



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE REANIMACIÓN CARDIO  
PULMONAR BÁSICO Y AVANZADO APLICADO AL PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA DE LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL  
“DR. ADOLFO PRINCE LARA” PUERTO CABELLO DURANTE  
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2006.**

**Autoras:**

**Mendoza K. Valentina. C. I. 13.492.242**

**Ortiz Yureymis. C. I. 13.818.307**

**Sarmiento Dayana. C. I. 13.962.029**

**Tutor: Lic. Matilde Ortega**

Caracas, Marzo 2007



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE REANIMACIÓN CARDIO  
PULMONAR BÁSICO Y AVANZADO APLICADO AL PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA DE LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL  
“DR. ADOLFO PRINCE LARA” PUERTO CABELLO DURANTE  
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2006.**

(Trabajo Presentado como requisito parcial para optar al  
Titulo de Licenciado en Enfermería)

**Autoras:**

**Mendoza K. Valentina. C. I. 13.492.242  
Ortiz Yureymis. C. I. 13.818.307  
Sarmiento Dayana. C. I. 13.962.029**

**Tutor: Lic. Matilde Ortega**

Caracas, Marzo 2007.

## DEDICATORIA

A mis padres Carlos y Helena, a mi hijo Augusto Alejandro, a mi hermana Kharla, a mi tía Valentina a Carlos González y demás familiares y amigos quienes han sido mi principal fuente de motivación para el logro de esta anhelada meta.

Valentina Mendoza.

## DEDICATORIA

Se la dedico a mi familia:

Mi mamá y mi papá Carmen y Blas.

Mis hermanos: Edicson y Richard.

Mi hijo Blatson.

Que con mucho esfuerzo y amor hicieron posible que subiera este otro escalón de la vida.

Yureymis Ortiz.

## **DEDICATORIA**

En reconocimiento a mis padres por haberme inculcado el valioso ejercicio de estudiar, a mis compañeras de Tesis Valentina y Yuri quienes estuvieron a mi lado en la recta final, fue un camino duro, difícil pero al terminar, la satisfacción de alcanzar el objetivo es una experiencia extraordinaria y no sería igual sin ustedes dos.

En honor a ustedes va dedicada, ya que por su solidaridad y amor hoy lo he logrado.

Dayana Sarmiento.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios todo poderoso porque gracias a él nacieron mis padres, se unieron en santo matrimonio y de esa unión de amor nací yo.

A mis padres por darme la vida y por estar conmigo en todo momento sin desampararme ni dudar de mi ni un segundo de sus vidas.

A mi hijo por llegar a mi vida y darme fuerzas para seguir adelante; para que vea que yo como mujer soy madre, hija, novia y profesional al mismo tiempo.

A mi hermana porque gracias a ella he seguido adelante para que se sienta orgullosa y que uno puede con todo lo que se propone sin importar los obstáculos.

A mi novio porque a pesar de todas las actividades que hago en casa como madre, como hija y en el trabajo siempre a estado a mi lado sin quejarse de cuán ocupada me encuentre.

Valentina Mendoza.

## AGRADECIMIENTO

Dado que este es un apartado muy especial que no se basa en la metodología científica sino en expresar a todos los que han ayudado mis más profundos agradecimientos.

Primeramente a Dios que nunca me a dejado sola en cada paso que doy y me entrego vida, salud y sabiduría para dirigirme a mi propio destino.

A mis padres que siempre me han apoyado en las buenas y malas, y gracias a sus enseñanzas y muestras de amor, he mirado siempre adelante sin importar los obstáculos porque de ellos también se aprenden.

A mi hijo que llego a mi vida para seguir luchando y llegar a lo más alto; para que se sienta orgulloso y que de este esfuerzo de dar lo mejor de mí le sirva como ejemplo.

A mis compañeras y amigas de este trabajo de investigación porque nos hemos unido mucho más y que de este punto de partida se formó lo más grande "Amistad".

Yureymis Ortiz.

## AGRADECIMIENTO

A nuestro padre celestial por darme la vida y guiarme por el camino del éxito.

“Gracias”.

A mis padres, José y Arelys por brindarme su paciencia, su apoyo incondicional y ayudarme a ser mis sueños realidad.

“Los Amo”.

A mis compañeras Valentina y Yuri que me han acompañado en momentos tan difíciles de mi vida e incentivado a seguir adelante con entusiasmo, fuerza y constancia.

“Mil Gracias”.

A mi abuela que antes de irse al cielo me pidió triunfar y ser feliz.

“La Extraño”.

A la Lic. Matilde Ortega por su apoyo incondicional, compartiendo sus conocimientos como una luz que pasa a través del prisma; coloreando con nuevos matices el paisaje de mi vida profesional.

“Gracias”.

Dayana Sarmiento.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**



**ACTA  
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Efectividad de un Programa de Reanimación Cardiopulmonar  
básico y avanzado aplicado al profesional de Enfermería  
de las áreas críticas del Hospital "Dr. Adolfo Príncipe Jara"  
Puerto Cabello, año 2006.

Presentados por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres:	<u>Meudoza K. Valentina</u>	C.I. No.	<u>13.492.242.</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Ortiz B. Yureymis</u>	C.I. No.	<u>13.818.307</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Saunieto O. Dayana</u>	C.I. No.	<u>13.962.029</u>

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

Deciden: Aprobación y mención Publicación.  
En Caracas, a los 24 días del mes de Mayo de 2007

**Jurados.**

Prof. Brenda D. Rodríguez  
C.I. N° 10807274

Prof. Lourdes S. Masuri  
C.I. N° 14.756.885

Prof. Hatilde Ortiz  
C.I. N° 10322020

Va sin enmienda  
EFG/mm.-



## TABLA DE CONTENIDO

	p.p.
Dedicatorias.....	iii
Agradecimientos.....	vi
Aprobación del tutor.....	ix
Lista de Tablas.....	xii
Lista de figuras.....	xv
Resumen.....	xviii
Introducción.....	1
<b>CAPITULO</b>	
I    Planteamiento del Problema.....	4
Objetivo de la Investigación .....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Justificación del Estudio.....	10
II   Antecedentes del Estudio.....	15
Bases Teóricas.....	18
Sistema de Variables.....	31
Operacionalización de la Variable.....	32
Definición de Términos.....	34
III  Diseño de la Investigación.....	36
Población.....	37
Muestra.....	38
Métodos e Instrumentos de Recolección de la información.	38
Validación y Confiabilidad del Instrumento.....	39
Procedimientos para la recolección de datos.....	39
Plan de Tabulación y Análisis de los Datos.....	40

IV	Presentación y Análisis de los Datos.....	41
V	Conclusiones.....	62
	Recomendaciones.....	63
	Referencias Bibliográficas.....	64
	Anexos.....	67
	1. Certificación de Validación.....	67
	2. Instrumento.....	71
	3. Programa de Reanimación Cardio Pulmonar Cerebral.....	81

## LISTA DE TABLAS

### TABLAS

p.p

1. Nivel académico de los profesionales de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo año 2.006.....41
2. Experiencia laboral de los profesionales de Enfermería de las Áreas EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. AÑO 2.006.....42
3. Frecuencia absoluta y porcentual de los profesionales de Enfermería entrenados en RCPC de las Áreas EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006.....43
4. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de Enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de Adiestramiento de RCPC referido a la evaluación de la victima.....44
5. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido al control de las vías áreas, diagnostico de paro y restauración de la ventilación.....46
6. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de

adiestramiento de RCPC referido a la restauración de la circulación.....	48
7. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido al manejo avanzado de las vías aéreas.....	50
8. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido al control del ritmo cardiaco.....	52
9. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la desfibrilación.....	54
10. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la administración de medicamentos.....	55

11. Comparación entre los promedios porcentuales de las respuestas correctas emitidas por el profesional de enfermería antes y después de un programa de adiestramiento.....	57
12. Diferencias grupales entre los promedios positivos (respuestas correctas) de los momentos (inicial y posterior) a la aplicación de un programa de adiestramiento aplicado al personal de Enfermería que labora en las áreas de EA y UCI.....	58

## LISTA DE FIGURAS

### FIGURAS

p.p

1. Frecuencia porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la información practica ..... 60

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE REANIMACIÓN CARDIO  
PULMONAR BÁSICO Y AVANZADO APLICADO AL PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA DE LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL  
“DR. ADOLFO PRINCE LARA” PUERTO CABELLO DURANTE  
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2006.

Autor(es):  
Mendoza Valentina  
Ortiz Yureymis  
Sarmiento Dayana  
Tutor: Lic. Ortega Matilde.  
Año 2.006.

