

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



TESIS

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE
EMERGENCIA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
BÁSICO Y AVANZADO. HOSPITAL JOSÉ SOTO
CADENILLAS. CHOTA. 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN: ENFERMERÍA EN CUIDADOS
CRÍTICOS, EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PRESENTADO POR:

Lic. Enf. Nily Coronel Carranza

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares.

Cajamarca, Perú 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



TESIS

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE
EMERGENCIA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
BÁSICO Y AVANZADO. HOSPITAL JOSÉ SOTO
CADENILLAS. CHOTA. 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN: ENFERMERÍA EN CUIDADOS
CRÍTICOS, EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PRESENTADO POR:

Lic. Enf. Nily Coronel Carranza

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares.

Cajamarca, Perú 2018

COPYRIGHT © 2018 by
Lic. Enf. Nily Coronel Carranza
Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

CORONEL. C. 2019. Conocimientos y Actitudes del Personal de Emergencia en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018. 66 páginas.

Asesora: M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Docente del Área de Adulto y Anciano de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE EMERGENCIA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO Y AVANZADO. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA. 2018.

Autor: Nily Coronel Carranza.

Asesora: M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en **Enfermería en Cuidados Críticos Emergencias y Desastres**; por los siguientes **jurados**:

JURADO EVALUADOR:



M.Cs. Aida Cistina Cerna Aldave
PRESIDENTE



M.Cs. Gladys Sagástegui Zárate
SECRETARIA



M.Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña
VOCAL



Universidad Nacional de Cajamarca
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 11 – 101 Teléfono N° 076-599438



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES**

En Cajamarca, siendo las 10.00am del día 24 de Diciembre del 2018, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Directora de Segunda Especialidad Profesional en Salud, reunidos en el ambiente: Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación del Trabajo de Investigación

Titulado:

Conocimientos y Actitudes del Personal de Emergencia en Reanimación Cardio-pulmonar-Básico y Avanzado. Hospital José Gato Codomo-Hos. Chota. 2018.

Desarrollado por el (la) Lic. Enf. Nily Coronel Coronzo

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

Diecisiete (17)

Por lo tanto el jurado acuerda la Aprobación del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en CUIDADOS CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES.

MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA
Presidente	<u>Aida Cistina Cerro Albalade</u>	
Secretario (a)	<u>Stacya Siquitoy Sorite</u>	
Vocal	<u>Elvira Violeta Rafael Soldana</u>	
Accesitaria		
Asesor (a)	<u>Dalia Roca Huaco Pajana</u>	

Dedicado a Dios, por habernos dado la vida y permitir culminar esta etapa tan importante de especialización profesional.

A mi familia, especialmente a mi esposo e hijos, pilares fundamentales de mi vida; por su demostración de cariño y apoyo incondicional.

Agradezco a la Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad Ciencias de la Salud, a los Directivos y Docentes del Programa de Segunda Especialización Profesional de Enfermería, Por la conducción y apoyo permanente a los egresados

A la M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares, por la orientación permanente en el desarrollo del trabajo de investigación.

Al personal de salud que labora en el servicio de Emergencias, del Hospital José Soto Cadenillas, quienes dieron las facilidades para la recolección de la información.

INDICE DE CONTENIDOS

COMPYRIGHT	iii
FICHA CATALOGRÁFICA	iv
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTOS	viii
INDICE	ix
INDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE ABREVIATURAS.	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRAC	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y Delimitación del Problema.	3
1.2. Formulación del Problema.	7
1.3. Justificación del Problema.	7
1.4. Objetivos.	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.	10
2.1. Antecedentes del Problema.	10
2.2. Fundamentos Teóricos.	18
A. Conocimiento	18
B. Actitud	20
C. Reanimación Cardiopulmonar	20
2.3. Variables.	33
Operacionalización de Variables	34
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO	37
3.1. Tipo y Diseño de Estudio.	37
3.2. Población y Muestra.	37

Criterios de Inclusión	38
3.3. Unidad de Análisis y Observación	38
3.4. Ámbito de Estudio	38
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	39
3.6. Descripción de los Instrumentos para la Recolección de Datos.	39
3.7. Validación del Instrumento.	40
3.8. Procesamiento y Análisis de Datos.	40
3.9. Aspectos Éticos	40
CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACION	41
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	52
ANEXOS	59
APÉNDICE	65

INDICE DE TABLAS

N°	DENOMINACIÓN	Pág.
1	Características sociodemográficas del personal de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018	41
2	Información Académica del personal de Emergencia-Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018	43
3	Capacitación en RCP del personal de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018	44
4	Conocimiento sobre RCP del personal de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018	46
5	Actitud en la práctica de RCP del personal de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018	48

INDICE DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ABC	Vías aéreas, respiración y compresiones torácicas
AHA	American Heart Association
AESP	Actividad eléctrica sin pulso o asistolia
DEA	Desfibrilador externo automático
DESA	Desfibriladores semiautomáticos
ETCO ₂	Fracción espirada de bióxido de carbono
FiO ₂	fracción inspirada de oxígeno
FV	Fibrilación ventricular
FEC	Fundación Española del Corazón
ML	Máscara laríngea
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PC	Paro cardíaco
PPC	Presión de perfusión coronaria
RCE	Retorno de la circulación espontánea
RCP	Reanimación cardiopulmonar
PCR	Paro Cardiorespiratorio
RCPB	Reanimación cardiopulmonar básica
RCPA	Reanimación cardiopulmonar avanzada
RCPp	Reanimación cardiopulmonar presenciada
SPCR	Síndrome de parada cardíaca
SvcO ₂	Saturación venosa central de oxígeno
TVSP	Taquicardia ventricular sin pulso
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

Investigación cuantitativa, descriptiva y observacional, cuyo objetivo general fue determinar los conocimientos y actitudes del personal de emergencia en reanimación cardiopulmonar básico y avanzado del Hospital José Soto Cadenillas. Chota- Cajamarca.2018. Con una población muestral de 36 profesionales de salud y técnicos de enfermería. Utilizando un cuestionario semiestructurado y una escala tipo Likert, para determinar los conocimientos y la actitud en RCP básico y avanzado respectivamente. Para el procesamiento de datos se utilizó el SPS Vs.22. Los resultados fueron: 50% del personal, tienen de 26 a 43 años de edad y el otro 50 % de 44 a 79 años. 63.9% de sexo masculino, 27,8 % son médicos con especialidad y técnicos de enfermería, 16,7 % Licenciados en Enfermería y 13,9 médicos generales y obstetras respectivamente; 72.2 % si se han capacitado en RCP Básico; 52.8 % no se ha capacitado en RCP Avanzado; 58.3 % recibió capacitación en RCP los últimos 3 años, 69.4 % participó en RCP en situaciones reales y 55.6 % en maniqués, y 75 % del personal estudiado, tiene una actitud positiva en la práctica de RCP. Concluyendo que el mayor porcentaje de personal de Emergencia de dicho nosocomio, tiene conocimientos medio y alto y actitudes positivas en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado.

Palabras claves: Conocimientos, actitudes, reanimación cardio pulmonar básico y avanzado.

ABSTRAC

Quantitative, descriptive and observational research, whose general objective was to determine the knowledge and attitudes of the staff's basic and advanced cardiopulmonary resuscitation emergency's Hospital Jose Soto chains. Chota - Cajamarca.2018. With a sample population of 36 health professionals and technicians from nursing. Using a semi-structured questionnaire and a scale Likert type, to determine the knowledge and attitude in basic and advanced CPR respectively. SPS Vs.22 was used for data processing. The results were: 50% of the staff, have 26 to 43 years of age and the other 50% of 44 to 79 years. 63.9% of male sex, 27.8% are physicians with specialty and nursing technicians, graduates in nursing and 13.9 General practitioners and obstetricians 16.7% respectively; 72.2% if they have been trained in basic CPR; 52.8% has not trained in CPR advanced; 58.3% received training in CPR the last 3 years, 69.4% participated in CPR in real-life situations and 55.6% on mannequins, and 75% of the studied, have a positive attitude in the practice of CPR. Concluding that the highest percentage of the hospital emergency staff, has medium and high skills and positive attitudes in basic cardiopulmonary resuscitation and advanced.

Key words: knowledge, attitudes, cardio pulmonary basic and advanced resuscitation.

INTRODUCCION

La muerte súbita tiene un origen cardíaco en el 90 % de los casos, que se produce en una persona con o sin enfermedad reconocida previamente y durante la primera hora desde el inicio de los síntomas. Cada año fallecen alrededor de 17 millones de personas en el mundo por enfermedades cardiovasculares. Se estima que cada 4 segundos ocurre un ataque cardíaco y cada 5 segundos un infarto vascular cerebral. El paro Cardiorespiratorio extra hospitalarios es un problema de primera magnitud para la salud pública mundial, estimándose que cada año se producen en España más de 30,000, equivalente a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tránsito (1).

Las urgencias vitales deben ser atendidas en el lugar de los hechos y no siempre se cuenta con los equipos y materiales necesarios, por ello es conveniente mantenerse conectados a unidades de respuesta rápida atendidas por personal entrenado; requiriendo conocimientos y habilidades actualizados y practicados con frecuencia, que permita atender adecuadamente y sobre todo evitar complicaciones por mala praxis. La RCP de calidad determina la supervivencia de las personas que sufrieron un paro cardíaco (PC), siempre que el reanimador cumpla con los pasos esenciales: minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas, realizar compresiones con una frecuencia y una profundidad adecuadas, lograr una completa expansión del tórax entre compresiones y evitar una ventilación excesiva.

La importancia del estudio radicó en determina y analizar los conocimientos y actitudes del personal de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de la ciudad de Chota en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada; se sabe a ciencia cierta que si la persona afectada recibe asistencia con la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) oportuna y eficientemente, ésta tendrá la posibilidad de sobrevivir, recuperarse apropiadamente y no presentar secuelas.

Fue organizada en cuatro capítulos como sigue:

En el Capítulo I, muestra la definición y delimitación del problema, formulación de problema, justificación de la investigación y objetivos. El Capítulo II, aborda el marco teórico conceptual, antecedentes del estudio, bases teóricas, variable y operacionalización de las variables. El Capítulo

III, presenta la metodología de la investigación, tipo de estudio, ámbito de estudio, población y muestra, recursos, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos y procesamiento, análisis y presentación de datos. El Capítulo IV, señala los resultados de la investigación en tablas con su respectiva interpretación y discusión. Ultimando con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año más personas mueren por esta causa que por cualquier otra causa, 2012 murieron 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones por accidente cerebrovascular (AVC). Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en el 2030 morirán cerca de 23.6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatía y accidente cerebrovascular OMS. Enfermedades cardiovasculares (2).

La OMS, define la emergencia como aquella situación que tiene consecuencias inmediatas de riesgo para la vida, por lo que requiere atención inmediata. Y como muerte súbita la que ocurre en la primera hora de iniciado los signos y síntomas agudos, en una persona con o sin enfermedad cardiovascular conocida como preexistente y la cual es inesperada. Y considera que la muerte súbita es la ocurrida en las primeras 24 horas de haberse iniciado los síntomas de la enfermedad (3).

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea (4). El PCR, es la urgencia médica más grave y dramática que enfrenta tanto el médico y personal sanitario como los familiares del paciente, independientemente de su lugar de ocurrencia, que pueda ser reanimada, tanto en lugares de concentración pública, como en los establecimientos de salud, que incluye las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (5).

El paro cardíaco (PC) es una de las primeras causas de mortalidad en Europa y en España se dan entre 35.000 y 45.000 por año, según datos de la Fundación Española del Corazón (FEC). Mientras en nuestro país, tras una enfermedad cardíaca, el índice de salvación se sitúa en un 4 por 100, en EEUU alcanza el 50 por 100 gracias a la implantación masiva de desfibriladores semiautomáticos (DESA) en espacios públicos (6).

En el Perú, son cada vez más frecuentes las muertes súbitas producto de las emergencias cardíacas, cerebro vascular y traumas por el incremento de los factores de riesgos. Está demostrado que, este tipo de enfermedades se desarrollan desde la infancia, y en la edad adulta puede presentarse repentinamente con un primer y único síntoma: el paro cardiorrespiratorio (PCR), reconociéndose a las maniobras de la RCP y a la desfibrilación temprana, como las únicas medidas capaces de revertir dicha situación (7).

Los sistemas de salud de todo el mundo no tiene en sus prioridades la capacitación del personal de la salud y la población en general, sobre RCP, básico y RCP avanzado, que permitan salvar la vida sin secuelas en las personas. Cuando los profesionales no tienen un adecuado conocimiento en atención de esta índole, la morbimortalidad de los pacientes que acuden a urgencias aumenta. Si se mejoraría la respuesta asistencial, acortando los tiempos en el inicio de la asistencia mediante la optimización de la “cadena de supervivencia hospitalaria”; con el entrenamiento en las técnicas de soporte vital del personal sanitario titulado podría disminuir la mortalidad y las secuelas que originan el PCR.

Al respecto Cook et al, afirman que "el conocimiento de los médicos comienza a deteriorarse en cuanto acaba su aprendizaje", quizás por la falta de constante lectura sobre información renovada, argumentando falta de tiempo o de medios para hacerlo. Por tanto, la actualización de sus conocimientos cobra gran importancia en la disminución de la morbimortalidad en la atención oportuna de urgencias.

