demostrado que, este tipo de enfermedades se desarrollan desde la infancia, pudiendo en la edad adulta, presentarse repentinamente con un primer y único síntoma: el paro cardiorrespiratorio, reconociéndose a las maniobras de la reanimación cardiorrespiratoria y a la desfibrilación como las únicas capaces de revertir estas muertes súbitas. **(2)**

Asimismo, la American Heart Association (EE. UU de Norte América), menciona a la enfermera como miembro del equipo resucitador, destacando su papel en los cuidados generales del paciente, que comprende: preparar, administrar y registrar medicamentos prescritos durante el proceso de reanimación y colaborar en la intubación endotraqueal. La American Heart Association brinda las últimas recomendaciones y revisiones publicadas para atención del paciente en paro cardiopulmonar, para asegurar la efectividad de la Reanimación cardiopulmonar,

observándose algunos cambios para mayor efectividad en el proceso de Reanimación cardiopulmonar. (3)

En el Perú, al igual que en muchos países del mundo, son cada vez más frecuentes las muertes súbitas producto de las emergencias cardíacas, cerebro vasculares y el trauma, la razón; el incremento de los factores de riesgos. Sin embargo, está uno de los mayores logros en el Perú, en el tema de la resucitación, la creación del Consejo Peruano de Reanimación (CPR) en el año 1999, miembro del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) que tiene la finalidad de conservar la salud de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas.

Hay guías internacionales de la Reanimación Cardiopulmonar dadas a conocer por el ILCOR; el consejo peruano de reanimación, aprobó las nuevas Normas Peruanas de la Reanimación Cardiopulmonar, del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana -2010 permitiendo de esta manera actualizarnos y contribuir al desarrollo de la reanimación cardiopulmonar en el Perú. (4)

Las recomendaciones de la American Heart Association y del Consejo Peruano de Reanimación, nos hacen ver que todos los profesionales de la salud deben dominar y tener los conocimientos y destrezas básicas sobre reanimación cardiopulmonar; además de estar actualizándose constantemente y así poder aplicarlo en cualquier momento.

Los estudios indican que el pronóstico de un paciente en paro cardiorrespiratorio es proporcional, al entrenamiento de la enfermera que lo atiende e inversamente proporcional al tiempo que transcurre entre el momento que hace el paro y el inicio de las maniobras de compresión (5). Por eso se debe fortalecer las capacidades del equipo en quirófano, que el personal de salud reflexione sobre su propia práctica, para así identificar las deficiencias que haya y establecer estrategias de mejora con capacitaciones y así ofertar un cuidado de calidad y brindar seguridad al paciente.

Por lo antes mencionado el objetivo del presente trabajo es el de determinar el nivel de conocimientos y prácticas de RCP avanzado en las enfermeras de Centro Quirúrgico de la clínica Good Hope.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un acto quirúrgico se considera complejo y riesgoso durante cirugías de alta complejidad; para quién requiere esta alternativa de tratamiento. Aun siendo la persona preparada con antelación para ser intervenido quirúrgicamente, siempre existe la probabilidad de que un factor extrínseco relacionado con la cirugía o aspectos intrínsecos del paciente, puedan interferir cambiando los resultados del proceso quirúrgico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015, menciona como la primera causa de muerte en el mundo, la enfermedad cardiovascular. En el 2012, se estima que un 31% de todas las muertes registradas en el mundo por Enfermedades cardiovasculares. De estas muertes 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria. (6) Pudiendo presentarse como síntoma repentino un paro cardiorrespiratorio por lo cual las maniobras de reanimación cardiopulmonar sería la única opción para revertir la muerte súbita. El Perú no es ajeno a este tipo de eventos, ya que se registra casos de muerte súbita debido a problemas cardiacos, como consecuencia del incremento de los factores de riesgo que se observa hoy en día en nuestra sociedad.

Así mismo, es bajo el número de enfermeras capacitadas y que tengan certificación para la atención de emergencias de esta magnitud; ya que la complejidad de los sistemas de salud que hay en el Perú, no han permitido todavía establecer criterios para un manejo integral.

La acertada y oportuna intervención de enfermería en Reanimación Cardiorrespiratorio avanzada en el quirófano está vinculado a la calidad de vida que logre el paciente, debido a que los órganos afectados en un inicio son el cerebro y el corazón; y el pronóstico del paciente va a depender del daño que se alcance, por el tiempo de isquemia cerebral que se presente. La más alta tecnología quirúrgica puede verse frustrada si se produce un paro y este no es

resuelto, trayendo consigo consecuencias sociales, familiares y organizacionales; que constituyen uno de los aspectos más estresantes para los miembros del equipo quirúrgico ya que responden por vidas ajenas.

Dado que los conocimientos y prácticas de todo profesional de la salud son de sumo interés para la realización de funciones específicas, la actuación de la enfermera cobra vital importancia frente a un paro cardiopulmonar, ya que forma parte del equipo quirúrgico y requiere que esté capacitada para realizar dichas acciones como iniciar y mantener la Reanimación cardiopulmonar, en las técnicas que se realizan para revertir el paro cardíaco, porque sería ineficaz su actuar si no se tiene conocimiento de ellas. La enfermería debe tener una buena aptitud, brindar seguridad y tener autocontrol en su actuar teniendo como base sus conocimientos, destrezas y principios éticos, y así contribuirán a una reanimación adecuada.

Por eso es importante saber de las guías de la Asociación Americana del Corazón y las actualizaciones que tiene de acuerdo a las últimas investigaciones científicas en este tema, ya que son un marco de referencia en el tratamiento y cuidados de los pacientes que sufren paro cardiorrespiratorio.

Durante el desempeño profesional en el quirófano, ha sido posible apreciar diversas situaciones en las que se produce un paro cardiorrespiratorio como una complicación en una cirugía, movilizándolo a todo el equipo quirúrgico. En algunas ocasiones se observa en el personal de sala dudas, demoras al actuar y proporcionar las drogas necesarias en el momento del paro. Se observa que a pesar de la experiencia que tenga la enfermera en el área de sala de operaciones, el profesional no estuvo apto para afrontar dicha situación, por lo cual son aspectos que nos conducen a preguntar, ¿Cuánto conocen las enfermeras del protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzado?, ¿Cómo ponen en práctica la reanimación cardiopulmonar avanzado?; todos estos aspectos son los que nos llevan a plantearnos el problema a investigar.

1.1. Formulación del problema

La interrogante que guía el estudio se formuló de la siguiente manera:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica de RCP avanzado en las enfermeras de Centro Quirúrgico de la Clínica Good Hope, 2018?