### RESUMEN

Es muy probable que en algún momento del trabajo, el personal de enfermería participe en una reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, que aplicada en forma adecuada y oportuna puede evitar la muerte del paciente. En la actualidad con el gran aumento de enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones se observa un aumento de desenlaces fatales que conllevan a un paro cardio respiratorio. Esta investigación esta relacionada con la efectividad de un programa de reanimación cardio pulmonar básico y avanzado aplicado al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos y la Emergencia de Adultos. La investigación es descriptiva, evaluativa y de tipo cuasiexperimental con pre y post test; con una población de 41 enfermeras siendo la muestra EL 100% de la población. El instrumento fue aplicado antes y después del programa de adiestramiento. Para determinar la significación estadística, a los resultados se aplico la prueba t Student a las diferencias grupales entre las respuestas correctas de los dos momentos el pre y el post test. Obteniéndose como resultado que en el dominio teórico antes fue de 16,97%; posterior al programa las enfermeras aumentaron en un 69%. Estos resultados permiten evidenciar que los elementos muestrales tuvieron un importante nivel de respuestas correctas posterior a la aplicación del programa, lo que hace evidente la necesidad de utilizar estrategias educativas para asegurar la actualización y practica de enfermería en las áreas criticas.

## INTRODUCCIÓN

El cuidar es la esencia de la enfermería, por lo tanto sus acciones están basadas en este principio, esto es natural en las enfermeras, es por eso que el cuidado humano abarca esta parte inherente que incluye el componente moral y afectivo, la relación enfermera paciente y la interacción terapéutica para que la actuación del profesional de enfermería, pueda ser beneficioso, tomando en cuenta que cada individuo es único.

Considerando desde una perspectiva holística, donde los aspectos biopsicosociales tienen una gran influencia en el proceso de la enfermedad y de los cuidados para la recuperación de la salud. La enfermera (o) es un eslabón importante en la recuperación del individuo ya que ella le brinda cuidados, atenciones y realiza funciones que en momentos críticos solo ella puede ofrecer. Es por ello que el personal de enfermería debe satisfacer todas las demandas de salud de los pacientes, cubrir sus necesidades tomando en cuenta que esta filosofía es la base fundamental de la profesión.

Por esta razón los cuidados de enfermería deben ser el eje de atención de la enfermera (o); utilizando cada vez más planes individuales y ayudar a cada persona de manera diferente, ya que todos los individuos no son iguales, cada uno tiene necesidades de atención específicas; a la enfermera (o) le corresponde ante todo estar con el enfermo y ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar la salud; también es importante plantear que cada unidad de servicio implemente en las instituciones de salud, la utilización de programas de atención para enfermedades y urgencias específicas, como lo es en el caso del paro cardio

respiratorio y así luchar cada vez más por incrementar el bienestar en los individuos y por ende la salud.

Jean Watson citada por Harriner Tomey (1994) define el cuidado de enfermería “como el ideal moral de enfermería, un esfuerzo epistémico, el punto inicial de la acción de enfermería y una transacción única entre la enfermera y el paciente” (Pág.148), por ello es importante de la capacitación profesional, individual y espiritual del personal de enfermería, con el objetivo principal de brindar calidad de cuidados abarcando así todos los aspectos inherentes a la vida de los pacientes.

La enfermera debe centrar sus prácticas en el conocimiento actualizado, ya que la falta de habilidades y destrezas en la ejecución de reanimación cardio pulmonar cerebral, puede ocasionar lesiones irreparables para el individuo. En este sentido se presenta la siguiente investigación el cual tiene como propósito determinar la información que tienen los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello; sobre las maniobras de Reanimación Cardio Pulmonar Cerebral antes y después de la aplicación de un programa de instrucción, y de esta manera dar inicio a una serie de actividades que conduzcan la optimización del cuidado de enfermería en estas áreas críticas.

El trabajo se estructura en cinco (5) capítulos, de los cuales el capítulo I correspondió al problema investigar, la justificación del estudio y los objetivos que se persiguieron, exponiéndose el alcance y las limitaciones. El capítulo II se confirmó por el análisis de un grupo de documentos relacionados con el tema tratado, lo que constituyen los antecedentes de la

investigación, también se presentó las bases teóricas que sustentan el estudio.

El capítulo III, se encuentra el marco metodológico, donde se hizo referencia al tipo de investigación, descripción de la metodología, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez, y confiabilidad, descripción de los procedimientos, fases del proyecto y la técnica de análisis de datos, el análisis de interpretación de los resultados obtenidos en la ejecución de la investigación y las conclusiones del diagnóstico que sustente la propuesta.

En el capítulo IV, es referido a los resultados de la investigación, contiene la presentación y el análisis e interpretación de los resultados.

El capítulo V, se conformó con las conclusiones y recomendaciones producto de la interpretación de los resultados obtenidos y finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

A continuación se presenta el planteamiento del problema, el objetivo general y los específicos de la investigación y por último la justificación.

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Predominan a nivel mundial muchas organizaciones que se mantienen en la búsqueda de mejoras, incluyendo las instituciones de la salud, las cuales están en constantes luchas por conseguir un progreso significativo donde la atención de Enfermería sea eficaz, solidaria, cónsona, moderna y efectiva; para que éstas existan y sean de buena calidad, se necesitan personas capacitadas, preparadas y competentes en el desempeño del rol dentro de la entidad donde se desenvuelven profesionalmente.

La enfermería avanza constantemente en función de la excelencia a través de atención de alta calidad y por consiguiente en la puesta en práctica de conocimientos científicos, para conseguir así las metas propuestas en determinadas situaciones. Es por ello que en la evolución de la Enfermería como profesión, es indispensable la continua actualización profesional frente los constantes avances científicos que a diario se alcanzan en el mundo entero.

Es fundamental que la Enfermera (o) posea un perfil idóneo en el desempeño de su labor, como lo es: conocimiento, habilidades y destrezas para solventar los problemas que se presenten en su lugar de trabajo.

López, A. (2006) señala que:

La enfermera (o) que trabaja en las áreas críticas debe poseer un equilibrio emocional que exhiba habilidades psicomotrices, buenas relaciones interpersonales y capacidad para afrontar posteriormente frustraciones situación de estrés, capacidad para la comunicación, trabajo en equipo y capacidad de observación con sentido crítico que le permita valorar su trabajo.(Pág.3).

La enfermería es una profesión de alto riesgo, aún más cuando se enfrenta al manejo del paciente crítico, pues sus fallas multiorgánicas convierten su atención en cuidados especializados, de allí la importancia de conocer las implicaciones que encierra el ejercicio de la profesión y las dimensiones que ésta conlleva dentro del equipo multidisciplinario de salud siendo ella, la que origina el contacto íntimo con el paciente; siendo el personal de enfermería, en resumidas cuentas, la que tiene la responsabilidad de satisfacer las necesidades interferidas del individuo.

En este orden de ideas, Velásquez, J. (2001), refiere que: “la práctica de la enfermera requiere de conocimientos especializados y herramientas clínicas obtenidas a través de la educación, entrenamiento especializado y experiencia”. (Pág. 12).

Vale la pena destacar que las metas de enfermería durante la aplicación de RCPC, es el asistir al individuo para restaurar y mantener la circulación y ventilación efectiva.

Zullo, P. (2003) menciona que:

Las enfermedades cardiovasculares, representan la primera causa de muerte en los países desarrollados, por encima del cáncer y los accidentes de cualquier tipo. En Venezuela estas enfermedades comenzaron a prevalecer desde el año 1.967 y desde ese momento se han mantenido como la principal causa de muerte del venezolano. (Pág.24).

Siendo estos motivos de atención para mejorar y actualizar maniobras y practicas al profesional de salud calificados en dichas áreas criticas por su participación en las enfermedades cardiovasculares y obtener beneficios saludables al individuo atendido.

Anuario Epidemiológico del Ministerio de Salud (2005) señala que: "Las enfermedades cardiovasculares es la primera causa de muerte". (Pág. 2).

Es por ello, que la Sociedad Venezolana de Cardiología (SVC) en el año 2000, durante el XXXIII Congreso Venezolano de Cardiología celebrado en Caracas en el mes de junio de ese año, manifestó su preocupación por la atención asistencial del equipo de salud en pacientes afectados por enfermedades cardiacas, asimismo, expresó:"Que anualmente mueren 30.000 venezolanos por esta causa". (Pág. 35). Por lo que definitivamente, las enfermedades cardiacas representan un problema importante de salud

pública que por ende, son indicadores para los centros de salud con respecto a la morbimortalidad en relación a la calidad de servicio prestados.