Estudios realizados en profesionales de salud para medir los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar y cerebral en Cuba determinó que no aprobaron el 59%, y otro estudio realizado en cinco ciudades cubanas encontró que reprobaron el 75%. En una investigación

más reciente que tenía como objetivo medir el conocimiento de los profesionales de salud sobre la nueva Guía 2010 de reanimación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia de la American Heart Association, se obtuvo como resultado que sólo el 1,4% de médicos, el 1,4% de obstetras y ninguna de las enfermeras conocía los cambios que presentaba la guía del año 2010 con referencia a su versión anterior. (8).

En el Perú son muy escasos los profesionales de salud con especialidad en emergencias y desastres, y en muchos casos las competencias son asumidas por médicos generales, internistas o de otras especialidades, sin formación específica; el Ministerio de Salud (2009) señaló que casi la cuarta parte de las atenciones en los hospitales peruanos corresponden a servicios de urgencias y emergencia y estudios realizados en profesionales de salud para medir los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar y cerebral encontraron que la mayoría no tenía una sólida formación al respecto, atendiendo con los conocimientos impartidos en su formación profesional.

Información del Censo de Infraestructura Hospitalaria del año 2005, develó, que Perú cuenta con 448 instituciones especializadas, hospitales y clínicas en el sector salud; y solo 247 (147 del MINSA, 79 de EsSalud y 21 de las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales) utilizan para desarrollar prácticas en pregrado y posgrado. Además, según el Colegio Médico del Perú, existen 166 médicos reconocidos con especialidad en emergencias y desastres, por lo que, en promedio no existe siquiera un médico especialista por hospital (9).

En 1990 se reconoció el valor de la enseñanza de RCP al personal no sanitario y con especial hincapié en las escuelas. Los Expertos de la Conferencia para la Guía Internacional 2005 recomendaron que se desarrollara un programa de RCP para las escuelas, así como una estrategia primaria educacional para asegurar el desarrollo del aprendizaje de RCP, ya que la expansión del entrenamiento a nivel nacional es necesario para incrementar el desarrollo de una buena RCP antes de que el personal de los equipos de emergencia lleguen (10).

La American Heart Association (AHA), se ha preocupado por evaluar, reformular y actualizar las Guías de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) continuamente, la última versión es la del

2010. Las mismas se basan en un proceso de evaluación de evidencia internacional, en el que participaron cientos de investigadores y expertos en la materia que analizaron y debatieron miles de publicaciones con revisión científica externa. A pesar de todo ese esfuerzo, son muy escasas las instituciones de salud en el ámbito mundial que actualizan sus protocolos de atención de acuerdo a las recomendaciones por dicha asociación.

Estudios publicados antes y a partir del año 2005 han demostrado que la calidad de las compresiones torácicas aún debe mejorar, aunque la puesta en práctica de las Guías de la AHA de 2005 para RCP y ACE ha mejorado la calidad de la RCP y aumentado la supervivencia; hay una notable variación en la supervivencia a un paro cardíaco extra hospitalario entre los distintos servicios de emergencia médica (SEM); y la mayoría de las víctimas de paro cardíaco súbito extra hospitalario no reciben RCP por parte de los testigos presenciales. Los cambios recomendados en las Guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE intentan abordar estas cuestiones y ofrecer recomendaciones para mejorar la evolución del paro cardíaco al dar un nuevo énfasis a la atención pos paro cardíaco (11).

Lambert (como se citó en Colell, 2005) definía la actitud como una respuesta valorativa, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales. Para Morales, Rebollo y Moya (1995), los tres componentes coinciden en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud; es decir, la percepción o la información puede ser favorable o desfavorable, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intención podría ser una conducta de apoyo u hostilidad. No obstante, habrá que tener presente que para estos autores, los tres componentes de las actitudes estaban relacionados entre sí. Sin embargo, el trabajo teórico y empírico de los últimos años, afirma que estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores (12).

Las actitudes en RCP están ligadas a tres factores importantes, el poder, es decir si tiene el conocimiento para actuar, el deber, con el aspecto ético-legal que involucra el mismo procedimiento o técnica y el temor por las consecuencias que de éste se pueden derivar.

La falta de actualización de los protocolos de atención y puesta en marcha de las recomendaciones y modificaciones de la AHA, tanto dentro como fuera del centro hospitalario, que es una falencia grave que se refleja en la alta mortalidad por parada cardíaca en la diversas Regiones que debe superarse con prontitud. Así mismo la carencia de información de datos significativos sobre conocimientos, actitudes en reanimación cardiopulmonar de forma sostenida, la calidad y efectividad de la RCP en nuestro contexto, es que nos condujo a resolver la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes del personal del Servicio de Emergencias en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado del Hospital José Soto Cadenillas? Chota. 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La realización de una RCP implica amplios conocimientos tanto teóricos como prácticos, y es de vital importancia dominar la habilidad correctamente a la hora de realizar la RCP. Por ello se hace indispensable la capacitación continua del personal de salud en emergencias y cuidados críticos, que permita una actuación y actitud segura en bien de las personas con problemas cardiacos inesperados.

La calidad de la RCP debe ser continuamente monitorizada, para optimizar los esfuerzos de resucitación y reconocimiento precoz del retorno de la circulación espontánea. Se espera que la actualización en cuanto a las nuevas directrices de RCP mejore la calidad de la reanimación y de la sobrevivencia de los pacientes con paro cardíaco.

Los establecimientos de salud, tienen la obligación de proporcionar una atención eficaz a la víctima con paro cardíaco y, por tanto, tienen que asegurar que su personal reciben un entrenamiento regular y actualizado, de forma que cada trabajador mantenga un nivel de competencia acorde con su responsabilidad profesional ya que las carencias en este campo

tienen implicaciones clínicas y generan una situación de riesgo que puede desembocar en una grave negligencia, con las repercusiones sociales o jurídicas que ello representa.

Consideramos que el presente estudio será importante para determinar en qué medida el personal de salud posee conocimientos y actitudes ante un paro cardíaco y su involucramiento en él; teniendo en cuenta que la reanimación no solo tiene como objetivo salvar la vida o reducir la mortalidad sino también evitar las secuelas y la discapacidad derivadas de una inoportuna o inadecuada atención.

Será de utilidad a los directivos de los establecimientos de salud, para que prioricen la capacitación de su personal profesional y técnico en RCP tanto básico como avanzado ya que juegan un papel fundamental en sobrevivencia de las víctimas de paro cardíaco. Además, de motivar a las profesionales con conocimientos avanzados para que puedan prestar una atención eficaz y oportuna durante y después de éste.

La investigación será factible, por contar con asesoramiento técnico metodológico asignado por el Programa de Segunda Especialidad, así como los recursos para su ejecución y sobre todo por la motivación personal, para estudiar el tema.

1.4. OBJETIVOS

Objetivo General.

Evaluar y analizar los conocimientos y actitudes del personal que labora en el Servicio de Emergencia en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. 2018.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar demográficamente al personal del Servicio de Emergencia que labora en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

2. Identificar los antecedentes de formación en RCP de la muestra estudiada

3. Valorar los conocimientos del personal que labora en el Servicio de Emergencia y en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado adecuados a los protocolos y guías vigentes.

4. Identificar las actitudes durante la práctica de Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado del personal que labora en Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Internacionales:

Ponce de León C, Ponce de León R. (2009) Evaluaron el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar neonatal de profesionales y técnicos en perinatología del Hospital Territorial del Municipio de Cárdenas de Cuba. Con una muestra de 40 trabajadores, entre profesionales y técnicos. Encontrando que los médicos especialistas solo tuvieron el 49,6% de las respuestas satisfactorias, los residentes el 44,4%, los licenciados en enfermería 36,11 %, las enfermeras con Post Básico el 44,4% y las enfermeras con curso básico que solo tuvieron el 16,6% de respuestas satisfactorias. En general solo se alcanzaron el 42,2 % de respuestas satisfactorias. Concluyendo que valora de malo a los conocimientos del personal, ya que menos del 70% alcanzó resultados satisfactorios en ninguno de los factores e indicadores definidos en el estudio (13).

Machado Álvarez M., Roque González R., Barrios Osuna I., Nodal Ortega J., Olive González J., Quintana Pajón I. (2010). Estudiaron el Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso, Cuba. Estudio descriptivo, prospectivo con una muestra de 68 médicos, licenciados y técnicos en enfermería. Del total de encuestas revisadas se consideraron 16 con resultados muy satisfactorios (más de 80 puntos) 12 encuestas satisfactorias, (entre 60 y 80 puntos) y 40 insatisfactorias (menos de 60 puntos). Concluyendo que existe un insuficiente nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar cerebral. No existió asociación entre el nivel profesional de los encuestados y su conocimiento acerca de este tema, lo que hace necesario la capacitación del personal del Centro en las maniobras de reanimación cardiopulmonar cerebral. (13)

Muñoz C. Juan, Rodríguez-Barbero V. Manuel, Muñoz M. Mercedes, Ruiz L. Juan, Rubio S. Pilar, Espadas M. María José, Pérez F. Susana, León R. Alfonso (2011) determinaron el grado de conocimiento sobre resucitación cardiopulmonar (RCP) en los profesionales enfermeros de unidades sin monitorización de pacientes del Hospital General de Ciudad Real, así como la relación entre el grado de conocimiento y la edad y el tiempo de experiencia profesional realizado en unidades médicas y quirúrgicas en el Hospital General de Ciudad Real (España). Se utilizó un cuestionario de elaboración propia que recorría las recomendaciones internacionales sobre RCP y que podía oscilar entre 0 y 10 (máximo nivel de conocimientos). Se calcularon índices de estadística descriptiva e inferencia estadística (test de X²) para contrastar la hipótesis de asociación entre edad y tiempo de experiencia profesional con el nivel de conocimientos. Los resultados: se obtuvo una tasa de respuesta del 85,1%. Un 85% eran mujeres. La media de respuestas correctas fue de 3,4. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a conocimiento entre los distintos servicios estudiados ($p = 0,79$), ni con la edad ($p = 0,32$), ni con el tiempo de experiencia profesional ($p = 0,32$). Concluyendo que los profesionales enfermeros no conocen adecuadamente las últimas recomendaciones sobre RCP, que tienen su origen en el informe del Consejo Europeo de Resucitación del año 2005 (14).

Rojas Luis, Abisman Andrés, Arab Juan (2012). Investigaron la Reanimación cardiopulmonar básica: conocimiento teórico, desempeño práctico y efectividad de las maniobras en médicos generales en Chile. Los evaluados superaron el proceso de selección riguroso en base a su buen desempeño académico en pregrado. Los médicos generales evaluados, reconocen la importancia de una RCP básica efectiva y una desfibrilación precoz. Sin embargo, existen deficiencias marcadas en el desempeño práctico. La mayoría de los médicos evaluados reconoce a su vez que su formación médica de pregrado fue insuficiente en RCP. Concluyendo que el éxito de la reanimación depende de maniobras bien realizadas, es necesario reforzar las destrezas en RCP y su mantención en el tiempo durante la formación médica (15).

Miró O., Díaz N., Escalada X., Pérez Pueyo F.J., Sánchez M. (2012). Realizaron una Revisión de las iniciativas llevadas a cabo en Barcelona-España para implementar la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. La parada cardiorrespiratorias (PCR) es una situación de máxima urgencia médica que potencialmente puede revertirse si se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica de forma inmediata. Sin embargo, esto sucede en menos del 25% de las PCR presenciadas por los testigos, por lo que es necesario incrementar el conocimiento de estas maniobras en la población general. Una forma de que este conocimiento pueda alcanzar a todos es introducir su enseñanza durante la educación obligatoria, como muchas organizaciones especializadas en esta materia recomiendan (16).

Farto O., Barcalas R., Abeleiras C. (2013). Investigaron sobre los Conocimiento, Ejecución y Percepción sobre la RCP en socorristas en España. Encontrando que los socorristas que participaron en este estudio tienen un buen conocimiento de la RCP con respecto a los protocolos de compresión y ventilación pero fueron menos precisos en cuanto a los protocolos de valoración primaria. Las habilidades de compresión se realizan generalmente con relativamente poca corrección de errores técnicos y no se encontraron diferencias significativas cuando se analizaron por edad, años de experiencia salvavidas, o de género. Los resultados también sugieren que los socorristas dominan las técnicas de RCP a excepción de una tendencia a sobre ventilar los pulmones. Esto es potencialmente perjudicial, ya que la hiperventilación aumenta la presión intratorácica, disminuyendo así el retorno venoso al corazón y reduciendo el gasto cardíaco. Concluyendo que se hace necesario pues mejorar estos aspectos en la formación inicial, así como aumentar la frecuencia de sesiones de reciclaje y actualización. Es aconsejable hacer hincapié y proporcionar formación adicional sobre las medidas de seguridad iniciales en la escena de una emergencia (17).

Sánchez G. Ana, Fernández A. José, Alonso P. Nuria, Hernández H. Isabel, Navarro V. Raquel, Rosillo C. Daniela. (2015) Valoraron el 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 (España). Encontrando que la totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización

de conocimientos. El 64,7 % se actualizó después del 2010 y 10,1% nunca se actualizó. El 30% de los médicos, el 90% de los residentes y el 7% de los enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios. Concluyendo, que es evidente la necesidad de cambios en la metodología de aprendizaje de los cursos impartidos en materia de RCP para profesionales y que el personal sanitario sí está concienciado de la necesidad de formación en esta materia (18).