1.2. Justificación de la investigación

El paro cardiorrespiratorio es una complicación susceptible de presentarse por diversos factores durante el acto quirúrgico. La enfermera en esta especialidad como parte del equipo, requiere solidez en sus competencias y habilidad para iniciar una potencial reanimación cardiopulmonar. La profesión tiene como propósito promover la vida de la persona y conservar su autonomía en el máximo nivel posible; por tanto la intervención oportuna y segura acorde a los estándares establecidos en las maniobras de la reanimación cardiopulmonar, son medulares para salvar la vida de las personas y responder con eficacia y ética por sus deberes contractuales en la institución prestadora de servicios.

Las enfermeras al reflexionar sobre su propia práctica, identificarán las necesidades de mejora en su compromiso personal para garantizar un cuidado de calidad y evitar ser involucradas en demandas legales.

CAPITULO II

2.1 PROPOSITO

Brindar información científica y actualizada a la jefa de sala de operaciones de los conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la reanimación cardiopulmonar avanzada; con la finalidad de crear una estrategia de capacitación continua, mediante talleres y la elaboración de guías de procedimiento ante un posible paro cardiorrespiratorio en sala de operaciones. Para que de esta manera el profesional de enfermería otorgue una atención a tiempo, sin comprometer la vida del paciente que está en nuestras manos; para lo cual se necesitara seguir fortaleciendo los conocimientos y las prácticas en el enfermero.

El estudio va permitir fortalecer la capacidad de las enfermeras quirúrgicas para ofertar cuidado de calidad, proceso que en el mediano plazo facilitará el logro no solo de mayor seguridad en el acto quirúrgico, sino mejoras en las condiciones del campo clínico para el aprendizaje de personal en formación.

Se espera que sirvan de ayuda a los educadores universitarios para fortalecer la enseñanza que se brindan en el pregrado, además crear conciencia de que es necesario retroalimentar capacidades del personal para ofertar cuidados eficaces, seguros y humanos.

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre la reanimación cardiopulmonar avanzada en las enfermeras de Centro Quirúrgico de la Clínica Good Hope.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento de RCP avanzado de las enfermeras de Centro Quirúrgico de una clínica de lima metropolitana.
- Identificar las prácticas de RCP avanzado de las enfermeras de Centro Quirúrgico de una clínica de lima metropolitana.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Pérez F. 2017 “Conocimientos del personal médico sobre resucitación cardiopulmonar avanzado en área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense”. Objetivo: Describir los conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar avanzada y su relación con las actitudes y prácticas, que tiene el personal médico en área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero a febrero del 2017. Concluye: El 51% tuvo un nivel de conocimiento sobre RCP considerado como bueno o muy bueno y el restante 49% como regular o inadecuado. (7)

Sánchez M. 2015” Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.” Objetivo: Conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios, si estos profesionales están correctamente actualizados y constatar si la realización de cursos en el tiempo recomendado mejora el nivel de conocimientos. Concluye: Los encuestados no realizan cursos de actualización, notándose la urgencia de cambios en la metodología de aprendizaje en materia de RCP para profesionales. (8)

Díaz A. 2014 Su estudio titulado “Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería”, en la ciudad de Chiquimula, Guatemala”. Objetivo: Desarrollar un proceso de investigación y acción, determinando conocimientos teóricos sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en el personal de enfermería en los servicios de adultos en Hospitales Nacionales de las regiones Nor-Oriente y Sur-Oriente de Guatemala, en los meses de febrero a agosto del año 2014. Concluye: El nivel de conocimiento sobre RCP obtenido en la fase diagnóstica del proceso de investigación-acción es suboptimo. (9)

Balcázar R. 2015 “Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias” en España. Objetivo: Determinar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar entre el personal de salud que labora en un servicio de urgencias. **Concluye:** Que las enfermeras de urgencias de nuestra unidad tienen deficiencias graves en el tema de reanimación cardiopulmonar. En los resultados el 89% de los encuestados demostraron conocimientos insatisfactorios. **(10)**

Muña Q. 2016 “Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto por estudiantes de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano Puno”. Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento del estudiante de enfermería, referente a aspectos generales en términos de definición de paro cardiorrespiratorio y definición de reanimación cardiopulmonar básica. Concluye: Del 100% de estudiantes el 55.4% tiene un nivel de conocimiento deficiente y el 44.6% regular, concluyendo que los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto. **(11)**

Gálvez C.2015 en su estudio Nivel de conocimiento Sobre Reanimación Cardiopulmonar Básico del Personal de Enfermería en un Establecimiento de Primer nivel de Atención Essalud de Lima - Perú. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención Conclusión: La mayoría del personal de enfermería del establecimiento de primer nivel de atención tiene un nivel de conocimiento medio sobre reanimación cardiopulmonar básico. **(12)**

Falcón M. 2014 “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero de la segunda especialidad en enfermería Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima”. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre Reanimación cardiopulmonar básico del enfermero(a) del Programa de Segunda Especialización en enfermería. Concluye: El conocimiento de RCP de los enfermeros 100% (73), se tiene 69% (50) con conocimiento medio, 16% (12), con conocimiento alto y 15% (11) con conocimiento bajo. Donde se llegó a la conclusión que el nivel de conocimiento del enfermero en cuanto a RCP básico es medio. **(13)**

3.2 BASE TEORICA

La parada cardiorrespiratoria es la interrupción brusca y reversible de la actividad del corazón y la respiración que un adulto puede sufrir, sus principales causas son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, junto a un grupo de factores de riesgo como son: la edad, sexo, tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus y obesidad. La reanimación cardiopulmonar vienen a ser las maniobras que permiten restablecer la circulación y respiración de la persona, cuenta con un protocolo desarrollado por el Consejo Peruano de Reanimación (CPR), que es la institución encargada de la certificación y acreditación de la reanimación cardiopulmonar y el Soporte básico y avanzado de vida, el cual brinda talleres, con respaldo nacional e internacional para los profesionales de la salud. **(14)**. La Reanimación cardiopulmonar se pone en práctica una vez ocurrido el paro, existen dos tipos: RCP básica, que tiene como objetivo la identificación del paro cardiaco y alerta a los sistemas de emergencia y el RCP avanzado, es el tratamiento definitivo del PCR, utilizando maniobras, drogas, fluidos y monitorización de personal profesional capacitado y entrenado para atender estos eventos. Los pasos de la Reanimación Cardiopulmonar son: las compresiones torácicas (C), la vía aérea (A) y la ventilación (C). **(15)**. El desfibrilador es un equipo que analiza el ritmo cardiaco de un paciente y determina automáticamente si es necesario dar una descarga eléctrica para corregirlo.