De acuerdo a los archivos estadísticos de la UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello para el año 2004, los pacientes ingresados durante los primeros ocho meses fueron 72, de los cuales 27 fallecieron, siendo los principales diagnósticos: Accidentes Cerebro Vascular (ACV), Politraumatismo, Leptospirosis, Insuficiencia Respiratorias y Enfermedades Cardíacas entre otras. Ameritando cuidados específicos como ventilación mecánica, aspirado de gleras, monitoreo continuo se signos vitales siendo esto imposible de realizar.

Se observa que en las áreas críticas de dicho hospital existe déficit en el equipamiento del carro de paro, ausencia de equipos de aspiración, desfibrilador, ventiladores mecánicos, monitores; haciendo difícil el manejo de pacientes con diferentes patologías que pueden presentar paro cardiorrespiratorio en estas áreas, siendo preocupante puesto que en estos servicios se atienden los pacientes críticos y no hay los medios para atenderlos.

Asimismo, se observa un desequilibrio y déficit con el manejo de los cuidados de enfermería aplicados a los pacientes con diferentes patologías que ingresan a las unidades críticas (Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia de Adultos) por cuanto al personal de enfermería que laboran en dichas unidades, son personal no entrenado ni especializado para situaciones de emergencias como lo es la parada cardio pulmonar; siendo este personal recién graduado de técnicos superiores o licenciados, que

solamente hacen quince días de pasantías para luego obtener suplencias en dichas unidades.

Los hechos observados en la institución hospitalaria, antes mencionada, conduce a las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué información teórico práctica tiene el profesional de enfermería sobre la aplicación de medidas de RCPC básica antes de un programa de adiestramiento?

2. ¿Qué formación teórica tiene el profesional de enfermería sobre la aplicación de medidas de RCPC avanzada antes de un programa de adiestramiento?

Para dar respuesta a estas interrogantes, se plantea la necesidad de desarrollar esta investigación en el cual está referida a determinar la efectividad, de un programa educativo, sobre la RCPC, aplicado a los profesionales de enfermería de las áreas críticas Emergencia de Adulto y la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello Estado Carabobo.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la efectividad de un programa sobre RCPC básico y avanzado aplicado al profesional de Enfermería en las áreas críticas (Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia de Adultos) del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello. Estado Carabobo en el primer semestre 2006.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la información teórica que tienen los profesionales de enfermería sobre RCPC Básicos y Avanzados antes de la aplicación de un programa de adiestramiento.
2. Aplicar el programa de adiestramiento sobre RCPC al personal de enfermería de las áreas críticas diseñado por Barrios, L., Mujica, M., Villegas, I. (1999).
3. Identificar la información teórica que tienen los profesionales de enfermería sobre RCPC Básicos y Avanzados después de la aplicación de un programa de adiestramiento.

4. Comparar la información teórica que tienen los profesionales de enfermería después de la aplicación de un programa de adiestramiento.

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La atención de Enfermería, debe ser de calidad y verdaderamente sistemática, de allí emerge la necesidad de efectuar programas de Enfermería al personal, ya que garantizan el funcionamiento del servicio a través de estrategias educativas para fomentar la actualización de las actividades a seguir ante determinadas situaciones. Las constantes innovaciones científico-tecnológicas e informática y la globalización de la economía han repercutido principalmente en el sector salud y educación; generando reformas sanitarias, exigencias de acreditación profesional, (afectando el costo / beneficio de los servicios de salud).

El proceso de enfermería es el método que permite describir, identificar, tratar y evaluar en forma coherente las diferentes respuestas humanas, de un individuo, familia o comunidad. Como instrumento el proceso es útil para la valoración, establecimiento de objetivos y definición de acciones concretas relacionadas con las actividades de la vida diaria, la educación en salud del enfermo y su familia y además favorece la relación terapéutica.

Según Carpenito, L. (1994), menciona que:

La práctica clínica tiene un modelo bifocal porque los problemas de los enfermos no todos son diagnósticos de enfermería hay problemas interdependientes o complicaciones resultado de la situación fisiopatológica o relacionadas con el tratamiento personales ambientales y de madurez todas situaciones importantes a tener en cuenta por parte de la enfermera en el proceso de atención. (Pág.5).

La enfermera toma decisiones interdependientes, tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas disciplinarios. Se ha de tener en cuenta, los recursos materiales, humanos, financieros, para la elaboración de las actividades. Todo ello ha llevado a que los programas de enfermería aplicados, constituyan instrumentos de planificación y gestión de gran importancia que deben ser manejados por el profesional de enfermería (implicados en la atención de poblaciones heterogéneas), que serán aplicados a su realidad, con el fin de utilizar adecuadamente los recursos humanos, materiales y financieros, en forma eficiente, establecer parámetros de evaluación e indicadores de la calidad de los servicios.

La única manera de mejorar la asistencia mediante la RCPC, es la creación de programas de docencia a todos los niveles asistenciales (población civil, cuerpo de bomberos, protección civil y personal sanitario).

La aplicación de estos programas, se fundamenta en principios y valores sociales de equidad y eficiencia en la asignación de los recursos destinados a la provisión de los servicios, constituyéndolo así como piedra angular para garantizar calidad de la atención, y al mismo tiempo permitirá al

personal de Enfermería dar respuesta a la necesidad imperiosa de salud, renovando su práctica, incrementando su competitividad y elevando la satisfacción del usuario.

Montes L, Méndez J, (2004) definen los programas de Salud como: “cursos de formación y capacitación permanente de recurso humano institucional, relacionado con emergencias médicas” (Pág. 6).

La aplicación de los programas de salud, son de vital importancia dentro del sistema hospitalario, en virtud de que los profesionales obtienen conocimientos, habilidades y destrezas en una situación determinada y particularmente, todo el personal de enfermería poseerá los mismos recursos, nociones y preparación.

Actualmente los programas de salud se vienen promoviendo desde la perspectiva de una política de salud, asumida por grandes organizaciones en lo que respecta la “buena” práctica de la enfermería en un contexto de escasez de recursos. Esta iniciativa busca fundamentalmente:

- Garantizar la calidad de la atención y de los servicios ligado a la satisfacción del cliente
- Garantizar la eficiencia de los recursos asignados a la producción / compra de servicios
- Reducir los costos de la atención de salud
- Sirve de protección legal en casos específicos
- Facilita las comunicaciones entre el equipo de salud
- Unifica criterios

La existencia de un programa de salud en las áreas críticas Emergencia de Adultos y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del “Hospital Dr. Adolfo Prince Lara” para pacientes que presenten paro cardio respiratorio.

Estos programas sirven como aportes de teorías científicas, pericias, técnicas habilidades y destreza para el personal de Enfermería, permitiéndole así desarrollar acciones de forma sistemática, rápida y continúa, ayudando de esta manera a una pronta recuperación del paciente e incorporándolo luego a su medio social y familiar.

Por consiguiente, los programas de salud, serán considerados e la sociedad como un aporte más, que ayudará al personal de Enfermería a un mejor manejo de los pacientes, de esta manera, beneficia al personal de salud específicamente al personal de Enfermería que labora en las áreas de Emergencia de Adultos y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), facilitando así su trabajo y unificando criterios de atención al momento de ejecutar acciones de Enfermería.

En lo que respecta a la institución de salud, es evidente que proporcionaría una contribución científico y educativo al personal de salud en relación al manejo de pacientes que presenten paro cardio respiratorio.

Estos estudios son de gran importancia, ya que a través de ellos se puede diagnosticar cuáles son las fallas o carencias que se suscitan en el medio hospitalario a fin de hacer las correcciones respectivas, bien sean a través de conocimiento científico, habilidades y destrezas de los trabajadores de salud.

Dentro de este marco de ideas, se percibe que el país requiere de investigaciones en el campo de enfermería y en este sentido las instituciones de salud, deben fomentar y facilitar el desarrollo de programas de entrenamiento, especialmente en lo que concierne al RCPC básico y avanzado, como terapéutica especializada, dirigido a las enfermeras.

Es el personal de enfermería, puesto que en la actualización en el tema de Reanimación Cardio-Pulmonar Cerebral, podría influir en la actuación ante una situación de paro que pudiese presentar algún paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia de Adultos o cualquier otra Unidad de dicho centro asistencial.

Adicionalmente esta investigación se espera sirva de marco de referencia para futuras investigaciones relacionadas con este tema.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se presentan los casamientos teóricos de la investigación presentado por: antecedentes, bases teóricas de la investigación, sistema de variables, Operacionalizacion de la variable y la definición de términos básicos.

#### **ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

Aguilera, A.; Marial, E. Y González, M. (1999), realizaron una investigación de tipo descriptiva transversal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital “Domingo Luciani” Caracas. Cuyo objetivo fue determinar la participación que tiene el personal de enfermería en las maniobras avanzadas de la RCPC, con relación a la información que éstas manejarán en el enfermo crítico.