Balcázar-Rincón, Luis Ernesto, Mendoza-Solís, Luis Arturo, Ramírez-Alcántara, Yunis Lourdes (2015). Evaluó el nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias en Chiapas México. (122 médicos y enfermeras del servicio de urgencias), mediante un cuestionario de 20 preguntas. Determinando que 89.3% de los encuestados demostraron conocimientos insatisfactorios. La formación académica del personal está asociada con el nivel de conocimientos ($p= 0.000$), la especialidad de urgencias médicas demostraron tener mejores conocimientos en reanimación cardiopulmonar ($= 0.000$). Concluyendo: en el personal de salud del servicio de urgencias presentan deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar, haciéndose necesario iniciar cursos y talleres de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada certificados por la American Heart Association (19).

Nacionales:

Mejía et al (2008). Evaluaron el nivel de conocimientos de estudiantes de medicina de las universidades peruanas, sobre emergencias médicas, con muestra de 2109 estudiantes de medicina, la edad promedio fue 21 años (rango: 15-32), el 51% de género masculino. El 53% habían realizado un curso previo relacionado con emergencias médicas. El 60,4% desaprobó el cuestionario, la nota promedio fue 4,95 sobre 10 puntos posibles y 5,9% obtuvieron de 8-10 puntos. Se encontró una fuerte asociación entre la universidad de procedencia (OR: 0,45, IC95% 0,38-0,54), la etapa académica (OR: 1,55, IC95% 1,28-1,87), cuándo recibieron un curso del tema (OR: 0,62, IC95% 0,50-0,77) y el género (OR: 1,38, IC95% 1,15-1,65). Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre emergencias médicas de los estudiantes de las once universidades evaluadas no es bueno, se sugiere evaluar y mejorar la formación práctica que brindan las universidades en temas de manejo de emergencias médicas (20).

Escalante K. Raffo. (2010) Escribió un artículo científicos acerca de las Guías de Reanimación Cardiopulmonar, con objetivo primordial, de hacer una aproximación a las Guías 2010 y principales cambios; resaltando que el entrenamiento y aprendizaje de ella se basa en los conceptos de metodología activa y simulación clínica, no se puede tener un conocimiento de la ciencia y protocolos de reanimación cardiopulmonar sin antes no haber experimentado la discusión de temas y desarrollo de casos escenarios vivenciales. Una de las estrategias más importantes es la diseminación de los conceptos contenidos en las Guías ILCOR de Reanimación Cardiopulmonar que se han consensuado en la ERC y AHA. Ello ha permitido que el personal de salud trate a los pacientes víctimas de paro cardíaco o emergencias cardíacas con mayor eficiencia. Las guías actuales fundamentan todos sus aspectos en investigación y recomendaciones, los cambios se iniciaron con una variación sustantiva de la cadena de supervivencia incorporando conceptos de integración de cuidados pos paro (21).

Falcón Alvino Madeleine P. (2014) investigó sobre el Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Concluyendo que el enfermero tienen un nivel conocimiento medio y bajo con tendencia al desconocimiento del cambio de secuencia de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar como son manejo de vías aéreas, respiración y compresiones torácicas (ABC) a Compresiones, manejo de las vías aéreas y respiración (CAB), el lugar, la frecuencia y la profundidad adecuada de las compresiones. Por ello se recomienda al enfermero (a) la capacitación continua y certificación en RCP Básica (22).

Sánchez Acuña C. (2015) Evaluó el nivel de conocimientos sobre Soporte Vital Básico (SVB) en los internos de medicina del departamento de Lambayeque 2015. Tomando como muestra a 120 internos del departamento de Lambayeque. Se utilizó un cuestionario previamente validado de acuerdo a las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) 2010. El nivel de conocimiento se clasificó como adecuado e inadecuado. Los resultados revelaron que sólo 18 internos (15%) presentaron un adecuado nivel de

conocimientos. La puntuación media obtenida fue 7,81 teniendo como referencia una escala de 0 a 20, con una desviación estándar de 1,4. El puntaje más alto por Institución Educativa fue 9,30. El nivel de conocimientos y la capacitación previa, muestra una asociación significativa en el análisis bivariada. Concluyendo que los internos estudiados tenían un inadecuado nivel de conocimiento y muestra la necesidad de realizar capacitaciones sobre SVB para mejorarlos (23)

Rojas Romero, L. (2015) Determinó el nivel de conocimiento sobre Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar básico del enfermero(a) del Servicio de Emergencia Adulto del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. La población/muestra de 42 enfermera (o)s. El caso de la medición de la variable utiliza la Escala de Estanones para la categorización de la variable de conocimiento (alto-medio-bajo). Encontrando 57.1% del personal evaluado tiene un conocimiento medio de RCP, el 54.8% de enfermeras tiene un conocimiento alto en RCP referente a compresiones torácicas, el 52.4% tiene un conocimiento alto referente a manejo de vía aérea, y el 73.8% un conocimiento alto de RCP, con respecto a la respiración. Concluyendo que los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica, el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento alto, en su gran mayoría conoce sobre el esquema de RCP, el tiempo de duración de cada ventilación y la ventilación boca-resucitador. Considerando estos aspectos muy importantes para realizar adecuadamente maniobras de RCP (24).

Cárdenas Trejo, Julissa Enimia, Huamán Mascco, Cledy Karin (2015) Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar en internos de medicina de la provincia de Ica, con una muestra de 69 Internos de medicina de los Hospitales de la Provincia de Ica. Se aplica una prueba de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar basada en la última guía actualizada por la AHA el 2015, compuesta de 18 preguntas de elección múltiple con 5 alternativas, calificándose como: aceptable, medio y escaso, de acuerdo a la escala de Stanones. Los resultados muestran la edad predominante de los internos fue de 25 años con el 26.9%, la Universidad de origen fueron alumnos egresados de la Universidad estatal, 62.7%. Solo el 19.4% indico que había recibido algún curso de RCP fuera de su Universidad de origen, además que según la prueba presentaron un nivel de conocimientos aceptable el 26.9%, nivel de conocimientos medio 52.2% y escaso nivel de conocimientos 20.9%.

Concluyendo que los internos de medicina presentó un conocimiento de nivel medio sobre reanimación cardiopulmonar (25).

Camacho Quesada J. (2016) Determinó los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico del profesional de enfermería en el servicio de Hospitalización Médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud. La población estuvo conformada por 30 Licenciados (as) en enfermería. Los resultados más relevantes fueron: 100% (30), 53% (16) no conocen sobre RCP básico y 47% (14) conocen. Los aspectos que conocen, 76.6% (23) está referido a la definición de la PCR, 86.6% (26) las causas y sobre el procedimiento de RCP un 86.6% (26) conocen sobre la búsqueda de respuesta para la realización de RCP. Y lo que no conocen es la definición del RCP 63.4% (19), el tiempo de la verificación del pulso 53.4% (16), el número de compresiones por minuto 60% (18), tiempo máximo que se da por cada ventilación 83.3% (25), colocación adecuada de los parches del DEA 66.6% (20), contraindicaciones del DEA con 73.4% (22). Concluyó que el mayor porcentaje de los enfermeros no conocen sobre RCP, un mayor porcentaje conocen la definición, causas, signos y síntomas de PCR y un porcentaje considerable no conocen acerca del tiempo máximo de ventilación, número de compresiones y uso adecuado de DEA (Desfibrilador externo automática (26).

Aranzábal-Alegría German, Verastegui-Diaz Araseli, Quiñones-Laveriano Dante M., Quintana-Mendoza Lizet Y., Vilchez-Cornejo Jennifer, Espejo Ciro B. et al .(2017) Determinar la asociación entre los factores socioeducativos y el nivel de conocimiento sobre RCP en el personal de salud de hospitales peruanos. Se realizó un estudio transversal analítico multicéntrico, con un muestreo por conveniencia a profesionales de la salud de 25 hospitales del Perú, mediante encuestas validadas en población local. Se calculó la estadística bivariada y multivariada con los modelos lineales generalizados. Los resultados revelaron que de 1.075 encuestados, el 52% fueron mujeres, la mediana de edad fue de 33 años, el 77% fueron médicos, el 61% estudiaron en universidades nacionales y el 62% llevaron previamente un curso/taller de primeros auxilios. El 59% desaprobaron el test de RCP. Estuvo asociado a tener un buen conocimiento de RCP el pasar una mayor cantidad de horas en el servicio de

emergencias (RPa: 1,003; IC95%: 1,002-1,004; $p < 0,001$), el ser médico (RPa: 1,51; IC95%: 1,13-2,03; $p = 0,027$) o el ser enfermera (RPa: 1,45; IC95%: 1,10-1,93; $p = 0,001$), ajustado por el haber llevado previamente un curso de RCP y la sede de encuestado. Concluyen que El nivel de conocimiento fue bajo; esto debe ser considerado para generar políticas de actualización y educación continua, para que el personal de salud esté preparado en la teoría y práctica, pudiendo así evitar complicaciones y muertes (27).

Hinostroza Huaman, Alex (2017). Valoró el nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar básica (RCPB) para mejorarlo, luego de una intervención educativa. Chiclayo. Estudio prospectivo, longitudinal en 150 policías del servicio de Radio Patrulla, se les aplicó un pre test y luego de la intervención educativa un pos test. Los datos se analizaron con el programa SPSS v. 22.0, aplicando el Chi cuadrado en las comparaciones respectivas con un ($Pv < 0.05$) significativo. Los resultados revelaron: El nivel de conocimientos en RCP Básica que predominó antes de la intervención educativa (IE) fue malo con 53.3% y después bueno con 33.3% y muy bueno con 23.3%. Antes de la IE se determinó que existe asociación entre el nivel de conocimientos y los siguientes factores, sexo masculino, edad de 18 a 31 años, realización previa de RCP y el menor tiempo de experiencia laboral de 1 a 10 años. Las características epidemiológicas que predominaron en los policías fueron: sexo masculino, edad de 18 a 31 años, no realizado RCP anterior, menor igual a dos intervenciones anteriores y tiempo laboral de 1 a 10 años. Concluyendo que la intervención educativa mejoró significativamente el nivel de conocimientos de los policías de la institución (28).

Local:

Palma Nilton (2009). Determinó el nivel de conocimiento habilidades y Prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el Hospital Regional de Cajamarca, encontrando que 23% del personal conoce y tiene habilidades sobre reanimación cardiopulmonar, lo cual está por debajo de estándares internacionales considerados normales. La preparación en el área académica de los internos superior a enfermeras y técnicos. Existe una diferencia marcada en cuanto al nivel de conocimiento, habilidades y prácticas por servicios, siendo el personal del área crítica y sobre

todo el personal de enfermería el que muestra mejor preparación en comparación con los servicios de Medicina, Ginecología, Pediatría y Cirugía, aun siendo superior en el área crítica los resultados no se consideran buenos. Concluyendo que en el personal contratado existe una mejor preparación en cuanto a Reanimación Cardiopulmonar básica, en comparación al personal nombrado (27)

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

A. Conocimiento:

Según Salazar Bondy es un acto es decir es la aprehensión de una cosa, u objeto, a través de un proceso mental y no físico. El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Este término indica un conjunto de datos que se obtener de una materia o ciencia. El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información.

El conocimiento puede ser A priori cuando no necesita de la experiencia solo le basta la razón para llegar a un conocimiento y A posteriori cuando necesita de la experiencia para llegar a un conocimiento válido.

También se define como la información que una persona tiene o adquiere sobre temas concretos. La mayoría de evaluaciones de conocimientos miden la capacidad de determinar la respuesta adecuada entre una variedad de respuesta y puede predecir lo que una persona puede hacer. Gestiona (28).

El conocimiento filosófico, se obtiene a través de documentos, razonamiento sistemático y metódico acerca de la naturaleza y existencia humana. El conocimiento filosófico es racional, analítico, totalizador, crítico e histórico.

El conocimiento científico, se adquiere a través de medios metódicos con el fin de explicar el porqué de las cosas y sus acontecimientos. El conocimiento científico es demostrable ya que cualquier persona o científico puede verificar las afirmaciones o falsedad de los hechos, así mismo, es crítico, racional, universal y objetivo.

El conocimiento empírico: puede ser señalado como el conocimiento vulgar, es aquel que se adquiere a través de las vivencias y experiencias propias, del medio donde el hombre se desenvuelve, es un conocimiento que se obtiene sin haberlo estudiado ni aplicado ningún método (29).

Para nosotros el conocimiento es la información que va recolectando una persona a lo largo de su ciclo vital a través de su relación con otras personas y su medio ambiente. Con una comprensión real de los acontecimientos y la integración de las percepciones en las estructuras cognitivas del individuo.

Conocimiento en salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la Traducción del Conocimiento como "la síntesis, el intercambio y la aplicación del conocimiento por parte de los partes interesadas para acelerar los beneficios de la innovación global y local en el fortalecimiento de los sistemas de salud y para mejorar la salud de las personas".

La incorporación de los resultados científicos de alta calidad relevante en el proceso de toma de decisiones se ha perfilado como una estrategia clave para mejorar los sistemas de salud garantizando el acceso equitativo a los servicios de salud y el avance hacia la Cobertura Universal en Salud. La toma de decisiones informadas por la evidencia se refiere al uso sistemático y transparente de los datos de investigación y del contexto y ámbito de su aplicación para mejorar la salud de las poblaciones (30).

B. Actitud.

Constituyen las respuestas de un individuo hacia todos los objetos y situaciones con las que guarda relación que se originan de la experiencia. Se componen de percepciones y conocimientos que se tengan sobre cierto objeto o situación, los sentimientos a favor o en contra estos, y la tendencia social a reaccionar de cierta manera ante ese objeto social o esa situación particular (31).

Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema. Las actitudes son predisposiciones y formas habituales de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona. Constituyen elementos fundamentales en el desarrollo de la personalidad y dan consistencia a la conducta del individuo (32).