Algunos de los pasos de la reanimación cardiopulmonar son: A: manejo de vía aérea, en el cual se coloca un dispositivo avanzado de aseguramiento (tubo endotraqueal, máscara laríngea o combitubo), con una frecuencia de 1 ventilación cada 6 segundos. Esto nunca debe retrasar la realización de la RCP de calidad o la desfibrilación si está indicada. **(16)** B: ventilación: Se confirma la adecuada colocación del tubo endotraqueal con los medios primarios y secundarios, se evalúa la adecuada expansión pulmonar y aparición de la onda de capnografía. La confirmación incluye ver el paso del tubo por el medio de las cuerdas vocales, auscultar el epigastrio para descartar la intubación del esófago y luego ambos campos pulmonares, para verificar la ventilación simétrica en los dos hemitórax. Luego de confirmar la correcta colocación, fije el tubo o dispositivo para evitar el

desplazamiento accidental e inicie las ventilaciones con bolsa auto inflable (Ambú) a una frecuencia de 8 a 10 ventilaciones por minuto, una cada 6 a 8 segundos. El volumen que debe administrar cada vez, es el necesario para lograr la elevación del tórax. C: circulación: La acción principal corresponde a la monitorización con las palas con el fin de identificar rápidamente el ritmo para desfibrilar o iniciar compresiones torácicas de acuerdo al algoritmo correspondiente. Como parte del soporte circulatorio se debe canalizar una vena periférica con catéter grueso y la administración de medicamentos. Monitorice con electrodos e identifique el ritmo electrocardiográfico. Si está en un monitor Desfibrilador, tenga en cuenta que estos siempre se inician en la modalidad de palas y para ver el ritmo con electrodos, es necesario cambiar a modo de derivaciones. De acuerdo a la arritmia encontrada, administre los medicamentos apropiados y/o considere las opciones de manejo que recomiendan los algoritmos. **(17)**. D: diagnóstico diferencial: Realice el Diagnóstico diferencial de las probables causas del paro que sean reversibles y trátelas. En la mayoría de los casos, identificar la condición que precipitó el paro, es definitiva para poder tratar y revertir el colapso. Recuerde, que existen algunas causas más frecuentes y cada uno de estas alteraciones tiene su forma específica y rápida de tratarse.

Las causas reversibles del paro cardiorrespiratorio son: hipovolemia, hipoxia, acidosis, hipopotasemia, hiperpotasemia, hipotermia, neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco, trombosis pulmonar y trombosis coronaria

Entre los factores asociados al paro cardiorrespiratorio transoperatorio tenemos la falla en la ventilación, Manejo inadecuado de VA, No ventilar y ET. 50%, cirugía pediátrica, Menor de un año 55%, problemas de medicación 37%, anestesia regional (hipoxia por sedación, bradicardia debido a la eferencia simpática disminuyendo RV, cirugía de emergencia, anestesia inapropiada y juicio incorrecto. **(18)**

Los 5 eslabones de la cadena de supervivencia del adulto son: Reconocimiento inmediato de paro cardiaco y activación del sistema de respuesta a emergencias. La reanimación cardiopulmonar inmediata con énfasis en las compresiones

torácicas. La desfibrilación rápida. El soporte vital avanzado efectivo y los cuidados integrados posparocardiaco

Entre los ritmos de paro cardio respiratorio tenemos: la fibrilación ventricular, es cuando se alteran áreas de miocardio isquémico, dañado o infartado, lo que produce un patrón asíncrono caótico de despolarización y repolarización ventricular. Sin una despolarización ventricular organizada, los ventrículos no pueden contraerse como una sola unidad y no generan gasto cardíaco. El corazón se agita y no bombea sangre. La taquicardia ventricular sin pulso, se presenta con ritmo regular con complejos ventriculares muy ensanchados y una frecuencia superior a 200 latidos por minuto. El paciente no tiene pulso. La actividad eléctrica sin pulso, aquí los impulsos de conducción cardíaco se producen siguiendo un patrón organizado, pero no generan contracción miocardio, se produce un llenado insuficiente durante el diástole, contracciones ineficaces. La asistolia, ausencia de actividad eléctrica y mecánica en el corazón. Puede manifestarse electrocardiográficamente como una línea isoeletrica continua, como la presencia sólo de ondas P o la aparición de menos de seis complejos ventriculares en una línea isoeletrica.

Los criterios para rcp avanzado de calidad según AHA (Asociación Americana del Corazón) son: compresión fuerte mayor de 5cm (2 pulgadas) y rápido (mayor de 100 cpm), permite una expansión torácica completa, reduzca al mínimo las interrupciones de las compresiones, evite una ventilación excesiva, cambie de reanimador cada 2 minutos, si no se usa dispositivo avanzado para la vía aérea, relación compresión ventilación de 30:2, capnografía si PETCO2 40 mmhg y ondas espontaneas de presión arterial con monitorización intracraneal.

Los cuidados de enfermería durante el paro cardiorrespiratorio consiste en que la enfermera realiza las maniobras de RCP en coordinación con el anesthesiologo. Dentro de las funciones están las compresiones cardiacas, administración de fármacos, apoyo en la intubación, monitoreo de funciones vitales, identificación de causas reversibles, analizar y aplicar la descarga eléctrica en caso requiera.(19)

La reanimación cardiopulmonar va encaminada a revertir la circulación y respiración espontánea y así poder continuar el acto quirúrgico. La Parada cardiorrespiratoria perioperatoria deberá ser manejada por el personal de enfermería y medico anesthesiologo. La secuencia General de Reanimación se basa en el ABCD. La complicación en el momento es el paro, no es la cirugía. Se debe despejar equipos e instrumental que puedan afectar el desarrollo de la RCP. Se debe colocar una vía aérea definitiva y empezar ventilación con ventilador. Empezar con las compresiones, buscar un acceso endovenoso, manejar correctamente las drogas, el volumen de los fluidos, tener en cuenta la cardioversión, marcapaso y técnicas especiales que se requieran en ese momento.