La población y muestra estuvo constituida por las enfermeras intensivistas de la unidad de cuidados intensivos del Hospital “Domingo Luciani” en los diferentes turnos (mañana, tarde y noche). Dado que la muestra es una parte del subconjunto de la población del 40% / 13. El instrumento fue aplicado a licenciadas, técnicos superior universitarios y a bachilleres asistenciales en enfermería obteniéndose un resultado donde se determinó que las enfermeras poseen información sobre las maniobras

avanzadas de RCPC y la participación se ve afectada ya que se abocan más a la practica y procedimientos.

Delgado. M, (1997), realizó un estudio en el Hospital de Clínicas Caracas, con treinta y tres (33) enfermeras del servicio de hospitalización, a cerca de la información del personal de enfermería sobre las maniobras clásicas de RCPC, arrojando un porcentaje, del 84% de las enfermeras que no manejan la parte técnica y 16% que si lo manejan por otro lado la aplicación de las medidas (prácticas) resultó un 11,8% no lo sabe aplicar y un 88,2% respondió correctamente.

Esto demostró que existe un desconocimiento tanto en la parte práctica como la información que se maneja, lo que predispone una atención inadecuada, propiciando actos de impericia o negligencia. Por tal motivo es importante manejar el conocimiento en esta área en donde el volumen de pacientes que se reciben provenientes de salas de UCI, teniendo por consiguientes mas riesgos a desarrollar paro cardiorrespiratorio.

Max, H. (1997), realizó una investigación con el propósito de determinar la participación de los profesionales de enfermería durante las maniobras avanzadas de RCPC en el paciente crítico de la UCI.

La población de estudio se conformó por 30 enfermeras intensivistas de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Domingo Luciani. Para la ejecución del estudio, se elaboró un instrumento, contentivo de tres partes, el cual en su primera parte se recolectó datos personales y de tipo laboral, la segunda y tercera parte se incluye las variables en estudio, información y participación de la enfermera en las maniobras avanzadas de RCPC.

Para la validación del instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto en la UCI del Universitario de Caracas, con una muestra representativa de población de 10 enfermeras, analizándose los datos estadísticamente y concretando su validación. La investigación realizada es un estudio clínico descriptivo transversal. Para la presentación y análisis de los datos obtenidos, se utilizaron diferentes medidas de estadísticas que permitieron determinar la homogeneidad de los valores obtenidos en función de los análisis estadísticos aplicados, el cual fue el coeficiente de correlación de PEARSON de 0,584 positivo. Los resultados evidenciados que a mayor conocimientos de las maniobras avanzadas de RCPC, mayor será la participación de las enfermeras en las mismas.

Rivero, A y Salazar, M. (1997), realizaron un trabajo de campo, titulado Aplicación de los estándares de RCPC (soporte básico) por el personal de enfermería de la Clínica "El Ávila" de Caracas, con carácter descriptivo y exploratorio; se tuvo como objetivo determinar la aplicación de los estándares de reanimación cardiopulmonar (soporte básico), por parte el personal de enfermería de la Clínica "El Ávila" en Caracas.

La población estuvo conformada por el 52% de las enfermeras que laboran en dicha institución hospitalaria, quienes fueron seleccionadas por medio del muestreo aleatorio simple, se utilizó para la clase de tipo de muestreo el diseño muestral de tipo probabilística y de clase mixto, calculándose la muestra a través de la formula para poblaciones finitas, haciendo luego una selección sistemática, para cada uno de los estratos.

Para la recolección de la información, se aplicó un instrumento elaborado por Peter Safar y aprobado por la asociación mundial de sociedades de anestesiología, el cual evalúa las habilidades psicomotoras en

la reanimación cardio pulmonar (soporte básico), con la realización de ejercicios que simularon intento de reanimación cardio pulmonar sobre un maniquí.

Este instrumento está conformado por 10 ítems con dos alternativas de respuestas SI y NO. Los resultados obtenidos demostraron que el personal de enfermería que labora en la Clínica “El Ávila” desconoce los estándares de RCPC (soporte básico) y por ende no lo aplican como lo está establecido a nivel mundial.

Las cifras arrojadas por la encuesta, revelan la gran problemática y que el 90,5% de las personas encuestadas, no sabían el orden de los estándares, desconocían la existencia de éstos y no realizaban las maniobras correctamente, ni cumplían con el tiempo previsto.

## **BASES TEÓRICAS**

El Paro Cardiorrespiratorio según Harrison, T (1994) es: “el cese brusco e inesperado de la función circulatoria y respiratoria eficaz” (Pág. 685). Es una situación generalmente inesperada capaz de sorprender, en un instante, a personas en aparente estado de salud. La falta de conocimiento, lo imprevisto del suceso y la lentitud en la implementación de las maniobras de RCPC básicas, hacen que, muchas veces, se fracase en los intentos por recuperar la vida.

López, R (1995) lo define así: “es el paro cardíaco primario, la circulación de la sangre se detiene y los órganos vitales, incluyendo aquí el cerebro, no son oxigenados”. (Pág. 323). El cuerpo requiere un suministro

constante de oxígeno para poder sobrevivir, las lesiones o enfermedades que afectan la respiración o el latido del corazón, o aquellas que causan sangrados, pueden alterar al aporte de oxígeno o este no circula adecuadamente por el cuerpo, esto acarrea una emergencia que pone en peligro la vida de las personas. Puede producirse el paro respiratorio y el corazón seguir funcionando, pero en pocos minutos sobreviene el paro cardíaco, cuando no se presta el primer auxilio inmediatamente. También iniciarse con un paro cardíaco, en cuyo caso casi simultáneamente, se presenta el paro respiratorio.

Hay múltiples causas que pueden formar la aparición de un paro cardiorrespiratorio, pero Safar, P. (1993), las clasifica en dos grandes grupos, siendo estas: Primario: Fibrilación ventricular, por isquemia miocárdica focal, Asistolia por infarto agudo al miocardio, Bloqueo cardíaco y Choque eléctrico. Asimismo las secundarias: Asfixia u obstrucción de las vías aéreas o apnea, y Hemorragia masiva.

Por este motivo hay que tener en cuenta y saber los conocimientos básicos ante dicha situación de paro cardiorrespiratorio para así poder realizar una buena y efectiva reanimación cardiopulmonar; por este motivo, García, R. (2001) define la reanimación cardiopulmonar básica como:

La RCP básica consiste en mantener la vía aérea permeable, la ventilación y la circulación sin que intervengan en ningún momento equipo o medicación especial. La utilización de un equipo sencillo para el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas por ejemplo, tubos orofaríngeos o de una mascarilla facial para la ventilación boca a boca, nos llevaría a la definición de RCP básica con ayuda de la vía aérea. (Pág. 22).

La puesta en práctica de las medidas de reanimación en el momento y secuencia adecuada, podrá impedir que ocurran lesiones orgánicas irreversibles capaces de conducir inclusive a la muerte, siendo por tanto el objetivo primordial al aplicarlas “preservar la vida”.

Según Beltrán, R, citado por Matiz. H. (1993) afirma que: “las maniobras básicas de la reanimación, tienen como fin el mantener el flujo sanguíneo que le permita conservar la vitalidad de los órganos nobles, fundamentalmente el corazón y el cerebro” (Pág. 57).

Es importante tomar muy en cuenta, el tiempo que se emplea en la realización de las maniobras de reanimación, ya que éstas llevan involucrado el factor tiempo, como un elemento contra el cual el grupo se dedica a la recuperación del paciente, quien debe luchar constantemente en esta urgencia.

Cuando se realizan las maniobras básicas de RCP, según Beltrán, R. (1993) se logra suministrar: “un flujo de oxígeno suficiente para conservar la vitalidad de los órganos nobles: corazón y cerebro pero de manera muy transitoria”. (Pág.63).

En la medida de que los minutos avanzan, el resto del organismo, el cerebro y el corazón, no pueden soportar la hipoxia tan severa y entra entonces en una fase irrecuperable. Cualquiera sea la situación, en la cual sean llevadas las maniobras básicas o avanzadas de RCPC, el concepto de equipo debe estar presente y el esfuerzo del mismo, debe ser organizado, en primer lugar a reestablecer la respiración y la circulación espontánea de la víctima y en segundo lugar a preservar el funcionamiento adecuado de los órganos vitales del paciente durante el proceso.

Por tal motivo, Según López, R. (1995), afirma que:

El equipo de reanimación debe estar constituido por un líder y uno o más miembros quienes asumirán roles definidos. Debe ser una persona que controle la situación, el líder quien va a ser el responsable de dirigir y coordinar las acciones del equipo. (Pág.70).