Así mismo, la actitud se concibe como el comportamiento que tiene el ser humano frente a situaciones de la vida diaria tanto familiares como laborales y que expresa un estado de ánimo que lo predispone para actuar u obrar.

Actitudes en salud: Viene a ser la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante una situación en forma de rechazo, aceptación o indiferencia de los trabajadores de salud hacia el usuario que necesita y busca ser atendido por un problema de salud.

C. Reanimación cardiopulmonar

a. Paro Cardiorespiratorio:

El paro Cardiorespiratorio (PCR) es una de las emergencias más dramáticas cuyo tratamiento básico que todo médico debe saber enfrentar. El hecho fundamental es la detención súbita de la actividad miocárdica y ventilatoria, que determina una brusca caída del transporte de oxígeno a los tejidos, por debajo de los niveles compatibles con la vida.

Cuando el evento primario es un paro respiratorio, el corazón y el aire contenido en los pulmones pueden continuar oxigenando la sangre y manteniendo un adecuado transporte de oxígeno al cerebro y otros órganos vitales durante algunos minutos. Al cabo de este período se añade invariablemente el paro cardíaco, por anoxia miocárdica.

Si el evento se inicia con un paro cardíaco, la circulación se detiene y todos los órganos vitales quedan instantáneamente privados de oxígeno. La respiración cesa segundos después por hipoxia de los centros bulbares, aunque en algunos casos se mantiene una respiración agónica e ineficaz, más conocida por su nombre en inglés, gasping, que no debe ser considerada como respiración eficaz.

El paro Cardiorespiratorio puede estar asociado a cualquiera de los siguientes fenómenos: fibrilación ventricular, taquicardia ventricular, asistolia o disociación electromecánica.

Factores causales: Son múltiples los factores que pueden llevar a un paro cardio respiratorio entre ellos destacan:

- Isquemia y necrosis miocárdica. Son la principal causa de PCR, gatillando directamente una fibrilación ventricular.
- Hipoxia. Es la segunda causa más frecuente. Experimentalmente la hipoxia produce apnea cuando la P_aO_2 baja de 30 mmHg y paro cardíaco en asistolia al llegar a 15 mmHg. Las afecciones agudas del pulmón pueden causar apnea por fatiga muscular inspiratoria seguida de paro cardíaco hipóxico.
- Exanguinación. Es una causa frecuente de PCR, pudiéndose deber a trauma o hemorragia masiva, principalmente digestiva. El PCR se produce por disociación electromecánica, pero frecuentemente aparece una fibrilación ventricular secundaria. Estos enfermos tienen probabilidad de sobrevivir si durante la resucitación se efectúa una reposición masiva de sangre.

- Trastornos electrolíticos y metabólicos. La hipercalcemia, hiperkalemia e hipermagnesemia pueden provocar paro cardíaco en asistolia o fibrilación ventricular. La acidemia metabólica extrema ($\text{pH} < 6,9$) determina PCR en asistolia. La alcalemia metabólica intensa ($\text{pH} > 7,8$) puede inducir paro cardíaco por fibrilación ventricular. Una hipoglicemia menor de 30 mg/dl mantenida por más de 2 horas provoca, en algunos casos, paro en asistolia.
- Drogas. Entre éstas destacan los depresores del SNC, en la medida en que determinan hipoventilación alveolar. También pueden provocar PCR, favoreciendo la génesis de arritmias, los antidepresivos tricíclicos, los digitálicos, las teofilinas y los simpaticomiméticos. Paradójicamente, algunos antiarrítmicos como amiodarona y quinidina son capaces de provocar PCR por arritmias ventriculares.
- Pronóstico: Los resultados obtenidos con las maniobras de resucitación cardiopulmonar se consideraron muy buenos durante las primeras dos décadas que siguieron a su introducción en 1960. Es muy probable que las maniobras fueran aplicadas a grupos relativamente selectos de enfermos, pues estudios recientes muestran una realidad diferente, que refleja probablemente la utilización indiscriminada del método en una población que progresivamente tiene edades más avanzadas y una mayor comorbilidad. Tratamiento: Cuando se enfrenta a un paciente en paro cardiorrespiratorio, la primera duda que surge es si el enfermo debe resucitarse. Como recomendación general, es preferible considerar inicialmente a todo paciente en PCR potencialmente recuperable, porque el tiempo que se pierde en hacer averiguaciones significa, en estas circunstancias, la diferencia entre la vida y la muerte. Si ya iniciadas las maniobras se establece que el enfermo no tiene indicación de resucitación cardiopulmonar, éstas se suspenden (33).

b. Reanimación cardiopulmonar Básica:

El Soporte Básico de Vida (SBV), es el fundamento de la atención al paciente en la parada cardiorrespiratorias, con el objetivo de mantener principalmente, la perfusión de los órganos vitales, a través de las maniobras continuas y la oxigenación. Los aspectos fundamentales del

SBV incluyen el reconocimiento inmediato del paro cardíaco y la llamada del servicio de emergencia, RCP rápido y la desfibrilación rápida (34).

Las compresiones torácicas consisten en aplicaciones rítmicas y fuertes en la mitad inferior del esternón, y deben ser realizadas rápidamente en todos los pacientes que se encuentran en parada cardíaca. Ellas son efectivas cuando se aplican de forma intensa y rápida, con una frecuencia de como mínimo, 100 por minuto y una profundidad de un mínimo de 5 cm. El retorno completo del tórax debe darse después de cada compresión, permitiendo que el corazón se llene completamente antes de la próxima compresión. La relación compresión-ventilación de 30:2 se mantuvo hasta la utilización de un dispositivo avanzado de vía aérea, que pasará para compresiones torácicas continuas (como mínimo, 100 por minuto) y 1 ventilación a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilaciones por minuto).

El cansancio de la persona que realiza las compresiones torácicas puede conllevar a una inadecuada frecuencia y profundidad del masaje cardíaco. El cansancio significativo con compresiones superficiales es común después de un 1 minuto de RCP. Cuando dos o más reanimadores están disponibles, es lógico que se turnen a cada 2 minutos (o cinco ciclos de compresión-ventilación en la frecuencia 30:2), para prevenir la reducción de la calidad en las compresiones. Ese cambio debe ocurrir durante cualquier intervención asociada a la interrupción apropiada en la compresión torácica (por ejemplo, durante la desfibrilación). Todos los esfuerzos deben hacerse para realizar el cambio en menos de 5 segundos. El anestesista necesita evitar al máximo, las interrupciones e intentar limitarlas a no más que 10 segundos. Destacamos el cambio en esa nueva directriz, en el sentido de recomendar el inicio de la RCP a través de la compresión torácica antes de la ventilación (C-A-B, en vez de A-B-C). Esa alteración refleja la creciente evidencia de la importancia de las compresiones torácicas.

El segundo paso después de realizadas las compresiones de alta calidad, se inicia con la abertura de las vías aéreas, y puede ser realizada por la hiperextensión del cuello (maniobra de head tiltchinlift), cuando no existe ninguna evidencia de trauma craneal o cervical. Entre

0,12% y 3,7% de las víctimas de trauma presentan una lesión medular, y el riesgo es acentuado en pacientes con trauma cráneo facial o escala de coma de Glasgow < 8 22,23 o incluso ambos.

Si el anestesista sospecha de alguna lesión cervical, se debe utilizar la maniobra de abertura de las vías aéreas a través de la elevación de la mandíbula sin hiperextensión del cuello (maniobra de jaw trust), pero si ella se muestra ineficaz, se debe realizar la maniobra de head tiltchinlift. Muchas de las recomendaciones referentes al proceso de ventilación que están en la Directriz de 2005 se han mantenido. Durante la RCP, el objetivo primario de la ventilación asistida es el mantenimiento de una oxigenación adecuada, y el objetivo secundario es la eliminación del CO₂. Cada ventilación debe ser realizada durante 1 segundo, con un volumen corriente suficiente para promover la expansión torácica visible. Durante la RCP, el débito cardíaco es de aproximadamente 25% a 33% de lo normal, por lo tanto el cambio de oxígeno y de CO₂ por los pulmones se reduce. Como resultado, un bajo volumen minuto (menor que el volumen corriente y la frecuencia respiratoria normales) puede mantener la oxigenación y la ventilación efectivas 25-28. Por esa razón, durante la RCP en adultos, el volumen corriente de aproximadamente 500 a 600 ml (6 a 7 mL.kg⁻¹) es suficiente.

Es muy importante tener en cuenta la ventilación excesiva no es necesaria y debe ser evitada, porque ocasiona la distensión gástrica, resultando en complicaciones como, por ejemplo, regurgitación y bronco aspiración. Y lo más importante: puede ser perjudicial por aumentar la presión intratorácica, disminuir el retorno venoso, reducir el débito cardíaco y la sobrevida. Sin embargo, no existen investigaciones suficientes que recomienden los valores ideales de volumen corriente, frecuencia respiratoria o fracción inspirada de oxígeno durante el proceso de resucitación.

Durante los primeros minutos de una parada cardíaca en fibrilación ventricular (FV), las ventilaciones no son tan importantes como la compresión torácica, porque el oxígeno presente en la sangre arterial del paciente en PCR, permanece inalterado hasta el inicio de la RCP; en seguida, la presión parcial de oxígeno se mantiene adecuada durante varios minutos de reanimación. Para las víctimas de parada cardíaca prolongada, la ventilación y la compresión son igualmente importantes, porque el oxígeno arterial está reducido y la presión alveolar de

oxígeno es insuficiente. Las ventilaciones y las compresiones también son igualmente importantes en pacientes con parada cardíaca por asfixia, ahogamiento o niños que están en situación hipoxémica.

No se recomienda el uso de rutina de la técnica de compresión del cartílago cricoideo durante las ventilaciones. Siete estudios aleatorios y controlados demostraron que la presión cricoide puede atrasar o evitar la correcta colocación del dispositivo de la vía aérea avanzada, y la aspiración puede ocurrir pese a la maniobra (35).

c. Reanimación cardiopulmonar Avanzada.

Para el tratamiento del paro cardíaco, las intervenciones del soporte avanzado de vida deben venir precedidas de un soporte básico adecuado, con el reconocimiento y la ayuda rápida, la RCP y la desfibrilación rápidas, para aumentar la probabilidad del retorno de la circulación espontánea (RCE), con la terapia medicamentosa y el uso de dispositivos avanzados de vía aérea y monitorización. Después de la RCE, la sobrevida y el resultado neurológico pueden ser mejorados con los cuidados específicos y sistemáticos posteriores a la parada en una UCI con el uso de hipotermia terapéutica y la reducción de la fracción inspirada de oxígeno, con el menor valor para obtenerse una saturación arterial de oxígeno de un 94%.

La nueva directriz del 2010, recomienda el uso de capnografía y capnometría durante el peri-PCR, para confirmar la intubación traqueal y efectuar el seguimiento de la calidad de las compresiones torácicas. La atropina no se recomienda más como rutina para el tratamiento de los pacientes en una actividad eléctrica sin pulso (AESP) o asistolia (35).

Control de las vías aéreas y ventilación: Durante el proceso de ventilación del paciente en PCR, todavía no se sabe cuál es el valor ideal de la fracción inspirada de O₂ (FiO₂) a ser utilizado. Aunque la exposición prolongada a FiO₂ de 100% sea potencialmente tóxica, no hay pruebas suficientes que indiquen esa aparición en los pacientes sometidos a un corto período de tiempo durante la RCP. El uso empírico de la FiO₂ de 100% durante la RCP

optimiza la concentración arterial de oxígeno, aumentando la oferta de O₂, cuyo uso es recomendado.

Todos los profesionales de salud deben ser entrenados y habilitados a utilizar el dispositivo bolsa-válvula-máscara durante las ventilaciones. Pero ese uso no se recomienda cuando el profesional realiza la RCP solo, siendo más eficiente en esos casos, la ventilación boca a boca o boca-máscara. Cuando un segundo socorrista está a disposición, el dispositivo bolsa-válvula-máscara puede ser utilizado, siempre que esa persona esté debidamente entrenada y tenga la experiencia suficiente. La bolsa adulta (1 a 2 L) debe ser usada, para generar aproximadamente 600 ml. de volumen corriente, suficiente para promover la expansión torácica por 1 segundo.

Debido al hecho de que la obstrucción de las vías aéreas superiores provenga de la caída de la lengua, el uso de las cánulas orofaríngeas puede generar una mejoría en la calidad de la ventilación. Aunque los estudios no consideren específicamente el uso de la cánula orofaríngea en pacientes con PCR, y la inserción incorrecta empeore la obstrucción debido al desplazamiento de la lengua hacia la región pósterio - inferior, ese dispositivo está recomendado para el uso en pacientes inconscientes por personas entrenadas. El momento de la obtención de una vía aérea avanzada debe ser evaluado de acuerdo con el coste-beneficio durante la RCP. No hay estudios suficientes que revelen el momento ideal para ese fin. En un registro de 25.006 PCR intrahospitalario, la obtención precoz de la vía aérea avanzada (< 5 minutos), no estuvo asociada con el aumento del retorno a la circulación espontánea, pero sí con el aumento de la sobrevida en 24 horas.