Los medicamentos manejados durante la parada cardiorrespiratoria son: la adrenalina (epinefrina): se administra Adrenalina 1 mg EV si FV/TV persiste después de la Segunda descarga. Repetir Adrenalina cada 3 a 5 minutos si FV/TV persiste. La amiodarona: 300 mg en bolo si FV/TV persiste después de 3 descargas Puede darse una dosis adicional de 150 mg para FV/TV recurrente o refractario Luego 900 Mg. en infusión en 24 horas. En Hipotensión por Vasodilatación puede tener efectos inotrópicos negativos. En múltiples dosis acumulativas > 2.2 gr. /24 hrs. Hipotensión significativa Puede prolongar intervalo QT. No administrar con otras drogas que prolongan QT. La lidocaína: 1 mg / Kg como alternativa (si la amiodarona no está disponible) No dar Lidocaína si se ha administrado Amiodarona No exceder la dosis total de 3 mg /Kg durante la primera hora. El bicarbonato: Solo puede ser considerado para: Hipercalemia, Acidosis metabólica preexistente y Sobredosis de antidepresivos tricíclicos. El magnesio: En hipomagnesemia y torsades de punta Hay muchos reportes sobre el éxito del uso de fibrinolíticos durante el PCR (embolia pulmonar).

El equipo de profesionales que participa en un paro cardiorrespiratorio en sala de operaciones consta del anesthesiologo, médico cirujano, enfermera instrumentista, enfermera circulante y personal técnico de enfermería. El técnico de enfermería debe tener entrenamiento en soporte vital básico (certificado). Verifica el llamado al equipo. Trae el carro de paro, en caso de que no haya llegado. Colabora con el registro de drogas y mezclas. Coordinación con el profesional en enfermería. La

enfermera 1 es la persona encargada del monitor y manejo del desfibrilador. Debe tener entrenamiento en soporte vital avanzado (certificado). Ubica los electrodos para monitorizar al paciente. Analiza el trazado electrocardiográfico. Prepara el desfibrilador y desfíbrala. Manejo de vía aérea .Valora la respuesta del paciente a las intervenciones. Interpreta los ritmos en el monitor para que sean registrados en la hoja. La enfermera 2 se encarga de la instalación de vías venosas. Prepara o supervisa la administración de drogas y/o fluidos. Toma muestras para exámenes. Releva en el masaje cardíaco externo y/o ventilación con Ambú. Registra en Hoja de Enfermería. Evalúa estado de conciencia. Traslada paciente si corresponde.

Para Mario Bunge el **conocimiento** es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser precisos, ordenados, vago e inexacto, que se clasifica en: a) conocimiento científico “el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia b) conocimiento vulgar es vago, inexacto limitado por la observación. (20)

Se define como un conjunto de ideas adquiridas durante el tiempo por una educación formal e informal, pero que se vuelve racional mediante el ejercicio intelectual y la puesta en práctica.

Es por eso que el personal de enfermería, en su actuar, debe contar con estos conocimientos, que le permitirá brindar un cuidado de calidad con seguridad y le ayudara a identificar casos de paro cardiorrespiratorio y resolverlos de una manera eficaz y eficiente.

La práctica del ejercicio profesional comprende un conjunto de experiencias y fenómenos que aplican las enfermeras cuando brinda un cuidado. La práctica está basada en el conocimiento, la teoría y también puede ser adquirida por la experiencia, las creencias, los valores de la disciplina.

Actualmente se habla de la práctica basada en la evidencia, el cual nos ayuda a la toma de decisiones basada en diversas fuentes de evidencias, que nos lleva a la mejor práctica de nuestra profesión, ya que no solo se necesita del conocimiento, sino también de la motivación hacia el cuidado de nuestro paciente.

La práctica y el conocimiento se adquieren durante el tiempo, las capacitaciones constantes y las oportunidades en diferentes situaciones, en donde el profesional de enfermería, es la persona responsable ante una situación de emergencia como lo es un paro cardiorrespiratorio y necesita de su destreza y mayor efectividad en estos casos.

Toda práctica de enfermería se basa en fundamentos científicos, permitiendo tomar decisiones correctas ante diversos sucesos, que ayuda a analizar y razonar nuestro quehacer diario y no hacerlo de manera mecánica, ya que todo caso es diferente y cada paciente único. Si conocemos nuestras teorías de enfermería, nos permite ejercer nuestra profesión correctamente; nuestras acciones deben ir respaldadas siempre por la teoría y la práctica basada en la evidencia.

La práctica de enfermería se basa en las habilidades, los conocimientos y actitudes de los que la ejercen. Los conocimientos y habilidades se demuestran en las intervenciones de enfermería que se realizan reflejando así los valores y las cualidades del individuo. La práctica correcta del protocolo de RCP se refiere al correcto uso de principios, acciones y habilidades de la enfermera destinadas a proteger la seguridad e integridad del paciente. Por lo expuesto, la práctica del protocolo del RCP es una exigencia en el cuidado al paciente y es el personal de salud, incluyendo enfermería quien debe asegurar estas normas y guías como están previstas, ya que es la base del cuidado enfermero y es de gran impacto social para preservar así la vida del ser humano. **(21)**

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Conocimientos del enfermero de centro quirúrgico sobre reanimación cardio pulmonar (RCP) avanzado.</p>	<p>Es toda información que una persona ha adquirido sobre reanimación cardiopulmonar avanzada mediante la interacción con el entorno y como resultado de la experiencia; que permite aplicarlo en un paciente que presenta un paro cardiaco.</p>	<p>MANEJO DE LA VIA AEREA</p> <p>VENTILACION</p> <p>CIRCULACION</p> <p>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</p>	<p>Es la apertura de la vía aérea; y apoyo en la intubación endotraqueal.</p> <p>Se evalúa la adecuada expansión pulmonar y aparición de la onda de capnografía</p> <p>Monitorización con las palas con el fin de identificar el ritmo para desfibrilar o iniciar compresiones; canalización de acceso venoso.</p> <p>Identificar la condición que precipitó el paro que sea reversible y tratarlas.</p>	<p>Nivel de conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto (16 a 20 puntos) - Medio (10 a 15 puntos) - Bajo (< 10 puntos).

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Prácticas del enfermero de centro quirúrgico sobre reanimación cardio pulmonar (RCP) avanzado.	Acción de hacer algo, habilidad o experiencia acerca de una determinada actividad.	MANEJO DE LA VIA AEREA VENTILACION CIRCULACION DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	<p>Es la apertura de la vía aérea; y apoyo en la intubación endotraqueal.</p> <p>Se evalúa la adecuada expansión pulmonar y aparición de la onda de capnografía</p> <p>Monitorización con las palas con el fin de identificar el ritmo para desfibrilar o iniciar compresiones; canalización de acceso venoso.</p> <p>Identificar la condición que precipitó el paro que sea reversibles y tratarlas.</p>	<p>Nivel de practica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuada (15 a 20 puntos) - Inadecuada (0 a 14 puntos)

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODO

4.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es tipo cuantitativa, pues le asigna un valor numérico a la variable de estudio y aplicativo pues buscara contribuir a solucionar una problemática actual de salud. Es descriptivo; y de corte transversal pues la información se obtiene en un tiempo y espacio determinado.