Los miembros del equipo son los responsables de llevar a cabo las tareas señaladas por el líder; esto es de gran importancia en las situaciones donde existen tendencias al desorden, multiplicidad de órdenes y/o comandos que pueden perjudicar en su momento a la víctima.

Los estándares de RCPC, han sido implementados de forma extensiva en un hospital de los países desarrollados, implicándose generalmente en víctimas de agresión aguda, pero posteriormente, reversibles, luego de su aplicación.

Existentes investigadores y otros interesados que han reconocido la necesidad de mejorar los sistemas de atención médica inmediata, para garantizar la sobrevivencia de los pacientes; y como tal una serie de factores. La Asociación Americana del Corazón, ha dado un nombre a los pasos a seguir, llamándola "Cadena de Sobrevivencia", esta cadena tiene cuatro estándares interdependientes: Accesos Inmediatos, Reanimación Cardiopulmonar Inmediata, Desfibrilación Inmediata, Cuidados Avanzados Inmediatos.

Según la Asociación Americana del Corazón (1999), las principales Acciones que deben realizarse durante el acceso inmediato en un paro

Cardíaco incluye:

Identificación inmediata del colapso del paciente, Reconocimiento de la ausencia de la respuesta, Notificación rápida (actualmente por teléfono) al personal entrenado, Reconocimiento rápido de un posible paro cardíaco por el personal de asistencia médica y Ayuda rápida del personal a la víctima con todo el equipo necesario. (Pág., 5).

Todo esto debe llevarse a cabo ante de los cuidados avanzados o la desfibrilación. Por lo tanto cada acción, es una parte vital de la escalera de acceso rápido siendo lo anterior el primer eslabón.

El segundo eslabón es el RCP inmediato, siendo más eficaz cuando se inicia inmediatamente después del colapso de la víctima, en su sentido más amplio se refiere al intento o reestablecimiento de la circulación natural, utilizando la técnica de compensaciones de la pared torácica y respiración pulmonar asistida.

Seguido a esto tenemos el Tercer Eslabón de la cadena el cual es la Desfibrilación Inmediata; este eslabón de la cadena que tiene mayor probabilidad de mejorar la tasa de supervivencia. Existen varias opciones para la desfibrilación rápida, se puede practicar con desfibrilaciones automáticas, semi-automática o manuales. Siendo la desfibrilación quien analiza el ritmo cardíaco del individuo.

El Cuarto y último eslabón de la cadena de supervivencia es los cuidados avanzados inmediatos siendo estos no más que la administración de medicamentos entre ellos la droga Alfa-Agonista, actualmente indicada por la Asociación Americana del Corazón en las situaciones de paro respiratorio siendo esta la adrenalina, la cual ha sido utilizada desde principio

de siglo, y fue formalmente incorporada en las guías de la Asociación Americana del corazón para resucitación en 1973.

Por tal motivo, la Asociación Americana del Corazón, refiere que:

La adrenalina produce contracción periférica y aumento de la resistencia vascular sistémica y como consecuencia mejora el flujo sanguíneo cerebral y miocárdica durante la RCPC la dosis recomendada es de 1mg cada tres minutos tanto en la fibrilación ventricular y no fibrilación ventricular. (Pág.73)

La vasopresina, es una hormona antidiurética. A dosis muy elevada (mucho más de las que necesita por tener efecto diurético), actúa como un vasoconstrictor periférico no adrenérgico. Aumenta la resistencia vascular sistémica y presenta una vida media entre 10 y 20 minutos, mucho más que la adrenalina. La vasopresina durante la RCPC, aumenta la presión de perfusión coronaria, el flujo sanguíneo a órganos vitales y el aporte de oxígeno al cerebro, la dosis recomendada es 40 UI, una sola dosis, una sola vez, si no hay respuesta, a los 5 a 10 minutos después de la administración de la dosis, volver a probar adrenalina 1mg/3-5 minutos.

Entre otros fármacos utilizados en la RCPC, según la Asociación Americana del Corazón (1999) tenemos: “ La Atropina, se utiliza en tratamientos de bradiarritmia con compromiso hemodinámicos y algunos tipos de bloqueo cardíacos” (Pág.: 25).

Su existencia en la asistolia, es limitada, pero puede considerarse de una dosis única de 3 mg que proporcione un bloqueo completo de la actividad vagal.

Al presentarse un paro cardiorrespiratorio ocurren cambios hemodinámicos en el paciente por tal motivo, hay que utilizar otros medicamentos que nos ayuden a mejorar lo mas pronto posible el estado de salud.

Por tal motivo López, R. (1995) con respecto al bicarbonato afirma que:

La maniobra de RCPC realizada de manera efectiva y rápida en pacientes previamente sanos, no permite detectar de forma precoz una acidosis intensa o de rápida instauración en el paro cardíaco. Por otro lado la gasometría arterial puede resultar engañosa o con una mala relación entre el medio interno cerebral y cardíaco. (Pág. 27).

En RCPC prolongado o asociado a hiperkalemia o sobre dosis de antidepresivos tricíclicos, se recomienda una dosis inicial endovenoso de 50 mmol, mientras que posteriores dosis dependerán de la situación clínica del paciente y de gasometrías posteriores.

Si se cumplen los eslabones de la cadena de sobrevivencia adecuada y eficazmente se podrá obtener del mismo modo una RCPC efectiva y satisfactoria.

El tiempo es crucial para iniciar la RCPC ya que al cuarto minuto empieza el daño cerebral y al llegar a los diez minutos el daño cerebral es casi seguro. Por tal motivo se debe actuar rápidamente y evaluar la respuesta del paciente.

Se debe tener en cuenta la vía aérea; cuando la víctima no responde se debe asegurar la respiración del paciente colocándolo en posición supina en una superficie plana y firme para permeabilizar la vía aérea (la lengua es la causa más común de la obstrucción de la vía aérea en una persona que no respira) se debe realizar una hiperextensión de la cabeza y levantar el mentón, esto no debe realizarse con sospecha de trauma medular.

Cuando la víctima no responde el reanimador debe determinar si esta respirando, tomando en cuenta las acciones anteriores para así proporcionarle un mejor funcionamiento en la vía respiratoria.

Para valorar la respiración del paciente se debe colocar el oído cerca de la boca y la nariz de la víctima manteniendo la vía aérea permeable al vigilar el movimiento del tórax escuchando el aire que exhala durante la expiración y sentir el flujo de éste. Este procedimiento no debe tomar más de 10 segundos.

Los jadeos, respiraciones agónicas o grandes esfuerzos respiratorios pueden llevar a un paro respiratorio y/o cardíaco. La víctima que no responda pero mantenga adecuada circulación y respiración puede ser colocada en posición lateral (posición de recuperación) evitando obstrucción de la vía aérea con la lengua y permitiendo un adecuado drenaje de fluidos (vómitos o moco).

Cuando el paciente no respira se debe de tomar en cuenta el aplicar una respiración artificial, entre las técnicas artificiales de respiración tenemos según la Asociación Americana del Corazón (1999), las siguientes: “Boca a Boca, Boca a Nariz y Boca a Estoma” (Pág.4).

La Respiración boca a boca es una manera rápida de proporcionar oxígeno y ventilar a la víctima. El reanimador toma una inspiración profunda y realiza un sello con su boca sobre la boca de la víctima entregando una respiración lenta (2 segundos) generando que el reanimador infle los pulmones de la víctima adecuadamente.

Se realizan aproximadamente 10 a 12 respiraciones por minuto (una respiración cada 4 a 5 segundos).

Se puede iniciar con 2 hasta 5 respiraciones iniciales. Un volumen demasiado grande de aire y una cantidad de flujo inspiratorio demasiado rápido, puede causar presión faríngea que exceda la presión de apertura de la faringe, haciendo que el aire entre al estómago causando distensión gástrica.

En la respiración boca nariz es recomendada cuando la respiración por la boca es imposible, cuando no se puede abrir la boca de la víctima por cualquier lesión.

Para dicha maniobra se debe de mantener la cabeza de la víctima inclinada hacia atrás con una mano sobre la frente y con la otra mano se levanta la mandíbula y se cierra la boca. El rescatador realiza una inspiración profunda y realiza un sello hermético con su boca sobre la nariz realizando una inspiración a la víctima; para que la víctima exhale se debe de quitar el sello de la nariz del paciente y abrir la boca un poco. Esto hace que sea más efectiva la maniobra.