La intubación traqueal era considerada como el método óptimo del manejo de la vía aérea en un paciente en PCR. El tubo traqueal mantiene la patencia de las vías aéreas y permite la aspiración de secreciones, ventilaciones con altas FiO₂ y ajustes refinados del volumen corriente, proporcionando una vía alternativa para la administración de las determinadas medicaciones. Es bueno dejar constancia de que, con el uso de un balón se puede proteger las vías aéreas de la aspiración. Aunque la intubación pueda ser realizada durante las compresiones torácicas, frecuentemente está asociada a la interrupción de las compresiones

por varios segundos. La nueva directriz, recomienda el uso de dispositivos supra-glóticos como una alternativa a la intubación endotraqueal. La máscara laríngea (ML), cuando se compara con la máscara facial, genera una ventilación más segura y confiable.

Aunque la ML no garantice la protección absoluta contra la aspiración, algunos estudios han revelado que la regurgitación es menor con la ML que con la máscara facial, y la aspiración es algo poco común. Cuando se le compara al tubo traqueal, la ML genera una ventilación equivalente, y la ventilación durante la RCP tiene un éxito ya relatado en un 72% a un 97% de los pacientes. Para el profesional de salud habilitado, el uso de ML es una alternativa aceptable para la ventilación con bolsa-válvula-máscara o intubación traqueal para el manejo de las vías aéreas de los pacientes en parada cardíaca. Una vez que se inserta el dispositivo avanzado de vía aérea, debe ser evaluado para garantizar el correcto posicionamiento. En un estudio retrospectivo, la intubación traqueal estuvo asociada a una incidencia de un 6% a un 25% de posicionamiento incorrecto o desplazamiento del tubo no diagnosticado. Esa evaluación ocurrirá durante las maniobras de RCP a través del examen físico (expansión bilateral del tórax y auscultación pulmonar y epigástrica), además de la identificación del CO₂ espirado y de las curvas de capnografía.

Estudios con el uso de la capnografía para la verificación del posicionamiento del tubo traqueal en pacientes en PCR, han venido demostrando un 100% de sensibilidad y especificidad para el correcto diagnóstico. A partir de ese momento, las ventilaciones y las compresiones se dan de forma ininterrumpidas (8 a 10 ventilaciones por minuto y 100 compresiones por minuto), a menos que la ventilación sea inadecuada cuando las compresiones no se interrumpen.

Manejo de paro cardíaco: Estos pueden ocurrir por cuatro diferentes ritmos: fibrilación ventricular (FV), taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), actividad eléctrica sin pulso (AESP) y asistolia.

La FV representa una actividad eléctrica desorganizada y la TVSP, una actividad eléctrica ventricular organizada, ambas sin la capacidad de generar flujo sanguíneo. La AESP engloba

un grupo heterogéneo de ritmos eléctricos organizados asociado a la ausencia o a la ineficaz actividad ventricular mecánica. La asistolia representa la ausencia de actividad eléctrica ventricular detectable.

Entender la importancia del diagnóstico y del tratamiento de la causa-base es fundamental para el manejo de todos los ritmos del paro cardíaco. Durante la RCP, debemos considerar los “Hs” y “Ts” para identificar y tratar los factores responsables por la parada o que están dificultando el éxito de la resucitación.

Fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso: Cuando se realiza el diagnóstico de FV o TVSP, debemos proceder al masaje cardíaco inmediatamente, mientras que una segunda persona transporta el desfibrilador. El intervalo sin RCP para la desfibrilación debe ser el más corto posible, con un trabajo en equipo y bien sincronizado. Si el desfibrilador que disponemos es el bifásico, la carga utilizada debe ser aquella indicada por el fabricante (120 o 200 J), o la carga máxima. En el caso de monofásico, debemos utilizar una carga de 360 J. Después del choque, el masaje cardíaco debe ser restablecido (sin verificación del ritmo o del pulso), de forma inmediata por 2 minutos. Después de ese período, la secuencia se repite, iniciándose por el chequeo del ritmo.

El puño de percusión precordial (masaje precordial), puede ser considerado solamente en las taquicardias ventriculares inestables comprobadas por medio de monitorización y cuando un desfibrilador no está inmediatamente a disposición para su uso, no debiendo atrasar la RCP y la desfibrilación.

Cuando la FV o TVSP persisten después del primer choque y un período de 2 minutos de RCP, se puede utilizar un vasopresor con el objetivo primario de aumentar el flujo sanguíneo miocárdico. El efecto máximo de los agentes vasopresores endovenosos (EV) / intraoseos (IO), administrados en bolos, es de 1 a 2 minutos. Si el choque falla en revertir el ritmo de parada cardíaca, debemos aplicar enseguida el vasopresor para optimizar el potencial impacto del aumento del flujo sanguíneo del miocardio antes de la próxima desfibrilación. Sin embargo si el choque resulta en un ritmo que genere pulso, la dosis del vasopresor administrada antes

de la verificación del ritmo y del pulso puede generar en tesis, un efecto perjudicial en la estabilidad cardiovascular.

Se debe evitar esa complicación con el uso de la monitorización continua para la detección precoz del retorno de la circulación espontánea (RCE), durante las compresiones torácicas, como capnografía, presión arterial invasiva y saturación venosa central continua. También debemos adicionar pausas para chequear el ritmo y el pulso después del choque; antes de la inyección del vasopresor, reducir la perfusión miocárdica por un período crítico pos choque puede reducir las chances de RCE. Está clínicamente comprobado que la amiodarona es el agente antiarrítmico de primera categoría en la parada cardíaca, por aumentar las tasas de RCE. Su uso está indicado en los pacientes en FV/TVSP que no responden a la RCP, desfibrilación y terapia vasopresora. Si falta la amiodarona, la lidocaína puede ser considerada, pero estudios clínicos no han revelado el aumento de la tasa de RCE de la lidocaína cuando se compara con la amiodarona. El diagnóstico y el tratamiento de los factores que causan la FV/TVSP son fundamentales para el correcto manejo de todos los ritmos de PCR. El anestesista debe siempre recordar los 5 Hs y los 5 Ts para identificar el factor causante de la PCR o aquel que puede estar complicando el proceso de reanimación.

Actividad eléctrica sin pulso y asistolia: Al chequear el ritmo del paro cardíaco y no observar indicación de choque eléctrico, las compresiones torácicas deben ser rápidamente iniciadas por 2 minutos hasta una nueva verificación del ritmo. Cuando ese ritmo se organice, debemos verificar el pulso. En presencia de pulso, los cuidados pos parada deben ser iniciados inmediatamente. Un vasopresor puede ser administrado enseguida, con el fin primario de aumentar el flujo sanguíneo miocárdico y cerebral durante la RCP y alcanzar el RCE. Existen pruebas disponibles que sugieren que el uso de rutina de la atropina durante AESP o asistolia no es beneficioso. Por esa razón, la atropina fue retirada de las nuevas directrices de RCP. Con frecuencia, la actividad eléctrica sin pulso es causada por condiciones reversibles que pueden ser tratadas con éxito si se identifican correctamente. Durante los 2 minutos de compresiones torácicas, el anestesista debe recordar los 5 Hs y los 5 Ts, que son los que deben haber conllevado a la PCR y corregirlos adecuadamente. La asistolia es generalmente un ritmo

final que viene posteriormente a un FV prolongado o AESP, siendo, por tal motivo, el pronóstico generalmente muy malo.

Monitorización durante la RCP: Según las nuevas directrices del 2010, existe un mayor énfasis en la monitorización fisiológica con el objetivo de optimizar la calidad de la RCP y detectar rápidamente el RCE. Estudios en animales y en humanos, nos indican que el seguimiento de la fracción espirada de CO₂ (ETCO₂), presión de perfusión coronaria (PPC), y saturación venosa central de oxígeno (SvcO₂), suministran informaciones valiosas del proceso de RCP y de la respuesta del paciente al tratamiento. Además, un aumento abrupto en cualquier uno de esos parámetros es un indicador sensible de RCE que puede ser monitorizado sin interrumpir las compresiones torácicas.

Aunque sea una práctica común, no hay estudios que comprueben la validez de la palpación del pulso durante las maniobras de RCP. La vena cava inferior no posee válvulas, y por tanto, el flujo sanguíneo retrógrado del sistema venoso puede producir una pulsación de la vena femoral. El pulso carotideo durante la RCP no revela la eficacia de la perfusión miocárdica o cerebral. La utilización de capnografía y de capnometría continua durante todo el período peri-RCP es una recomendación formal. Con la realización de una ventilación constante, la ETCO₂ presenta una buena correlación con el débito cardíaco durante la RCP. Tal correlación puede ser alterada con la administración de bicarbonato de sodio endovenoso. Eso ocurre por el hecho de que el bicarbonato se convierte en CO₂ y agua, provocando el aumento transitorio de la eliminación del CO₂ por los pulmones, no debiendo esa alteración ser interpretada equivocadamente como una señal de RCE.

De manera inversa, la administración de vasopresores causa una reducción transitoria de la ETCO₂ debido al aumento de la poscarga y a la reducción del débito cardíaco, no debiendo tal hecho ser interpretado como una reducción de la calidad de la RCP. La presencia de valores persistentes de ETCO₂ bajos (< 10 mmHg) durante la RCP en pacientes intubados sugiere que el RCE es algo improbable. Un estudio reveló que bajos valores de ETCO₂ en pacientes no intubados durante la RCP no es un predictor confiable para alcanzar la RCE. Un escape durante la ventilación con máscara facial o dispositivo supra glótico puede resultar en bajos

valores de ETCO₂. Si la ETCO₂ es < 10 mmHg en pacientes con ventilación sin escape, debemos realizar la mejoría en la calidad de la RCP con la optimización de los parámetros de compresión torácica. Si la ETCO₂ aumenta de forma abrupta hacia valores normales (35 a 40 mmHg), debemos considerar como indicación del RCE. La presión de perfusión coronaria (presión diastólica de la aorta – presión diastólica del atrio derecho) durante la RCP, se correlaciona con el flujo sanguíneo miocárdico y RCE.

Un estudio en humanos revela que el RCE está relacionado cuando la PPC es ≥ 15 mmHg durante la RCP. El objeto específico de la presión arterial diastólica para optimizar las chances del RCE no se ha establecido. La presión arterial diastólica debe ser usada en la monitorización de la calidad de RCP, optimizando las compresiones torácicas y guiando la terapia vasopresora. Si la presión diastólica es < 20 mmHg, debemos intentar mejorar la calidad de las compresiones, con el uso de vasopresor o ambos. La monitorización de la presión arterial invasiva también puede ser utilizada para detectar el RCE de forma más rápida durante las compresiones torácicas.

Los pacientes monitorizados con SvcO₂ continua presentan durante la RCP, valores de 25% a 35% (valores normales de 60% a 80%), lo que revela un flujo sanguíneo inadecuado.

En un estudio clínico, la presencia de SvcO₂ < 30% durante la RCP estuvo asociada con la falta de éxito para el RCE.

Por esa razón, si la SvcO₂ es inferior al 30%, se recomienda la mejoría en las maniobras de resucitación.

El uso del ecocardiograma durante la parada cardíaca todavía no fue estudiado específicamente y se evaluó su impacto en el resultado. Sin embargo, algunos estudios sugieren que el ecocardiograma transtorácico y transesofágico tiene una potencial utilidad en el diagnóstico y en el tratamiento de las causas del paro cardíaco, como taponamiento cardíaco, embolismo pulmonar, isquemia y disección de la aorta (34).

Terapia medicamentosa: El objetivo primario de la terapia farmacológica durante la parada cardíaca es facilitar la recuperación y el mantenimiento del ritmo espontáneo con la perfusión. Con ese objetivo, el uso de medicaciones está asociado al aumento de RCE, pero no al aumento de sobrevida a largo plazo con un buen resultado neurológico.

La adrenalina produce un efecto beneficioso en el paciente en parada cardíaca por la estimulación de los receptores alfa adrenérgicos, aumentando la presión de perfusión coronaria y la presión de perfusión cerebral. La dosis de 1 mg EV/IO se hace a cada 3 o 5 minutos durante la PCR. Dosis más potentes pueden ser utilizadas cuando estén indicadas para el tratamiento de problemas específicos, como la sobredosis de betabloqueante o bloqueante de canal de calcio, o también cuando hay una monitorización hemodinámica invasiva. Si el acceso venoso o intraóseo no está disponible, la adrenalina en la dosis de 2 a 2,5 mg puede ser administrada vía endotraqueal, seguida de 10 ml de suero fisiológico estéril.

Los ensayos clínicos randomizados y los metanálisis no han logrado demostrar la diferencia en los resultados (RCE, sobrevida y resultado neurológico), con el uso de la vasopresina 40 U EV versus adrenalina 1 mg EV. Por esa razón, una dosis de vasopresina 40 U EV/IO puede reemplazar a la primera o la segunda dosis de adrenalina en el tratamiento del paro cardíaco.

No hay pruebas de que ninguna medicación antiarrítmica administrada de rutina durante la parada cardíaca aumente la sobrevida. Pero la amiodarona demostró el aumento de la sobrevida a corto plazo cuando se le comparó con el placebo o la lidocaína, debiendo ser considerada en los casos de FV/ TVSP de no respuesta a la RCP, desfibrilación y terapia vasopresora, en dosis inicial de 300 mg EV/IO, seguida de una dosis de 150 mg EV/IO si fuere preciso. No existen pruebas que sustenten el uso de lidocaína en los pacientes con FV/TVSP refractaria, la cual debe ser utilizada solamente en la ausencia de la amiodarona en dosis inicial de 1,0 a 1,5 mg.kg⁻¹ EV, y dosis adicionales de 0,5 a 0,75 mg.kg⁻¹ EV con intervalos de 10 minutos, y dosis máxima de 3 mg.kg⁻¹. El sulfato de magnesio en la parada cardíaca no se recomienda como rutina, sino solamente en presencia de torsades de pointes (puntas retorcidas), en dosis de 1 a 2 g EV/IO diluidos en 10 ml de suero glucosado.