4.2 AREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrollará en la Clínica Good Hope; en el servicio de Centro quirúrgico. La Clínica Good Hope está ubicada en el malecón balta 956, distrito de Miraflores. El área de Centro Quirúrgico de la Clínica Good Hope (CGH) está ubicada en el Block B, 4to piso. Consta del área de Sala de operaciones, central de esterilización y sala de recuperación post anestésica (URPA). El Centro Quirúrgico brinda atención las 24 horas del día, de domingo a sábado, atendiendo a un promedio de 20 a 30 pacientes por día, entre cirugías ambulatorias, hospitalarios y de emergencia los usuarios pertenecen a un nivel socioeconómico de medio a alto. El área de Centro Quirúrgico brinda atención profesional: 47 Licenciadas de enfermería y 15 técnicos que laboran de domingo a sábado distribuidos en diferentes turnos. El centro quirúrgico está distribuido de la siguiente manera: 1 consultorio de anestesia, 1 área pre quirúrgica, 4 quirófanos, 1 sala de equipos, 1 área de material estéril, 1 farmacia y el área de recuperación post anestésica que cuenta con 6 camillas para la atención inmediata de los pacientes. Así también se cuenta con áreas de soporte, como: Rayos X, UCIN, UCI, Hospitalización, Emergencia, Limpieza, Lavandería, Mantenimiento, Logística, y Laboratorio las 24 horas del día. En la actualidad la Clínica Good Hope no dispone de suficientes camas hospitalarias, debido al incremento de

mayor demanda hospitalaria, motivo por el cual los pacientes se quedan hospitalizados en la URPA

4.3. POBLACION

Licenciadas en enfermería que laboran en el área de centro quirúrgico: recuperación, sala de operaciones y central de esterilización. Siendo un total de 47 enfermera.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Enfermeras que laboran en centro quirúrgico

4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Enfermeras que no firmen el consentimiento informado.

4.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica será la encuesta y se usara un instrumento. Para la variable conocimiento se utilizara el cuestionario el cual es tomado del estudio: Nivel de conocimiento y habilidades sobre reanimación cardio pulmonar de los (as) enfermeras (as) del sistema atención móvil de urgencias (samu) lima – mayo a diciembre 2017, elaborado por el Lic. Ochoa palomino, Percy; quien lo obtiene de las guías de la Asociación Americana del Corazón 2015.

Se desarrollará en 2 partes; primero sobre las características de la muestra. Consta de 20 preguntas cerradas, con valor de 1 punto la respuesta correcta donde el indicador será:

- Nivel de conocimiento alto de 15 a 20 puntos,
- Nivel de conocimiento medio de 10 a 15 puntos
- Nivel de conocimiento bajo de 0 a 10 puntos.

Para la Variable Prácticas se tomara el instrumento de la Asociación Americana del Corazón 2015. Consta de 22 ítems, y se aplicara la observación sobre las maniobras y acciones frente a una parada cardiorrespiratoria en sala de

operaciones, este instrumento asume la puntuación de 1 punto si lo realiza, y como indicador tenemos:

- Nivel de práctica adecuada de 15 a 20 puntos
- Nivel de práctica inadecuada de 0 a 14 puntos.

4.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se realizarán los siguientes pasos. Se gestionará la aprobación por parte de la institución, a través de la unidad de investigación y comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se solicitará el permiso al director de la clínica y a la jefa del departamento de enfermería para obtener el permiso para la recolección de datos.

Se identificarán a las enfermeras según la disponibilidad de sus horarios, y aplicando los criterios de inclusión y exclusión se les explicará el propósito del estudio y el permiso de su participación. Se procederá a la recolección de datos aplicando la encuesta y la observación. La encuesta que mide el nivel de conocimientos y la observación realizada por las investigadoras para medir las prácticas en el protocolo de reanimación cardiopulmonar.

Para la encuesta se utilizará un cuestionario y para las prácticas una lista de cotejo, el cual se va a distribuir a enfermeras en su horario de trabajo; para medir así el nivel de conocimientos respecto a la reanimación cardiopulmonar avanzada. Los datos serán contrastados en el “CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA SEGÚN LA ASOCIACION AMERICANA DEL CORAZON 2015” y en la “GUIA DE OBSERVACION DE PRACTICAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO Y AVANZADO SEGÚN ASOCIACION AMERICANA DEL CORAZON 2015”.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ETICAS

En esta investigación se garantizará la autonomía, justicia, beneficencia y confidencialidad de los profesionales que participaran en el proyecto según criterios de inclusión y exclusión del presente trabajo. Se respetara los principios que son:

Principio de autonomía; para la ejecución del cuestionario se solicitará en forma escrita el consentimiento informado que asegurará la participación voluntaria y la competencia para decidir si participar o no en la investigación propuesta a los enfermeros del servicio de sala de operaciones y recuperación.

Principio de confidencialidad; durante la aplicación del cuestionario y la lista de cotejo, la información que se adquiriera será para fines de la investigación y no se revelará la identidad del participante con la información obtenida.

Principio de beneficencia; desde el ámbito social y científico, los participantes al ser parte de esta investigación; contribuirán al conocimiento para identificar las debilidades del personal ante una situación de emergencia y así poder fortalecerlas y repercutir en manera positiva en los cuidados y la seguridad de nuestros pacientes.

Principio de no maleficencia; no se perjudicara al paciente ni física ni moralmente.

Principio de justicia: se respetara la decisión del participante durante todo el proceso de la investigación y se evaluara a todos los participantes por igual.