Otra respiración asistida tenemos la de boca a estoma, esta se aplica cuando la víctima se le ha practicado una laringectomía (Extirpación quirúrgica

de la laringe) teniendo así la víctima una apertura permanente que conecta la traquea directamente a la parte anterior del cuello. También la víctima puede tener una traqueotomía temporal o permanente y para aplicar una respiración efectiva se debe de realizar un buen sello de la boca y nariz.

Para realizar una buena técnica se debe ejecutar una obturación hermética alrededor del estoma soplando lentamente hasta que se expanda el tórax, luego de insuflar oxígeno se debe de quitar el sello para dejar que el paciente exhale.

Hay otros tipos de dispositivos como lo son las mascarillas faciales, mascarillas laringes pero si todas estas maniobras son insuficientes se debe de realizar una intubación endotraqueal por personal capacitado para así mejorar el flujo respiratorio evitando así un daño irreparable.

Al realizar todas las maniobras respiratorias de la RCPC debemos de valorar la circulación tomando en cuenta el pulso.

En un paro cardíaco se reconoce por la ausencia del pulso en las arterias grandes entre ellas se pueden palpar la carótida, la yugular e incluso hasta la femoral, esta verificación del pulso no debe de tomar más de 5 a 10 minutos.

Se debe de tomar en cuenta los movimientos de la víctima se observa y escuchar si respira y/o tose al valorar esto si la víctima no responde no respira ni se mueve debe iniciarse inmediatamente el masaje cardíaco y la ventilación.

Al iniciarse las compresiones torácicas se debe de realizar aplicaciones seriadas y rítmicas de presión sobre la mitad inferior del esternón. Estas compresiones proporcionan circulación debido al aumento, generalizado de presión aplicada al tórax o de la compresión directa al corazón.

La Asociación Americana del Corazón (1999) afirma que:

Las compresiones cardiacas se deben aplicar de manera seguida y con la misma fuerza en la mitad inferior del esternón donde se apoya la palma de una mano y la otra mano sobre la primera deprimiendo 1 ½ a 2 pulgadas (4 – 5 centímetros). (Pág.54).

La sangre que se hace circular a los pulmones por las compresiones torácicas, probablemente recibe suficiente oxígeno para conservar la vida cuando se acompañan con respiraciones artificiales y no practicadas adecuadamente.

Para que se apliquen adecuadamente, el paciente debe de estar en posición horizontal, si la víctima esta en una cama debe colocarse algo debajo para crear una superficie recta y dura.

El rescatador debe de mantener una relación de 15 compresiones por cada 2 ventilaciones si la vía aérea no esta protegida; si lo esta (Paciente intubado) se mantiene una relación de 5 compresiones por cada ventilación. El ritmo de las compresiones debe ser de un mínimo de 80 por minuto y hasta 100 por minuto si es posible.

La circulación sanguínea hacia los pulmones generada por las compresiones torácicas junto a un rescate ventilatorio bien realizado

proporciona una adecuada oxigenación para el cerebro y otros órganos vitales hasta que se pueda realizar la desfibrinación si el paciente la amerita.

Todo lo anterior se realiza manteniendo una permanente valoración y observación de la respuesta de la víctima, a medida que se prolonga el tiempo de la RCPC el corazón se torna menos distensible llegando a predominar como único generador de gasto cardiaco (Siendo muy reducido de  $\frac{1}{4}$  o  $\frac{1}{3}$  de lo normal).

Las compresiones torácicas practicadas adecuadamente pueden generar picos en la presión arterial sistólica de 60 a 80 mmHg pero la presión diastolita es baja.

Cuando la víctima al aplicarle la RCPC no sale del paro se debe de optar por la desfibrinación siendo esta una descarga eléctrica aplicada al individuo para hacer que el corazón lata nuevamente.

El personal que realiza la RCPC tiene solo unos minutos después del colapso de la víctima para restablecer un ritmo sostenido de perfusión. La RCPC puede ayudar a un paciente un breve tiempo pero no puede establecer directamente un ritmo cardiaco estable.

La desfibrilación debe comenzarse con 100 Joules y subir progresivamente a 200 y 300 Joules y el paciente no responde a la tercera descarga debe de seguir el RCPC y aplicar medicamentos específicos antes mencionados como lo son la adrenalina, la atropina entre otros.

La finalidad de la RCPC es que a la víctima se le restablezca la respiración y la circulación en el menor tiempo posible para evitar daños irreparables y así proporcionan un buen estado de salud.

## SISTEMA DE VARIABLES

**Variable:** Información teórico – práctica que poseen los profesionales de enfermería sobre las medidas de reanimación cardiopulmonar cerebral (RCPC) Básica y Avanzada.

**Definición Conceptual:** Atkinson, L. (1996): “Es el grado de conocimiento que adquiere la enfermera para la ejecución o manejo de algo”.

**Definición Operacional:** Representa el dominio de la identificación de conceptos teóricos-prácticos sobre las maniobras de RCPC y aplicación de las mismas.

### Cuadro N° 1

#### Operacionalización de las Variables

**Variable:** Información teórico – práctica que poseen los profesionales de enfermería sobre las medidas de reanimación cardiopulmonar cerebral (RCPC).

**Definición operacional:** Representa el dominio de conceptos teóricos sobre las maniobras de RCPC.

Dimensión	Indicadores	sub-indicadores	items
Dominio teórico: se refiere a la información que tienen las profesionales de enfermería sobre las maniobras básicas y avanzadas de RCPC.	Maniobras básicas de RCPC: es la información teórica que tiene el profesional de enfermería sobre: - Evaluación de la víctima - Control de la vía aérea y diagnóstico de paro - Restauración de la ventilación - Restauración de la circulación.	- Evaluación de la víctima: consciencia de ayuda, posición,	1,2,3, 4, 4,5 6,7,8,9,
		- Control de la vía aérea y diagnósticos de paro: Apertura de la vía aérea, restauración de la ventilación, respiración: Boca – nariz, boca a boca, boca a estoma, efectividad de la respiración.	10,11,12,13
		- Restauración de la circulación y diagnóstico de paro cardiaco.	14
		- Localización del sitio de compresión cardiaca.	15
		- Frecuencia de las compresiones torácicas .	16,17

Dimensión	Indicadores	Sub-indicadores	items
	Maniobras avanzadas de RCPC: Es la información que poseen los profesionales de enfermería sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo avanzado de la vía aérea.</li> <li>- Control del ritmo cardíaco.</li> <li>- Desfibrilación.</li> <li>- Administración de medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo avanzado de la vía aérea: Intubación endotraqueal, administración de oxígeno, control de ritmo cardíaco, monitoreo, EKG.</li> <li>- Desfibrilación</li> <li>- Administración de medicamento:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adrenalina</li> <li>- Atropina</li> <li>- Bicarbonato de sodio</li> <li>- Lidocaina</li> </ul> </li> </ul>	18 19,20 21,22,23 24,25  26 27 28 29

## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Anoxia:** Estado anormal caracterizado por una falta relativa o total de oxígeno. Puede ser local o general y puede resultar del aporte insuficiente de oxígeno al aparato respiratorio, de la incapacidad de la sangre para transportar aquél al organismo.

**Asfixia:** Hipoxia grave que evoluciona hacia hipoxemia, hipercapnia, pérdida de conciencia, que si no se corrige produce muerte al individuo.

**Asistolia:** Ausencia del ritmo cardíaco, que se distingue de la fibrilación, porque en esta actividad eléctrica persiste aunque la contracción cesa.

**Circulación:** Flujo sanguíneo normal de la sangre con paso continuo por las venas y arterias en el organismo.

**Diástole:** período del tiempo del ciclo cardíaco entre las contracciones ventriculares durante el cual entra la sangre a las cámaras ventriculares relajadas procedentes de las aurículas creando la tensión mínima.

**Hipertensión:** Elevación de la presión arterial mayor a 120 mmHg (sistólica) y (diastólica) mayor a 70 mmHg.

**Hipotensión:** Disminución de la presión arterial menor de 110 mmHg (sistólica) y menor de 70 mmHg (diastólica).

**Hipoxemia:** Tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial.

Paro cardíaco: Ausencia de la actividad del corazón.

Paro respiratorio: Ausencia de la respiración espontánea.

Presión intracraneana: Presión ejercida dentro de la cavidad craneana por la sangre, líquido cefalorraquídeo y el tejido encefálico, que se encuentra normalmente en la cavidad cerebral.

Sístole: Contracción normal del corazón, especialmente de los ventrículos, en virtud de la cual pasa la sangre a las arterias aorta y pulmonar. Sufijo que determina la presión arterial máxima (120 mmHg).

Soluciones expansoras: Líquidos que se utilizan para reponer la pérdida de volumen plasmático y homeostasia del individuo.

Taquicardia: Trastorno circulatorio consistente en la contracción del miocardio con una frecuencia de 100 a 150 latidos por minutos.