Estudios clínicos han demostrado que hay evidencias conflictivas en cuanto al beneficio del uso de la atropina como rutina en la parada cardíaca 96,97. Por eso, la atropina fue retirada del protocolo de asistolia y AESP en esa última actualización. Observamos que el uso de bicarbonato de sodio durante la parada cardíaca está relacionado con una serie de eventos adversos, que comprometen la presión de perfusión coronaria por reducción de la resistencia vascular sistémica 98. Además, genera alcalosis extracelular, hipernatremia, hiperosmolaridad, exceso de CO₂ y acidosis intracelular paradójica. En situaciones especiales de reanimación, la acidosis metabólica preexistente, hipercalemia o la sobredosis por antidepressivo tricíclico, el bicarbonato puede ser beneficioso. Sin embargo, no se recomienda el uso de rutina del bicarbonato de sodio para pacientes en parada cardíaca. Y tampoco se recomienda el calcio en la RCP por falta de evidencias (37).

2.3. VARIABLES.

1. Conocimientos del personal del servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado.
2. Actitudes del personal del servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado

• **Operacionalización de variables**

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Caracterizar demográficamente al personal que labora en el Servicio de Emergencia que labora en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota.	Características Sociodemográficas del personal	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.(38)	1. Edad 2. Sexo 3. Ocupación 4. Residencia 5. Antigüedad laboral	<ul style="list-style-type: none"> • 60 - 64 años • 70 - 74 años • 75 a 79 • 80 años a mas • Femenino • Masculino • Médico • Médico especialista • Enfermera (o) • Obstetra. • Técnico de enfermería • Zona Urbana • Rural • Zona Urbana Marginal • < 5 años • 6 - 10 años • 11 - 20 años • 20 a más
Identificar los antecedentes de formación en RCP de la muestra estudiada	Información académicas del personal		Años de graduado	<ul style="list-style-type: none"> • < 2años • 2 - 5 años • 6 - 10 años • 11 - 15 años • 16 – 20 años • > 20 años

<p>Valorar los conocimientos del personal que labora en el Servicio de Emergencia y en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado adecuados a los protocolos y guías vigentes.</p>	<p>Conocimientos de RCP básico y RCP avanzado del personal</p>	<p>Es un acto es decir es la aprehensión de una cosa, u objeto, a través de un proceso mental y no físico. El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza,</p>	<p>Especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados intensivos. • Emergencias. • Otra • Ninguna <p>Capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCP básico • RCP avanzado • Duración <p>• Participación en RCP real</p> <p>• Práctica en maniqués</p> <p>• Capacitación de RCP los últimos 3 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCP Básico • RCP avanzado • Otro <p>• Cuestionario de RCP básico</p> <p>• Cuestionario de RCP Avanzado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • 1 – 5 días • 5 días a más <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
--	--	--	--	--

<p>Identificar las actitudes en la práctica de Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado del personal que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.</p>		<p>cualidades y relaciones de las cosas.(28)</p> <p>Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema. Las actitudes son predisposiciones y formas habituales de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona. Constituyen elementos fundamentales en el desarrollo de la personalidad y dan consistencia a la conducta del individuo (32)</p>	<p>• Liker con proposiciones positivas o negativas sobre RCP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy de acuerdo (5) • Algo de acuerdo (4) • Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) • En desacuerdo (2) • Desacuerdo <p>Actitud positiva 45 a 75 puntos Actitud negativa.15 a 30 puntos</p>
--	--	--	--	---

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y de corte transversal.

Descriptivo: porque permitirá describir los conocimientos y actitudes del personal de salud que labora en Servicio de Emergencia, el Hospital José Soto Cadenillas sobre RCP básico y avanzado.

Transversal: Porque la recolección de datos se realizará en un solo corte en el tiempo, entre los meses de marzo y abril del presente año.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Estará constituido por el total de personal de salud que laboran en el Servicio de Emergencia, que desarrollan labor asistencial directa a la población, que son un total de 36, como se especifica a continuación:

PERSONAL	TOTAL
Profesionales:	
Médicos Especialista	10
Médico Cirujano	5
Enfermera	6
Obstetiz	5
Técnicos:	
Técnicos de Enfermería	10
TOTAL	36

Criterios de inclusión:

Personal profesional y técnico que labora en el Servicio de Emergencias del Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota, que desarrolla labor asistencial directa a la población.

3.3. UNIDAD DE ANALISIS Y OBSERVACION

Constituido por cada profesional de salud y técnico de enfermería que labora en el servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota.

3.4. AMBITO DE ESTUDIO.

El Hospital de Chota, fue creado por iniciativa y gestión de diversas personas, como el diputado Benedicto Zevallos Chávez, Víctor Tantaleán Banini él y la ciudadanía de Chota, quienes lograron el cumplimiento de la Ley N° 9705, que dispone la construcción de un Hospital obteniéndose la partida en 1964, el Gobierno del Arquitecto Fernando Belaunde Terry, el mismo que en sus inicios dependía de la Beneficencia Pública.

Fue inaugurado el 19 de mayo de 1968, como Dependencia del Ministerio de Salud, su primer director al Dr. Filadelfio Horna Calla, acompañado por cuatro médicos, un odontólogo, una obstetrix, tres enfermeras, 15 auxiliares de enfermería y 40 trabajadores de administración y servicios, el 01 de abril de 1971 se hace cargo de la dirección el Dr. José Hernán. Soto cadenillas, que desde 1996 lleva como nombre actualmente lo dirige el Dr. Gustavo Adolfo Vallejo Barboza.

Dicho nosocomio cuenta con los servicios de: Emergencia, Cirugía, Pediatría, Medicina, Gineco Obstetricia, Sala de Operaciones, Consultorios Externos y Hospitalización (Medicina General, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Gastro Enterologia, PAI CRED, Materno Perinatal, Nutrición, Salud Ocupacional, Planificación Familiar, Servicio Social, Psicología), Servicio de Farmacia, Odontología, Ecografías, Servicios Generales y de Mantenimiento, Laboratorios Rayos X, Fisioterapia, Servicio de Ambulancia.

En el laboran un total de 212 trabajadores distribuidos en los diferentes servicios y horarios establecidos.

En el Servicio de Emergencia, lugar donde se desarrolló la investigación, se encarga de recepcionar el paciente en situación de Urgencia y/o Emergencia, para brindar los primos Auxilios y estabilizar al paciente, inmediatamente es evaluado por el personal médico de turno en trauma shock, cuenta con personal profesional, especialista y técnico, cuenta con área de observación de varones y mujeres, 03 Tópicos, el dicho servicio laboran un total de 40 personas entre profesionales, técnicos y administrativos.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Como técnica se utilizó la entrevista personal y como instrumentos el cuestionario semi estructurado para valorar los conocimientos y la escala tipo Likert, para medir actitudes del personal que labora en Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas.

3.6. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El Cuestionario semiestructurado elaborado por la investigadora, centrado en las recomendaciones sobre RCP básica y Avanzada de la ERC 2010, el mismo que está organizado en cinco acápite, el primero contiene las características socio demográficas del personal: sexo, edad, religión, ocupación, tiempo de ejercicio profesional. El segundo referido a información académica como años de graduado y especialidad. El tercero, datos de capacitación en RCP básico y avanzado. El cuarto conocimientos de RCP básico y avanzado.

Para identificar las actitudes del personal durante el RCP básico y avanzado, se ha elaborado una escala tipo Likert. Que ofrece afirmación personal y se pide que la califique del 0 al 4 según su grado de acuerdo con la misma. Estas afirmaciones pueden reflejar actitudes positivas hacia algo o negativas. Las primeras se llaman favorables y las segundas desfavorables. Es muy importante que las afirmaciones sean claramente positivas o

negativas, toda afirmación neutra debe ser eliminada. Con 15 proposiciones positivas y negativas, que fueron medidas en adecuadas (3), medianamente adecuada (2) e inadecuadas (1) (39).

3.7. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Se solicitó la opinión de tres profesionales expertos en urgencias y cuidados críticos, quienes revisaron el instrumento, haciendo algunas recomendaciones de redacción levantadas las observaciones se aplicó al 10 % del personal que labora en el Servicio de Emergencias del Hospital General de la provincia de Bambamarca, por tener características similares a los profesionales del Hospital de Chota., los que fueron sometido a la prueba del Alfa de Crombach con una puntuación de 0.8

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Luego de la recolección de datos se procedió a su revisión y respectiva codificación. Para el procesamiento electrónico se usó la hoja de cálculo del software Microsoft Excel 2013 y generar la base de datos, procesándose a través del paquete estadístico SPS Versión 22, medidas estadísticas de tendencia central, frecuencias y porcentajes; las que se presentan en tablas simples, con su análisis, interpretación y discusión

3.9. ASPECTOS ÉTICOS.

Se realizaron las coordinaciones con las autoridades del Hospital José Soto Cadenillas de la ciudad de Chota, la Jefe de Enfermeras y el personal que labora en el servicio de Emergencia, obteniendo el permiso y facilidades correspondientes, asegurándoles la confidencialidad de los datos obtenidos, los mismos que fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación; firmando voluntariamente la hoja de consentimiento informado (Apéndice 1).

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 01. Características sociodemográficas del personal de Emergencia Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	N°	%
Edad		
26 - 45	18	50
46 - 65	18	50
Sexo		
Masculino	23	63.9
Femenino	13	36.1
Ocupación		
Médico general	5	13.9
Enfermero (a)	6	16.7
Médico con especialidad	10	27.8
Obstetra	5	13.9
Técnico de Enfermería	10	27.8
Antigüedad laboral		
< 5 años	5	13.9
6 - 10 años	5	13.9
11 – 20 años	12	33,3
20 a +	14	38.9
TOTAL	36	100.0

Fuente: Cuestionario semi estructurado, elaborado por la investigadora

Los resultados de la tabla 1, revelan que el 50% del personal de Emergencia Hospital José Soto Cadenillas de Chota, tienen de 26 a 45 años de edad y el otro 50 % de 46 a 65 años de edad. 63.9% son de sexo masculino, 27,8 % son médicos con especialidad y técnicos de enfermería respectivamente 16.7 %, enfermeros y 27.8 % entre médico general y obstetras.

Balcázar L (2015) realizó una investigación con algunas similitudes a la nuestra, entre las características sociodemográficas fueron 39.3% de hombres y 60.7% de mujeres, con un rango de edad de entre 26 y 58 años, dentro de las características laborales destaca que 47.5% del personal

tenía antigüedad laboral de entre 5 y 10 años; que en su mayoría pertenecían al turno nocturno y eran enfermeras generales.

Los resultados encontrados en el servicio de Emergencia del referido Hospital, muestran un personal de salud con poca experiencia, (26 años de edad) y a la vez, con muchos años de servicio (65 años de edad), en cuanto al tiempo de experiencia laboral, en su mayoría con más de 10 años; durante la entrevista, la opinión de la mayoría era la falta de oportunidades de capacitación en provincia es escasa y la carencia de políticas de capacitación institucional en RCP, no es prioritaria en comparación a los realizados en los programas madre-niño.

Tabla 02. Información Académica del personal del personal de Emergencia -Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018

Información Académica	N°	%
Años de graduado		
< 2 años	1	3.8
2-5 años	2	7.7
6-10 años	5	19.2
11-15 años	6	23.1
16-20 años	5	19.2
>20 años	7	26.9
Con especialidad		
Cuidados Intensivos/Críticos	5	19.9
Otra	11	42.3
Sin especialidad	10	38.5
TOTAL	26	100.0

Fuente: Cuestionario semi estructurado, elaborado por la investigadora

La tabla 02, muestra la formación académica de los profesionales que laboran en Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 69.2 % de entrevistados tienen más de 10 años de graduado en la universidad, 62.2 % con especialidad y solo el 19.9 % con especialidad en cuidados críticos o intensivos.

Los resultados se asemejan al realizado por Rojas L. (2012) donde la mayoría de los médicos evaluados reconoce que su formación médica de pregrado fue insuficiente en RCP y que el éxito de la reanimación depende de maniobras bien realizadas, por ello es necesario reforzar las destrezas en RCP y su mantención en el tiempo durante la formación.

Como podemos apreciar son escasos los profesionales con especialidad en cuidados Intensivos, en cuya formación se incluye las maniobras de RCP, más no laboran especialistas en cardiología que es más específica. Se puede evidenciar que el personal posee conocimientos, más les falta adquirir habilidades, destrezas, responsabilidad, autocontrol, seguridad, liderazgo y principios éticos que le permitan estar preparado, actuar en forma oportuna y precisa con el fin de disminuir la mortalidad y establecer la supervivencia. El hecho de laborar en un Hospital general y al interior de la Región, con escasos presupuestos para capacitación de esa índole es una de las falencias que siempre manifiestan los entrevistados evidenciándose desmotivación y frustración.

Tableta 03. Capacitación en RCP del Personal de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018

CAPACITACIÓN EN RCP	N°	%
Capacitación RCP Básico		
Si	26	72.2
No	10	27.8
Capacitación RCP avanzado		
Si	17	47.2
No	19	52.8
Duración de la capacitación en RCP		
1 - 5 días	21	58.3
Participación en RCP en situaciones reales		
Si	25	69.4
No	11	30.6
Realizó práctica de RCP en maniqués		
Si	20	55.6
No	16	44.4
Total	36	100.0

Fuente: Cuestionario semi estructurado, elaborado por la investigadora

La presente tabla, revela que el 72.2 % de del personal de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, si se ha capacitado en RCP Básico; 52.8 % no se ha capacitado en RCP Avanzado; solo 58.3 % recibió capacitación de 1 a 5 días, 69.4 % participó en RCP en situaciones reales y 55.6 % en maniqués.