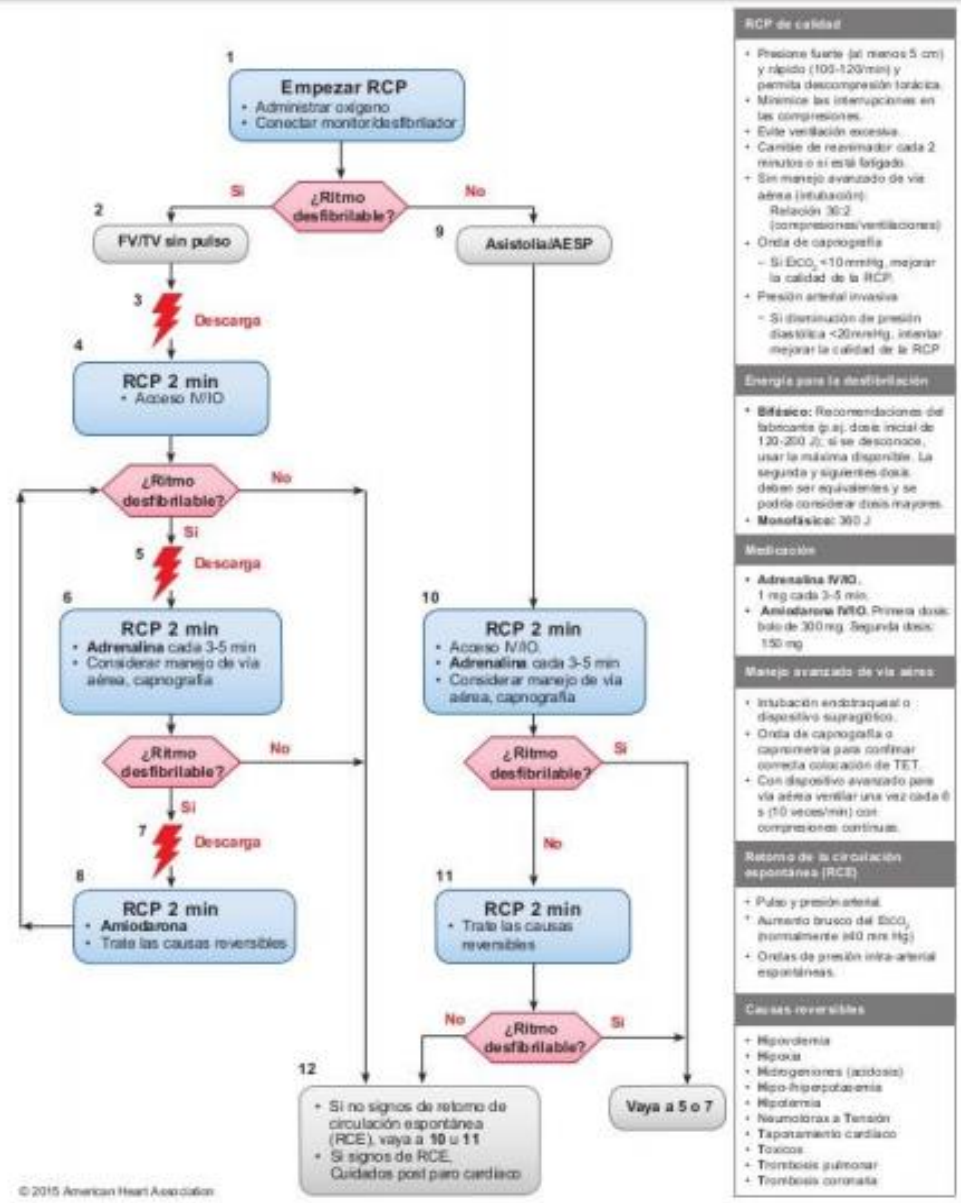
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Regalado-Becerra CA, Segura-Veja J, Órmelas-Aguirre JM. Evaluación de Conocimientos y Equipamiento en los Carros Rojos para Reanimación Cardiopulmonar en una Unidad de Tercer Nivel de Atención; *Medicrit Revista de Medicina Interna y Crítica* 2008;5(2):63-73.
2. Organización Mundial de la Salud. (Internet). 2017. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
3. Vigo R. Jorge. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual *Rev. Med. (Internet)*. 2018. Lima (citado en junio 2018); 25(2). Disponible:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000200014.
4. American Heart Association. Destaques das diretrizes da American Heart Association.(Internet).2015.Disponible:https://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf.
5. American Heart Association. Ebooks AHA. (Internet). 2015. Disponible en: <https://ebooks.heart.org/es/>
6. Consejo Peruano de Reanimación. Normas Peruanas del Consenso Mundial 2005 de la resucitación cardiopulmonar, desfibrilación temprana y del soporte básico de vida. Lima: Consejo Peruano de Reanimación; 2008.
7. Pérez Fernández F. Conocimientos del personal médico sobre resucitación cardiopulmonar avanzado en el área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense. [Tesis de segunda especialidad en anestesiología]. Nicaragua: “Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua”, 2017.
8. Sánchez et al. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Rev. Enf. (Internet)*. 2015 (citado en julio 2015); 14(3).

9. Díaz A. Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería. [Tesis para licenciatura].Chiquimula, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala Centro Universitario de Oriente Médico y Cirujano;2014
10. Balcázar R. Reanimación cardiopulmonar: Nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias, Rev Esp Méd Quir. 2015; 20: 248-255.
11. Muña Q. Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto por estudiantes de Enfermería. [Tesis Título de enfermería].Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano Puno; 2016.
12. Galvez Centeno Cesar A. “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención Essalud de Lima - Perú 2015” Pág. 78 – 79.
13. Falcón Alvino M. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la especialidad en enfermería. [Tesis de segunda especialidad en enfermería]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
14. Montaña, Rodrigo. Reanimación cardiopulmonar: Novedades, Revista Chilena de Anestesia #34; 2015. p. 1.
15. Jiménez Murillo Luis, Montero Pérez Javier, Medicina de Urgencias y Emergencias pág. 3-23.American Heart Association, Soporte Vital Cardiovascular Avanzado Edision 2015.
16. American Heart Association SVB, BLS, edicon 2015.
17. Rol del personal de enfermería frente a un RCP. (Internet). 2015. Disponible en:http://www.fdm.org.pe/documentos/V_Capac_Enferm_ROL_ENFERM_RC_P_Junio2015.pdf
18. Reanimación cardiopulmonar avanzada. Centro de educación virtual. (Internet). 2014.Disponible:[http://www.esanitas.edu.co/Cursos/reani_cardio_avan/Modulo %20I/diagnostico.html](http://www.esanitas.edu.co/Cursos/reani_cardio_avan/Modulo%20I/diagnostico.html)
19. BUNGE, Mario “La ciencia, su métodos y su filosofía”. Buenos Aires. Ed. Siglo XX, 1999. Pág. 46-48.