Taquipnea: Aceleración anormal de la frecuencia respiratoria por encima de 20 respiraciones por minutos.

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

El presente capítulo describe el diseño metodológico de la investigación. Se especifica el tipo de estudio, la población y la muestra, el instrumento para la recolección de datos, confiabilidad del mismo y los procedimientos para la recolección de los datos.

#### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo con la investigación es descriptiva, evaluativa y de tipo Cuasiexperimental con pre test y post test.

La investigación descriptiva interpreta las la realidad de hechos. Incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El nivel descriptivo hace énfasis sobre conclusiones dominantes, o sobre como una persona, grupo o cosa, se conduce o funciona en el presente. Arias, F. (1997) señala que: “Este nivel de investigación consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento, mide la forma independiente las variables”. (Pág. 48).

Es evaluativo ya que en este nivel pretende estimar o valorar la efectividad de programas, planos o proyectos, aplicados anteriormente para resolver una situación determinada. En tal sentido, Weiss, N. (2001) expresa que:

Establece criterios claros y específicos para el éxito. Reúne sistemáticamente pruebas y testimonios de una muestra representativa de las unidades de que se trate. Comúnmente traduce estos testimonios o expresiones cuantitativas y los compara con los criterios que se habían establecidos. Luego sacan conclusiones acerca de la eficacia, el valor, el éxito del fenómeno que se está estudiando. (Pág. 28).

Y es de tipo cuasiexperimental; Sampieri, R. (1998) menciona que: “Los estudios cuasiexperimentales manipulan deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables”.

## **POBLACION Y MUESTRA**

### **Población**

Según Stracuzzi, S. (2003) define población como: “El conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones”. (Pág.93).

La población para el desarrollo de este trabajo estuvo representada por 41 profesionales de enfermería que laboran en las áreas de Emergencia de Adultos y Terapia Intensiva de los diferentes turnos (mañana, tarde y noche) del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello.

## **Muestra**

Según Stracuzzi, S. (2003) refiere que la muestra: "No es mas que la escogencia de una parte representativa de una población, cuyas características reproduce de la manera mas exacta posible." (Pág.93).

La muestra para la presente investigación estuvo dada por el 100% de la población, es decir 41 profesionales de enfermería que laboran en los servicios ya descritos.

## **METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**

El método para la recolección de la información fue a través de un instrumento tipo cuestionario, el cual fue diseñado el primero por: Barrios, L., Mujica, M., Villegas, I.

Dicho instrumento constó de dos partes; una primera parte que contiene los datos demográficos del encuestado, el cual están referidos a: grado de instrucción y experiencia laboral (años de servicio) y una segunda parte estructurada por 29 items redactados en selección simple donde se evidencia la información del profesional en cuanto a las maniobras Básicas y Avanzadas de RCPC. (Anexo 2).

## **VALIDACION Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

El instrumento fue aplicado con anterioridad en otro trabajo el cual fue validado por expertos en metodología, especialistas en medicina crítica pero no en el área médica sino de enfermería, cuyo resultado fue puente para aplicarlo en la presente investigación.

Pero a su vez fue nuevamente validado por Enfermeras (os) expertas en metodología y especialistas en medicina crítica que laboran en dichas unidades de estudio. (Anexo 1).

## **PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Contando con el tipo de cuestionario, se procedió a solicitar la autorización por parte de las autoridades de la institución (Dirección) y por parte de la enfermera jefe de la institución para su aplicación. Dichas solicitudes explicaban el contenido del instrumento.

Obtenidas y firmadas dichas solicitudes, se aplicó el (Pre - Test) sobre maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar cerebral; 20 días después de aplicado el programa se le realizó a la muestra en estudio el (post -Test).

El programa de adiestramiento fue estructurado con la finalidad que los 41 profesionales de enfermería (muestra en estudio) obtuvieran dominio

teórico sobre la aplicación de las maniobras básicas y avanzadas de RCPC en una situación simulada.

Dicho programa se aplicó en un horario que abarcó 8 horas y duro 3 días el cual asistieron en su totalidad la muestra estudiada.

Se aplicó en las mismas personas que estuvieron en el pre test y post test con el fin de evitar alteraciones en los resultados.

## **PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS**

Para la tabulación y análisis de los datos se procedió a:

1. Ordenar los resultados obtenidos del pre – test y post – test y aplicarlos en una matriz de datos.
2. Ordenar los datos en distribución de frecuencia absoluta y calcular el promedio porcentual de cada una de las respuestas dadas.
3. Calcular las diferencias grupales (promedio porcentual en las respuestas correctas) antes y después de la intervención educativa utilizando al estadígrafo t de Student.
4. Establecer si existen diferencias estadísticamente validas.
5. Presentar los datos obtenidos en forma de tablas y gráficos con su análisis estadístico respectivo.

## CAPITULO IV

### PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación planteada el cual está referida a las informaciones que poseen los profesionales de enfermería sobre las medidas de reanimación cardiopulmonar cerebral (RCPC) básica y avanzada en el área de cuidados intensivos y emergencia del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara.

#### CUADRO N° 1

Nivel académico de los profesionales de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006.

<i>Nivel Académico</i>	<i>Cantidad</i>	<i>%</i>
Licenciadas(os)	20	48,8
Técnico Superior	21	51,2
Total	41	100

Fuente: Cuestionario Aplicado

El Cuadro N° 1 representa el nivel académico de los profesionales de enfermería de las áreas EA y UCI que participaron antes y después en un programa de adiestramiento de RCPC, observándose que un 51,2% estuvo conformado por Técnicos Superiores Universitarios mientras que un 48,7% por Licenciados en Enfermería.

## CUADRO N° 2

Experiencia laboral de los profesionales de Enfermería de las Áreas EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. Estado Carabobo. AÑO 2.006.

Años de servicio	Cantidad	%
0 a 5 años	25	60,9
6 a 10 años	10	24,3
Mas de 10 años	06	14,8
Total	41	100

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 2 representa la experiencia laboral de los profesionales de Enfermería de las áreas de EA y UCI que participaron antes y después de un programa de adiestramiento de RCPC, observándose que el 60,9% de los enfermeros encuestados llevan laborando de 0 a 5 años; el 24,3% lleva laborando de 6 a 10 años y un 14,8% mas de 10 años.

## CUADRO N° 3

Frecuencia absoluta y porcentual de los profesionales de Enfermería entrenados en RCPC de las Áreas EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006.

<i>Criterios</i>	<i>Cantidad</i>	<i>%</i>
Con curso	13	31,7
Sin curso	28	68,2
Total	41	100

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 3 se representa la frecuencia absoluta y porcentual de los profesionales de Enfermería entrenados en RCPC de las áreas EA y UCI, teniendo como resultado que el 68,2% del personal no tiene cursos de RCPC y un 31,7% a realizado cursos de capacitación dando esto como resultado que el personal que labora en dichas áreas probablemente no esta formalmente preparado para actuar con habilidades y destrezas ante un paciente que presente un paro Cardiorrespiratorio.

CUADRO N° 4

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de Enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de Adiestramiento de RCPC referido a la evaluación de la víctima.

Categoría	Pre-test	Post-test
	f (%)	f (%)
Primera fase de evaluación	30 (73,15%)	39 (95,1%)
Nivel de conciencia	27 (65,8%)	34 (82,9%)
Primer eslabón de la cadena de sobrevivencia	15 (36,5%)	25 (60,9%)
Posición ideal de la víctima	35 (85,3%)	38 (92,6%)
Posición ideal de el rescatador	19 (46,3%)	24 (58,5%)
Segundo paso para el rescate de la víctima	28 (68,2%)	34 (82,9%)
Apertura de la vías aéreas	15 (36,5%)	24 (58,5%)
Aplicación de la respiración	29 (70,7%)	31(75,6%)
Paro respiratorio no hay oxígeno en la sangre	11 (26,8%)	35 (85,3%)
<b>Total</b>	<b>209 (56,6%)</b>	<b>284(76,9%)</b>

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 4 representa la frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI antes y después de un programa de adiestramiento de RCPC

referido a la evaluación de la víctima. Se obtuvo como resultado que en la primera fase de evaluación en el pre test fue 73,1% en el post Test 95,1%; en el nivel de conciencia fue en la pre test 65,8% y en el post test fue 60,9%; en la posición de la víctima el pre test fue 85,3% y en el post test 92,6%; en la posición ideal del rescatados en el pre test fue 46,3% y en el post test 58,5%; en el segundo paso para el rescate de la víctima en el pre test fue 68,2% y en el post test 82,9%; apertura de la vía aérea en el pre test fue de 36,5% y en el post test 58,5%; en la aplicación de la respiración en el pre test fue de 70,7% y en el post test fue 75,6% en el ítem de paro respiratorio en el pre test el 26,8% contesto correctamente mientras que el post test respondieron correctamente un 85,3% . Concluyendo pues que aumentaron las respuestas correctas después del programa de adiestramiento de RCPC.