Sánchez G. (2015) encontró que la totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización de conocimientos. Que la mayoría se actualizó después del 2010 y otros que nunca lo hicieron y un porcentaje importante de médicos, residentes y enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios. Haciéndose evidente la necesidad de cambios en la metodología de aprendizaje de los cursos impartidos en materia de RCP para profesionales y que el personal sanitario sí está concientizado de la necesidad de formación en esta materia.

Balcázar (2015) menciona en su artículo científico que lamentablemente, la teoría y la práctica en reanimación cardiopulmonar no está incluida en la formación de un médico general

y del personal de enfermería, hecho similar ocurre en las especialidades que laboran en los 3 primeros niveles de atención salvo las muy relacionadas (urgencias, cardiología, cuidados intensivos, etc.), evidenciándose que en los servicios de urgencias labora personal que carece de conocimientos básicos de reanimación cardiopulmonar o que nunca fueron adiestrados.

A del dialogo con los entrevistados hemos podido conocer que del personal de salud que labora en servicio de Emergencias del Hospital José Soto Cadenillas, los que se han capacitado en RCP tanto básico como avanzado en su mayoría son médicos y enfermeras con especialidad aunque esta no sea en cardiología y son los que han tenido la experiencia de afrontar un PCR con éxito o no.

La capacitación permanente para adquirir conocimientos y habilidades en el manejo de urgencias, es de gran utilidad para el éxito de una reanimación, que se logra a través de cursos de entrenamiento basados en simulación clínica. Consideramos que es prioritaria la necesidad de seguir desarrollando estrategias dirigidas a la capacitación en reanimación al profesional de la salud que permitan lograr un número significativo de reanimaciones exitosas, cuyo propósito sea la sobrevida de las personas.

Tabla 04. Conocimiento sobre RCP del personal de Emergencia -Hospital José Soto Cadenillas.
Chota. 2018

Conocimiento sobre RCP	N°	%
Alto	14	38.9
Medio	14	38.9
Bajo	8	22.2
Total	36	100.0

Fuente:

La tabla 04, muestra que el 77.8 % tienen conocimiento alto y medio en RCP básico y avanzado, con 38.9% cada uno respectivamente y 22.2 % posee conocimiento bajo. Siendo preocupante el porcentaje de conocimiento bajo, ya que se espera que todo personal de salud, debe estar debidamente capacitado, poseer conocimiento y actitud alta en RCP, ya de su buen actuar depende la vida de los usuarios.

Parte de nuestros resultados se asemejan a los de Falcón M. (2014) quien determinó que los enfermeros tienen un nivel conocimiento medio y bajo con tendencia al desconocimiento del cambio de secuencia de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar como son manejo de vías aéreas, respiración y compresiones torácicas (ABC). Así mismo Rojas (2015) reportó que los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica, de los enfermeros que laboran en el Servicio de Emergencia Adulto del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren tienen conocimiento alto, en su gran mayoría conoce sobre el esquema de RCP, el tiempo de duración de cada ventilación y la ventilación boca-resucitador. Considerando estos aspectos muy importantes para realizar adecuadamente maniobras de RCP.

Nuestro hallazgo se contradice con los estudios de Ponce de León C. (2009) que valora de malo a los conocimientos en RCP del personal, profesional y técnico en perinatología del Hospital Territorial del Municipio de Cárdenas de Cuba, ya que menos del 70% alcanzó resultados satisfactorios en ninguno de los factores e indicadores definidos en el estudio.

Mejía et al (2008) estudio el nivel de conocimiento sobre emergencias médicas de los estudiantes de las once universidades peruanas, valuando como no bueno, se sugiere evaluar y mejorar la formación práctica que brindan las universidades en temas de manejo de emergencias médicas.

Camacho Q. (2016) encontró que el mayor porcentaje de los enfermeros no conocen sobre RCP, un mayor porcentaje conocen sobre definición, causas, signos y síntomas de PCR y un porcentaje considerable no conocen acerca del tiempo máximo de ventilación, número de compresiones y uso adecuado de DEA (Desfibrilador externo automático).

Es evidente en que en la mayoría de investigaciones, los resultados en cuanto a conocimientos son en porcentajes medio y bajo, más que altos, información que debe tenerse en cuenta, para fomentar políticas de actualización y educación continua, para que el personal de salud esté preparado en la teoría y práctica, pudiendo así evitar complicaciones y muertes innecesarias por un PCR.

Tabla 05. Actitud en la práctica de RCP del personal de Emergencia -Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2018

Actitud en la práctica RCP	N	%
Negativa	9	25.0
Positiva	27	75.0
Total	36	100.0

Fuente: Escala tipo Likert

La tabla 05, revela que 75 % del personal de emergencias del Hospital José Soto Cadenillas de Chota tiene una actitud positiva en la práctica de RCP.

Los resultados encontró Balcázar L. (2015), se contradicen con los nuestros, ya que en su investigación la minoría de personal de salud se consideraba apto para aplicar las técnicas de reanimación cardiopulmonar en caso de ser necesario y que la mayoría mencionó no sentirse apto para actuar en caso de un paro cardiorrespiratorio, por tanto tenían una actitud negativa.

A pesar que la mayoría de nuestros entrevistados aseguran tener una actitud positiva, sugiere también que debe incidirse en el cambio de actitud negativa del 25 %, para que puedan atender con esmero a la población de su responsabilidad.

Son rescatables los resultados de este estudio en cuanto a actitud positiva y disposición psicológica que el personal tiene, para enfrentar situaciones de gran tensión para salvar la vida de las personas; sin embargo, aunque tengan elementos fundamentales para actuar, les falta la actualización en las últimas recomendaciones de la American Heart Association sobre SVB incorporan la evidencia científica más recientemente publicada y sirven como base para la educación y el entrenamiento de reanimadores, que permita un actuar eficiente, oportuno y humano, sin causar complicaciones o secuelas a las personas que auxilian.

A pesar contar con datos estadísticos, que muestran, el incremento de la mortalidad por enfermedades cardiacas de la población y de los avances científicos que se han venido produciendo

en el campo de la RCP, en soporte vital básico (SVB), continúa siendo un aspecto de mayor falencia en nuestra región, haciéndose necesaria, la actualización teórica y práctica del personal de salud, lamentablemente por lo estudiado, no es prioridad para los gerentes de los establecimiento de salud; es importante que además de prevención y promoción, el personal de enfermería y el personal de salud en general, desempeñe un rol fundamental en estos casos, con actuar seguro, que lo obtendrá a través de capacitaciones constantes las cuales van a desarrollar sus conocimientos, habilidades y principios éticos; apoyando al equipo de salud para un trabajo coordinado, preciso, dirigido a la necesidad real del paro cardiorrespiratorio evitando muertes innecesarias.

CONCLUSIONES

1. Los hallazgos acerca de las características demográficas del personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, demuestran que la mayoría están comprendidos en el grupo etario de 24 a 45 años de edad, son de sexo masculino, médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, con más de 10 años de ejercicio profesional, y con más de 3 años de no actualizarse en conocimientos y prácticas en RCP.
2. Los conocimientos del personal en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado es alto y medio en igualdad de porcentaje y la mayoría no se capacitó en RCP; a pesar de conocer que han cambiado las recomendaciones de American Heart Association sobre SVB en el año 2010.
3. Las actitudes en la práctica de RCP básico y Avanzado del personal de salud que labora el nosocomio investigado, en su mayoría es positivo, y un mínimo porcentaje posee una actitud negativa.
4. Los conocimientos y actitudes del personal del Servicio de Emergencia en Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado, facilita la asistencia precoz en el paro cardiorrespiratorio y la sobrevivencia, de la población atendida en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

RECOMENDACIONES

A los directivos del Hospital José soto Cadenillas de la provincia de chota, que fortalezca los programas de capacitación y actualización RCP tanto básico como avanzado, teniendo en cuenta las recomendaciones internacionales pertinentes.

Al personal de los establecimientos de salud, proporcionar una atención eficaz a las víctimas de las paradas cardíacas, asegurando que su personal de salud tenga un entrenamiento regular y actualizado, de las maniobras de RCP básico y avanzado hospitalarios orientado a conseguir una aplicación correcta.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, a través de la Facultad de Ciencias de la Salud, organizar y desarrollar cursos de capacitación en RCP, en el marco de los convenios específicos interinstitucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Rodríguez-Reyes, Muñoz Gutiérrez Mayel, F. Márquez Manlio, Garzac Gerardo, Asensio Lafuente Enrique, Ortíz Galváne Fernando, Lara Vacaf Susano, Mariona Monterog Vitelio. Muerte súbita cardiaca. Estratificación de riesgo, prevención y tratamiento. Artículo de Opinión. Arch Cardiol Mex. 2015;85 (4):329---336. http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-muerte-subita-cardiaca-estratificacion-riesgo-S1405994015_000634?redirectNew=true.
2. OMS. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
3. Vega L. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. Secretaría de Salud. 2011. Disponible en: <http://www.nutrisa.com.mx/nutrisa-en-tu-mundo/mundo-aludable/circulacion/estadisticas/>
4. Nodal Leyva Pedro E, López Héctor Juan G, de La Llera Domínguez Gerardo. Paro cardiorrespiratorio (PCR): Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet]. 2006 Dic[citado 2018 Abr 13]; 45(3-4):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300019&lng=es
5. Ramos Gutiérrez L B, et al. Paro Cardio Respiratorio, características clínico epidemiológicas en el servicio de Urgencias y Emergencias. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 2014; 20(1): <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2014/ccc141b.pdf>
6. La Republica Artículo periodístico Ciencia y tecnología: Salud. España Madrid <https://www.republica.com/2017/09/19/paro-cardiaco/>
7. Consejo Peruano de Reanimación. Norma peruana de la reanimación cardiopulmonar, soporte básico de vida y de la desfibrilación temprana 2010. Disponible en:

[http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/MINSA/NORMA S/NOR MASPERUANAS2010RCPBADULTOJVR%20II.pdf](http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/MINSA/NORMA%20S/NOR%20MASPERUANAS2010RCPBADULTOJVR%20II.pdf).

8. Cook DJ, Griffith LE, Sackett DL. Importance of and satisfaction with work and professional interpersonal issues: a survey of physicians practicing general internal medicine in Ontario. *CMAJ* 1995; 153: 755-64
9. Chafloque-Carhuas, Jane, Pino-Delgado, Mayra Rivera-Paico, Mayra Díaz-Vélez, Cristian. Conocimientos adecuados de emergencias médicas: un problema de estudiantes y profesionales de la salud. *Educ Med* 2012; 15 (1): 11-12. <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n1/carta2.pdf>.
10. Portero P. Francisco, León G. Pazloma, Torres G, Javier. Importancia de la enseñanza de RCP- Básica en el ciudadano. *Revista Científica en Enfermería Hygia* N°76. Año XVIII – 2011. <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia76.pdf>.
11. Arango Díaz Ariel, Solero Berrio Ma. Teresa, Castillo Hermida Dalila, Álvarez Cabrera Jorge P.. Conocimientos teóricos de los Médicos de Familia sobre reanimación cardiopulmonar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2002 Abr [citado 2014 Feb 05]; 18(2): 126-131. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200004 &lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200004&lng=es).
12. D'Ancona, M.^a Ángeles. La medición de las actitudes ante la inmigración: evaluación de los indicadores tradicionales de "racismo" Reis. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 99, julio-septiembre, 2002, pp. 87-111 Centro de Investigaciones Sociológicas Madrid, España
13. Ponce de León Narvárez Caridad, Ponce de León Narvárez Regla. Evaluación del nivel de conocimientos relacionados con la reanimación cardiopulmonar neonatal de profesionales y técnicos.: Cárdenas. *Rev. Med. Electrón.* [revista en la Internet]. 2009 Oct

- [citado 2014 Feb 05];31(5): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1684-18242009000500004&lng=es>.
14. Machado Álvarez Mayuri de la Caridad, Roque González Rosalba, Barrios Osuna Irene, Nodal Ortega Josefina, Olive González Juan B, Quintana Pajón Ingrid. Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso. Rev cuba anesthesiol reanim [Internet]. 2010 Ago [citado 2018 Abr 14] ; 9(2): 83-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182010000200004&lng=es.
 15. [Muñoz Camargo J. C.](#), [Rodríguez-Barbero Velázquez Manuel](#), [Muñoz Martínez Mercedes](#), [Arévalo Ramírez Angel](#), [Ruiz López Juan Francisco](#), [Rubio Serrano Pilar](#), [Espadas Maeso María José](#), [Pérez Fernández-Infantes Susana](#), [León Rodríguez Alfonso](#) **Localización:** [Metas de enfermería](#), ISSN 1138-7262, [Vol. 14, Nº. 1, 2011](#), págs. 10-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3427718>.
 16. Rojas Luis, Aizman Andrés, Arab Juan Pablo, Utili Franco, Andresen Max. Reanimación cardiopulmonar básica: conocimiento teórico, desempeño práctico y efectividad de las maniobras en médicos generales. Universidad Catolica de Chile. Rev Med Chile 2012; 140: 73-77
 17. Miró Ò., Díaz N., Escalada X., Pérez Pueyo F.J., Sánchez M. Revisión de las iniciativas llevadas a cabo en España para implementar la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Feb 05]; 35(3): 477-486. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000300014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000300014>
 18. Farto-Ramírez, O., Barcala-Furelos, R., Abeleiras-Gómez, C. Conocimiento, Ejecución y Percepción sobre la RCP en socorristas. España. Tesis Doctoral 2013. Disponible en:

19. Sánchez García Ana Belén, Fernández Alemán José Luis, Alonso Pérez Nuria, Hernández Hernández Isabel, Navarro Valverde Raquel, Rosillo Castro Daniela. 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. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Jul [citado 2018 Mayo 03] ; 14(39): 230-245. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300012&lng=es.
20. Balcázar-Rincón, Luis Ernesto, Mendoza-Solís, Luis Arturo, Ramírez-Alcántara, Yunis Lourdes (2015). Evaluó el nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias en Chiapas México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 20, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 248.
21. Mejia, Christian et al. Nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en estudiantes de medicina de universidades peruanas. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [online]. 2011, vol.28, n.2 [citado 2014-02-05], pp. 202-209. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
22. Escalante Kanashiro Raffo. Guías de Reanimación Cardiopulmonar. *Acta Med Per* 27(4) 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a12v27n4.pdf>
23. Falcón Alvino Madeleine Pamela. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Tesis para obtener el título de Licenciada en enfermería. Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4133/Falcon_am.pdf?sequence=1.