- 20.** Kosier y Erb. Fundamentos de Enfermería. Volumen I. 9na ed. España 2013. Capítulo 27. Enseñanza. p. 495.
- 21.** Enfermería tecnológica. Prácticas de enfermería. (Internet). 2018. Disponible en:<https://enfermeriatecnologica.com/practicas-de-enfermeria-guia-de-supervivencia/>

ALGORITMO DE PARO CARDIORESPIRATORIO EN EL ADULTO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PROPORCIONAN LA REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADO SEGÚN LA GUIA DE LA ASOCIACION AMERICANA DEL CORAZON 2015



RCP de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Presione fuerte (al menos 5 cm) y rápido (100-120/min) y permita descompresión torácica. • Minimice las interrupciones en las compresiones. • Evite ventilación excesiva. • Cambio de reanimador cada 2 minutos o si está fatigado. • Sin manejo avanzado de vía aérea (intubación): Relación 30:2 (compresiones/ventilaciones) • Ondas de capnografía • Si EtCO₂ <10 mmHg, mejorar la calidad de la RCP. • Presión arterial invasiva • Si distribución de presión diastólica <20 mmHg, intentar mejorar la calidad de la RCP
Energía para la desfibrilación
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásico: Recomendaciones del fabricante (p.ej. dosis inicial de 120-200 J); si se desconoce, usar la máxima disponible. La segunda y siguientes dosis deben ser equivalentes y se podrá considerar dosis mayores. • Monofásico: 360 J
Medicación
<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina IV/IO, 1 mg cada 3-5 min. • Amiodarona IV/IO. Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg
Manejo avanzado de vía aérea
<ul style="list-style-type: none"> • Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico. • Ondas de capnografía o capnometría para confirmar correcta colocación de TET. • Con dispositivo avanzado para vía aérea ventilar una vez cada 8 s (10 veces/min) con compresiones continuas.
Retorno de la circulación espontánea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso y presión arterial. • Aumento brusco del EtCO₂ (normalmente >40 mm Hg) • Ondas de presión intra-arterial espontáneas.
Causas reversibles
<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia • Hipotermia • Hipertermia (acidosis) • Hipovolemia • Hipotensión • Neumotórax a Tensión • Tapotamiento cardíaco • Tóxicos • Trombosis pulmonar • Trombosis coronaria

© 2015 American Heart Association

CUESTIONARIO

Estimado(a) Colega quiero solicitar su participación en un estudio denominado el nivel de conocimientos y habilidades sobre reanimación cardiopulmonar de los(as) Enfermeros(as) en Sistema Atención Móvil de Urgencias (SAMU) Mayo a Diciembre del 2017. Para ello te pedimos que respondas, de forma anónima, al siguiente cuestionario. Gracias por tu colaboración.

DATOS GENERALES

1. Sexo M () F ()

2. Edad: _____

3. Capacitaciones de los últimos tres años : Año/ Institución que lo capacito

RCP básico _____

RCP Avanzado _____

Otros _____

4. Tiempo de experiencia profesional: _____

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

a. Si

b. No

6. ¿Cuántas veces? _____

III. INSTRUCCIONES

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

1. El Paro cardiorrespiratorio se reconoce principalmente por:

a. Ausencia de pulso y ausencia de respiratorio.

b. Piel pálida, fría y sudoración.

c. Cianosis central y periférica.

d. Pérdida de conocimiento.

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

a. BAC

b. ABC

c. CAC

d. CAB

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

a. 2 dedos debajo del apéndice xifoide.

b. 3 dedos encima del apéndice xifoide.

c. 2 dedos encima del apéndice xifoide.

d. En el centro del torax.

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

a. 80/min

b. 100/min

c. 120/min

d. 150/min

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

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

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

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

7. La Reanimación cardiopulmonar consiste en:

- a. Maniobras
- b. Actividades.
- c. Valoración
- d. Intervención.

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

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

d. secreciones.

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

a. Colocación de tubo orofaríngeo

b. Maniobra "frente – mentón"

c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"

d. Barrido con el dedo de cuerpos extraños

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

a. Hiperextensión del cuello.

b. Barrido con el dedo de cuerpos extraños

c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"

d. Colocación de tubo orofaríngeo

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

a. La arteria femoral.

b. La arteria poplíteica.

c. La arteria carótida.

d. La arteria braquial.

12. El esquema de RCP en el adulto implica:

a. 10 compresiones seguidas de 2 respiraciones.

b. 15 compresiones seguidas de 2 respiraciones.

c. 20 compresiones seguidas de 2 respiraciones. 35

d. 30 compresiones seguidas de 2 respiraciones

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

a. Max.1 segundo de duración.

b. Max. 2 segundo de duración.

c. Max. 3 segundo de duración.

d. Más de 3 segundos.

14. Para asumir que la ventilación boca-resucitador manual es óptima. Usted evaluara:

a. El sellado herméticamente de la boca con el resucitador manual

b. La disminución de la cianosis distal.

c. El movimiento de expansión del tórax.

d. Retracción de la pupila

15. ¿Qué error es común y a veces mortal durante el tratamiento de un paro cardíaco?

a. No obtener acceso vascular.

b. Períodos prolongados sin ventilaciones.

c. No realizar la intubación endotraqueal.

d. Interrupciones prolongadas de las compresiones torácicas.

16. Ha intentado realizar la intubación endotraqueal a un paciente con paro respiratorio. Cuando inicia la ventilación con presión positiva, escucha un gorgoteo en el estómago del paciente en el epigastrio, pero no hay ruidos

respiratorios. La onda de capnografía es nula o plana. ¿Cuál de las siguientes es la explicación más probable de estos resultados de exploración?

- a. Intubación del esófago
- b. Intubación del bronquio principal izquierdo
- c. Intubación del bronquio principal derecho
- d. Neumotórax a tensión bilateral

17. Indique qué afirmación es correcta respecto a la administración de medicamentos por vía IV durante los intentos de reanimación.

- a. Administrar adrenalina por vía intracardíaca si no se obtiene acceso IV en un plazo de 3 minutos. 36
- b. Administrar medicación IV a través de venas periféricas con un bolo de líquidos.
- c. No administrar medicación IV a través de venas centrales con un bolo de líquidos.
- d. Administrar infusión continua de solución salina normal mezclada con bicarbonato sódico por vía intravenosa durante la RCP.

18. Después de tratar a un paciente en paro cardíaco por FV persistente después de 2 descargas, considera la posibilidad de administrarle un antiarrítmico por vía IV. ¿Qué directriz de uso de la vasopresina es correcta?

- a. Administrar 300mg de amiodarona
- b. La vasopresina tiene una semivida más corta que la adrenalina.
- c. La vasopresina es una alternativa a la primera o la segunda dosis de adrenalina en el paro sin pulso.

d. Administrar vasopresina como agente vasopresor de primera línea para el shock clínico causado por la hipovolemia.