24. Sánchez Acuña Carim Yamileth. Tesis: Evaluar el nivel de conocimientos sobre Soporte Vital Básico (SVB) en los internos de medicina del departamento de Lambayeque 2015. Para obtener el título de Médico cirujano. Universidad Privada Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/800/1/TL_SanchezAcu%C3%B1aCarim.pdf
25. **Rojas Romero Laysa.** Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Tesis de Segunda Especialidad en enfermería Cardiológica. Facultad de Medicina. Unidad de Posgrado. 2016. Lima, Perú 84 h. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5498>
26. Cárdenas Trejo, Julissa Enimia, Huaman Mascco, Cledy Karin Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar en internos de medicina de la Provincia de Ica, Abril 2015. Rev méd panacea. 2015 Sep - Dic; 5(3): 70 -76. Recibido: 08-10-2015 | Aceptado: 22-11-2015 | Publicado: 14-12-15. [file:///C:/Users/Pc/Downloads/62-1-133-1-10-20171211%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pc/Downloads/62-1-133-1-10-20171211%20(1).pdf)
27. Camacho Quezada, Jorge Luis. Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del servicio de hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud - Lima 2016. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado, 2017. 86 h <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6721>
28. Aranzábal-Alegría German, Verastegui-Díaz Araseli, Quiñones-Laveriano Dante M., Quintana-Mendoza Lizet Y., Vilchez-Cornejo Jennifer, Espejo Ciro B. et al . Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú. Rev. colomb. anestesiología. [Internet]. 2017 June [cited 2018 Apr 14] ; 45(2): 114-121. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472017000200007&lng=en.

29. Hinostroza H. Alex y Herrera C, Luis. Nivel de conocimiento en Reanimación Cardiopulmonar Básica en Policías - Chiclayo. Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque 2017.
30. Palma Vásquez Nilton Edinson. Determinación del nivel de conocimiento habilidades y prácticas en reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería, personal técnico e internos de medicina en el Hospital Regional de Cajamarca. Tesis para obtener el título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional de Cajamarca. Peru. 2009.
31. Gestiona, Artículo periodístico. Concepto de competencias. [circa 2009] [Internet]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/51287685/capitulo3-Concepto-de-Competencias>.
32. *Significados.com*. Conocimiento. En: . Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento/> Consultado: 15 de abril de 2018, 10:19 am.
33. OMS. Biblioteca y Redes de Información. <http://www.who.int/library/databases/paho/es/>
34. 30. Burgos V, Silva G, Melgar L, Contreras S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de material punzo-cortante en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. [Tesis]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2009. 87 p.
35. Enciclopedia en salud.com. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/actitud>.
36. Berg RA, Hemphill R, Abella BS et al. – Soporte vital básico del adulto. 2010 directrices de Asociación americana de corazón para para resucitación cardiopulmonar y cuidado cardiovascular de la emergencia. *Rev. Circulación* 2010;122(suppl 3):S685-S705
37. Ochoa FJ, Ramalle-Gomara E, Carpintero JM et al. Competencia de profesionales de salud para comprobar el pulso de carótida. *Resuscitation*, 1998;37:173-175.

38. Sayre MR, Berg RA, Cave DM et al. -Sobre resucitación cardiopulmonar: una llamada a la acción para la respuesta de persona presente a los adultos que experimentan el paro cardíaco repentino de hospital: una ciencia consultiva para el público de la Emergencia de Asociación americana de corazón Comité de Cuidado Cardiovascular. Rev. Circulación, 2008; 117:2162-2167.
39. Pontificia Universidad de Chile. Escuela de Medicina. Paro Cardiorespiratorio. <http://escuela.med.puc.cl/publ/AparatoRespiratorio/56ParoCardio.html>.
40. Rabines Juárez Ángel. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en población adolescente escolarizados. Tesis para obtener el título de Médico cirujano. Universidad nacional mayor de san Marcos. 2002 http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Rabines_J_A/t_completo.pdf
41. Diccionario Español. Concepto Actitud. <http://es.thefreedictionary.com/actitud>.
42. Murillo, F. J. Cuestionarios y escalas de actitudes, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid(2006)https://www.uam.es/personalpdi/stmaria/jmurillo/Met_InvesAvan/MaterialesApuntes%20Instrumentos.pdf

ANEXO N° 1
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DEL SERVICIOS DE
EMERGENCIA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO Y AVANZADO.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA - 2018**

El presente cuestionario y escala tienen por finalidad determinar los conocimientos y actitudes que posee el personal asistencial profesional y técnico sobre RCP, básico y avanzado, por tal motivo acudo a su espíritu de colaboración para poder desarrollar el cuestionario con toda veracidad, cuya información solo será utilizada solo con fines de investigación y es de carácter anónimo

Muchas gracias.

I. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS:

1. Edad:
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Ocupación
- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Médico (a) | <input type="checkbox"/> |
| Enfermero (a) | <input type="checkbox"/> |
| Médico con especialidad | <input type="checkbox"/> |
| Enfermero (a) con especialidad | <input type="checkbox"/> |
| Obstetra | <input type="checkbox"/> |
| Técnico de Enfermería | <input type="checkbox"/> |
4. Antigüedad laboral

II. INFORMACION ACADEMICA:

1. Años de graduado
- | | |
|------------|--------------------------|
| < 2 años | <input type="checkbox"/> |
| 2-5 años | <input type="checkbox"/> |
| 6-10 años | <input type="checkbox"/> |
| 11-15 años | <input type="checkbox"/> |
| 16-20 años | <input type="checkbox"/> |
| >20 años | <input type="checkbox"/> |
2. Con especialidad en:
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Cuidados Intensivos/críticos | <input type="checkbox"/> |
| Emergencias | <input type="checkbox"/> |
| Otra | <input type="checkbox"/> |
| Sin especialidad | <input type="checkbox"/> |

III. DATOS REFERENCIALES DE CAPACITACION EN RCP

1. Ha recibido capacitación en RCP Básico?
Si
No
2. Ha recibido capacitación en RCP avanzado?
Si
No
3. Duración de la capacitación en RCP
1 a 5 días
5 días a más
4. ¿Ha participado usted en maniobras de Reanimación cardiopulmonar en situaciones reales?
Si
No
5. Realizó la práctica de RCP Básico con maniqués?
Si
No
6. Ha recibido capacitación de RCP en los últimos tres años?
RCP básico
RCP avanzado
Otro

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE RCP:

1. Paro cardiorrespiratorio es:
 - Interrupción repentina y simultanea de la respiración y el funcionamiento del corazón debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio.

Si
No
2. Los principales síntomas y signos de un paro cardíaco:
 - Dolor o presión en el pecho que dura 5 minutos o más, pesadez, tensión que se irradia a los hombros, los brazos, el cuello, la mandíbula o la espalda, falta de aliento, (debilidad o cansancio) de origen desconocido, mareo, desmayo, sudoración, malestar constante similar a la indigestión, nauseas, palpitaciones, sudor frío o palidez.

Si
No

3. RCP Básico (Soporte Vital Básico - SVB) es?

- Conjunto de medidas encaminadas a revertir una parada cardiorrespiratoria y mantener las funciones vitales en situación de riesgo inminente para la vida, así como conociendo las formas de alertar a los servicios de emergencia.

Si
No

- Lo inicia cualquier testigo presencial de la emergencia que tenga unos conocimientos mínimos en RCP. Se realiza sin ningún tipo de material sanitario, excepto dispositivos de barrera, y debe iniciarse antes de los 4 minutos iniciales desde que se sucede la parada cardiorrespiratoria para que sea efectivo.

Si
No

4. RCP Avanzado (ACLS):

- Requiere de personal entrenado (médico, enfermero y técnico), equipado y entrenado con el material necesario para el manejo de la vía aérea y ventilación, desfibrilación y uso de medicación intra venoso o endo traqueal.

Si
No

5. Los aspectos fundamentales del RCP Básico:

- C-A-B [Chest compressions, Airway, Breathing, (compresiones torácicas, vía aérea, respiración). En adultos, niños y lactantes (excepto recién nacidos), iniciando la RCP con 30 compresiones, en vez de 2 ventilaciones.

Si
No

6. Los aspectos fundamentales del RCP Avanzado

- RCP de calidad, Retorno a circulación espontanea, Energía de descarga, terapia farmacológica.

Si
No

7. Coche paro:

- El coche de paro es una unidad móvil que contiene equipos y medicamentos necesarios para atender inmediatamente a la vida por paro cardio-respiratorio o por aparente colapso cardiovascular.

Si
No

8. Principales equipos y medicamentos que debe tener mínimamente un coche paro:

- Tensiómetro, estetoscopio, pulso oxímetro, desfibrilador, ampollas de suero fisiológico, Jeringas, catéteres intravenosos, guantes quirúrgicos estériles, medicamentos como: Adrenalina, vasopresina, lidocaína, amiodarona, atropina, dopamina, dobutamina, isoproterenol, propanolol, verapamilo, nifedipino, nitroprusiato, nitroglicerina, cedilanid, sulfato de magnesio, bicarbonato de sodio, gluconato de calcio.

Si
No

9. Sabe utilizar el desfibrilador:

Si No

10. Se debe usar el desfibrilador cuando se observa rigidez cadavérica?

Si No

11. Los protocolos de reanimación cardiorrespiratorias en su Institución son revisados y actualizados de acuerdo a normas nacionales e internacionales

Si No

12. Conoce las modificaciones de las guías de RCP 2015, recomendadas por la AHA (Asociación Americana del Corazón)

Si No

ANEXO N° 2

ACTITUDES EN LA PRACTICA DE RCP

ACTITUDES: ante una parada cardiaca:	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me hago cargo del caso y solicito ayuda					
2. Verifica estado de inconsciencia del paciente					
3. No me involucro, dejo que otros se hagan cargo					
4. Actuó con serenidad y rapidez					
5. Me pongo nervioso, confundido no sé qué hacer					
6. Protejo al paciente adecuadamente y coloco en la posición correcta					
7. Aplico RCP básico, teniendo en cuenta las normas					
8. Aplico RCP básico, sin tener en cuenta las normas					
9. Administro con seguridad los fármacos y equipos en el RCP avanzado sin causar secuelas en el paciente.					
10. Considero que es importante capacitarme en RCP básico y avanzado.					
11. No tengo interés de capacitarme en RCP básico y avanzado					

12. Permito que los familiares estén junto a su paciente					
13. Evito que los familiares presencien el RCP					
14. Ayudo espiritualmente al paciente y familia					
15. No me preocupo de apoyo espiritual del paciente y familia					

Muy de acuerdo (5) = 75 puntos

Algo de acuerdo (4) = 60 puntos

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) = 45 puntos

Algo en desacuerdo (2) = 30 puntos

Muy en desacuerdo (1) = 15 puntos

Se aplicará la fórmula: $\frac{PT}{PN}$

PN

Donde PT = Puntuación total de la escala (75)

PN = Total de afirmaciones (15)

APENDICE N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO SOMETIDOS A INVESTIGACION

La presente investigación será conducida por la Lic. Enf. Nily Coronel Carranza, cuyo objetivo principal es Evaluar los conocimientos y actitudes del personal profesional y técnico que labora en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota- Cajamarca

Si Ud. Accede a participar en este estudio, tendrá la amabilidad de responder al cuestionario que será aplicado mediante entrevista, el mismo le tomará un promedio de 20 minutos, permitiendo que sus respuestas sean registradas en un formato escrito, con la finalidad de procesar y analizar la información.

Su participación es estrictamente confidencial anónima y voluntaria, no será utilizada para ningún otro fin, ni ocasionará daño alguno a su persona e Institución, por el contrario servirá para que sus autoridades prioricen la capacitación en el tema.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer las preguntas necesarias y si algunos aspectos del cuestionario le causaran incomodidad tiene el derecho de negarse a responderlas.

Desde ya le agradezco por su participación.

Acepto participar voluntariamente en la investigación antes mencionada, de la cual he sido informada a detalle, que tendré que responder a un cuestionario que durará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información es confidencial, no causará daño alguno a mi persona y centro de trabajo, que solamente será utilizada con fines pedagógicos, que no será utilizada para otro fin que yo no autorice.

Entiendo que una copia de este consentimiento me será entregado y tengo el derecho de pedir información sobre los resultados del estudio cuando éste concluya.

Por lo anteriormente dicho, firmo el presente a continuación