19. ¿Qué combinación de dosis/fármaco se recomienda como tratamiento inicial para un paciente en asistolia?

a. 0,5 mg de atropina por vía IV

b. 3 mg de atropina por vía IV

c. 1 mg de adrenalina por vía IV

d. 3 mg de adrenalina por vía IV

20. ¿Qué afirmación describe correctamente las ventilaciones que se deben administrar después de insertar el tubo ET, inflar el balón y verificar la posición del tubo?

a. Administrar 1 ventilación cada 6 - 8 segundos (de 8 a 10 ventilaciones por minuto) sin interrumpir las compresiones torácicas.

b. Administrar ventilaciones lo más rápido posible siempre que se observe elevación torácica con cada respiración.

c. Administrar ventilaciones con un volumen corriente de 3 a 5 ml/kg.

d. Administrar ventilaciones con aire ambiente hasta que se haya descartado EPOC.

**GUIA DE OBSERVACION DE PRACTICAS DE REANIMACION
CARDIOPULMONAR BASICO Y AVANZADO SEGÚN ASOCIACION
AMERICANA DEL CORAZON 2015**

CRITERIOS DE EVALUACION	REALIZA CORRECTAMENTE	REALIZA INCORRECTAMENTE
1. Busca Respuesta. Golpea suavemente y pregunta en voz alta ¿Esta bien? Y Comprueba si hay movimiento torácico.		
2.-ACTIVA. Sistema de respuesta de Emergencia. Activa el sistema de respuesta a emergencia y busca DEA. • Pide al según reanimador que active sistema de respuesta de emergencia y busque el DEA.		
3.- Comprueba el PULSO (no más de 10 segundos)		
4.- Desnuda el pecho del paciente y pone la mano en posición para RCP		
5. Administra el primer ciclo de compresiones al a frecuencia correcta		
6. Comprueba permeabilidad de vía aérea y realiza 2 ventilaciones de 1 segundo cada una.		
LLEGA DEA		

1.Enciende DEA, Selecciona los parches adecuados y los coloca correctamente.		
2.Despeja al paciente antes de analizar el ritmo (comprobación visual y Verbal)		
3. Despeja al paciente para administrar la descarga/pulsa el botón descarga (comprobación visual y verbal; tiempo máximo desde la llegada del DEA de menos de 45 segundos). En caso de uso de Desfibrilador Manuel. Monofásico se administra 300 a 360 J, Bifásico 120 a 200 J		
4.Administra segundo ciclo de compresiones con las manos en posición correcta.		
5.Realiza 2 ventilaciones (1 segundo cada una) con elevación de torácica visible		
6. Aplica tercer ciclo de compresiones alcanzando una profundidad adecuada y una expansión torácica completa.		
Reconoce FV/TV SIN PULSO		
1.Despeja la zona antes de ANALIZAR Y APLICAR LA		

DESCARGA		
2.Reinicia de inmediato la RCP tras la DESCARGA		
3.Manejo correcto de la vía aérea avanzado, Realiza intubación Endotraqueal o aplica dispositivo supraglótico.		
4.Ciclos apropiados de administración de fármacos compresión del ritmo/Descarga/RCP		
5.Administra las dosis y los fármacos apropiados. Adrenalina 1mg cada 3 a 5min. Amiodarona primera dosis 300mg, Segunda dosis 150mg		
Reconoce AESP		
1. Expresa verbalmente las causas reversibles potenciales de la AESP /Asistolia (H y T)		
2 Administra las dosis y los fármacos apropiados. Adrenalina 3 a 6mg cada 3 a 6 min.		
3. Reinicia de inmediato la RCP tras las comprobaciones de pulso y ritmo		

CUIDADOS POSPARO

CRITERIOS DE EVALUACION	REALIZA CORRECTAMENTE	REALIZA INCORRECTAMENTE
1. Identifica Retorno de la circulación espontanea RCE		
2. Se asegura de la presencia de: Pulso. Presión Arterial. Respiración espontanea. Ondas de presión intra-arterial espontanea. Se toma ECG de las 12 derivaciones. La saturación de oxígeno esta monitorizada. Coloca en posición de recuperación. Expresa verbalmente la necesidad de intubación endotraqueal y capnografía. Solicita pruebas de laboratorio. (hemoglucotest)		

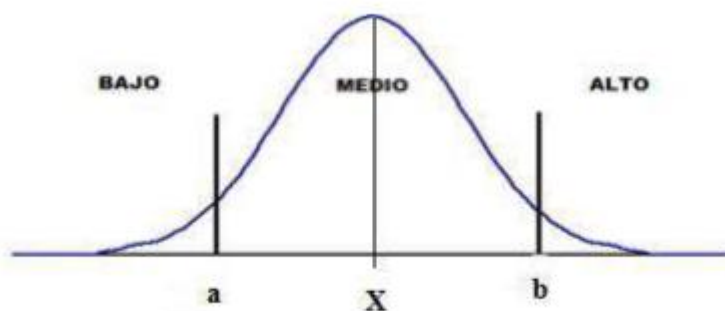
MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE STANINOS CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE MANIOBRAS DE RCP BASICO EN ADULTOS

Para la clasificación de conocimientos de la Enfermero (a) se utilizara la campana de Gaus donde se considerara una constante de 0.75 a través del siguiente procedimiento, dividiéndolo en 3 categorías: Bajo, Medio, Alto.

1. Se calcula el X promedio
2. Se calcula la desviación estándar (DS)
3. Se establecieron los valores a y b respectivamente

$$a = x - 0.75 (DS)$$

$$b = x + 0.75 (DS)$$



CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

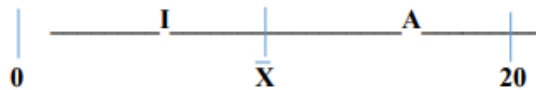
Nivel de Conocimiento Bajo

Nivel de Conocimiento Medio

Nivel de Conocimiento Alto

**MEDICIÓN DE LA VARIABLE POR INTERVALOS CATEGORIZACIÓN
DE LAS PRÁCTICAS SOBRE MANIOBRAS EN RCP BASICO EN
ADULTOS**

Para la práctica se utilizara la escala de medición de intervalo, dividiéndolo en dos categorías adecuadas e inadecuadas.



INTERVALO PRACTICA	
$0 - X$	INADECUADO
$(X + 1) - 20$	ADECUADO

X: promedio de calificaciones obtenidas

CATEGORIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS:

Practicas Adecuadas

Practicas Inadecuadas