Esto tiene semejanza por lo planteado por Delgado M. quien demostró que el 84% de las enfermeras no manejan la parte técnica del RCPC y con un 16% que si lo maneja.

CUADRO N° 5

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido al control de las vías áreas, diagnóstico de paro y restauración de la ventilación.

	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>
<b>Categoría</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
Respiración boca a boca	10 (24,3%)	29 (70,7%)
Respiración boca-nariz	14 (34,1%)	23 (56,0%)
Respiración boca-estoma	8 (19,5%9)	29 (70,7%)
Efectividad de la respiración	6 (14,6%)	20 (48,7%)
<b>Total</b>	<b>38 (23,1%)</b>	<b>101 (61,5%)</b>

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 5 esta representado por la frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI antes y después de un programa de adiestramiento de RCPC referido al control de la vía áreas, diagnóstico de paro y restauración de la ventilación; obteniéndose como resultado en la respiración boca a boca en el pre test un 24,3% en el post test un 70,7%; en la respiración boca nariz en el pre test fue de 34,1% y en el post test de 56,0%; en la respiración boca estoma en el pre test fue de 19,5% y en el post test fue de 70,7%; en la efectividad de la respiración en el pre test fue de

14,6% mientras que en el post test fue de 48,7% concluyendo pues que el personal de enfermería incremento sus conocimientos sobre RCPC, reflejado en los resultados emitidos en el pos test aplicado después del programa de adiestramiento.

Delgado M. demostró que si existe un desconocimiento tanto en la parte practica como en la información que se maneja. Este cuadro demuestra lo mismo lo cual predispone actos de negligencias.

## CUADRO N° 6

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la restauración de la circulación.

	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>
<b>Categoría</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
Restauración de la circulación y diagnóstico de paro	6 (14,6%)	29 (48,7%)
Localización del sitio de las compresiones cardiacas	10 (24,3%)	20 (48,7%)
Frecuencia de las compresiones torácicas	10 (24,3%)	22 (53,6%)
Indicación de masaje cardiaco	23 (56,0%)	31 (75,6%)
<b>Total</b>	<b>49 (29,8%)</b>	<b>102 (62,1%)</b>

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 6 esta representado por la frecuencia porcentual y absoluta de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería que labora en las áreas de EA y UCI antes y después de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la restauración de la circulación obteniéndose como resultado que en el ítems de la restauración de la circulación y diagnóstico de paro en el pre test se

obtuvo un 14,6% y en el post test un 70,7%; en la localización de las compresiones torácicas en el pre test fue de un 24,3% y en el post test un 48,7%; en la frecuencia de las compresiones torácicas en el pre test fue de un 24,3% en el post test de 53,6% y en la aplicación del masaje cardiaco en el pre test fue de 56,0% mientras que en el post test fue de 75,6%.

Esto revela lo citado por Matiz H. las maniobras básicas de reanimación, tienen como fin mantener el flujo sanguíneo que le permite conservar la utilidad de los órganos.

## CUADRO N° 7

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido al manejo avanzado de las vías aéreas.

	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>
<b>Categoría</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
Intubación endotraqueal	18 (43,9%)	39 (95,1%)
Administración de oxígeno	30 (73,1%)	41 (100%)
Aplicación de ventilación primaria	12 (29,2%)	41 (100%)
<b>Total</b>	<b>60 (39,8%)</b>	<b>121 (82,9%)</b>

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 7 esta representado por la frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI antes y después de un programa de adiestramiento de RCPC referido al manejo avanzado de las vías aéreas obteniendo como resultado que en la intubación endotraqueal

Las enfermeras en el pre test fue de 43,9% en el post test fue de 95,1%; en la administración de oxígeno en el pre test fue de un 73,1% y en el post test de un 100%; en cuanto a la aplicación de la ventilación primaria en el pre test respondieron un 29,2% mientras que en el post test

respondieron al 100% dando como resultado una efectividad favorable al programa.

En la medida de que los minutos avanzan, el cerebro y el corazón no pueden soportar la hipoxia tan severa; es por eso que según Beltrán R. (1993): “Un flujo de oxígeno que permite conservar la totalidad del corazón y cerebro”.

## CUADRO N° 8

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido al control del ritmo cardiaco.

	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>
<b>Categoría</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
Control de ritmo cardiaco	22 (56,6%)	29 (70,7%)
EKG	13 (31,7%)	24 (58,5%)
Monitoreo	6 (14,6%)	21 (51,2%)
<b>Total</b>	<b>41 (33,3%)</b>	<b>74 (60,1%)</b>

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 8 esta representado por la frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI antes y después de un programa de adiestramiento de RCPC referido al control del ritmo cardiaco obteniéndose como resultado en el pre test de un 53,6% y en el post test un 70,7%; en cuanto a EKG en el pre test fue de 31,7% y en el post test de 58,5%; en cuanto al monitoreo de un paciente las enfermeras respondieron correctamente en el pre test un 14,6% y en el post test un 51,2%.

Este punto del monitoreo cardiaco del paciente es importante ya que se debe actuar con rapidez para así poder mantener los signos vitales del paciente tomando en cuenta que en la cadena de sobre vivencia cada acción es una parte vital de la escalera de acceso rápido.

## CUADRO N° 9

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la desfibrilación.

	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>
<b>Categoría</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
Desfibrilación	13 (31,7)	23 (56,0%)
Descarga eléctrica inicial	23 (56,0%)	26 (63,4%)
<b>Total</b>	<b>36 (43,9%)</b>	<b>49 (59,7%)</b>

Fuente: Cuestionario Aplicado.

El cuadro N° 9 esta representado por la frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI antes y después de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la desfibrilación en un paciente que presente paro cardiorrespiratorio obteniéndose en el pre test un 31,7% y en el post test un 56,0%; con la aplicación de la descarga eléctrica inicial el pre test fue de 56,0% y en el post test fue de 63,4%.

La Asociación Americana del Corazón refiere que existen varias opciones para la desfibrilación rápida, la cual analiza el ritmo cardiaco del individuo por eso se debe tener en cuenta que si se actúa con precisión y rapidez al desfibrilar el individuo puede llegar a tener su ritmo cardiaco en los parámetros normales.

## CUADRO N° 10

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la administración de medicamentos.

	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>
<b>Categoría</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
Indicación de adrenalina	5 (12,1%)	22 (53,6%)
Indicación de atropina	18 (43,9%)	23 (56,0%)
Indicación de bicarbonato	25 (60,9%)	26 (63,4%)
Indicación de lidocaina	28 (68,2%)	31 (75,6%)
<b>Total</b>	<b>76 (43,3%)</b>	<b>102 (62,1%)</b>

Fuente: Cuestionario Aplicado

El cuadro N° 10 esta representado por la frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la administración de medicamentos obteniéndose que con la administración de la adrenalina en el pre test fue de 12,1% en el post test fue de 53,6%; con la administración de la atropina en el pre test fue de 43,9% y en el post test de 56.0%; con la administración del bicarbonato en el pre test fue de 60,9% en el post test fue de 63,4% y en la administración de la lidocaina en el pre test fue de 68,2% mientras que en el post test fue de 75,6%.

Lo representado por La Asociación Americana del Corazón al presentarse un paro cardiorrespiratorio ocurren cambios hemodinámicas en el paciente, por tal motivo hay que utilizar algunos medicamentos que nos ayuden a mejorar lo mas pronto posible el estado de salud.

## CUADRO N° 11

Comparación entre los promedios porcentuales de las respuestas correctas emitidas por el profesional de enfermería antes y después del programa de adiestramiento.

<b>Categoría</b>	<b>Correctas (%)</b>	<b>Incorrectas (%)</b>	<b>Total</b>
Pre test (Antes)	509 (42,8%)	672 (56,5%)	1.189
Post test (Después)	840 (70,6%)	341 (28,6%)	1.189

Fuente: Cuestionario aplicado.

El cuadro N° 11 representa la información que poseen los profesionales de enfermería de las áreas de EA y UCI antes y después correctamente de un programa de adiestramiento de RCPC el cual arrojo que de 41 enfermeras que hicieron el cuestionario de 29 preguntas dando un total por todas de 1.189 preguntas el cual da el 100% en el pre test respondieron correctamente 509 preguntas dando un porcentaje de 42,8% y 672 incorrectas dando un 56,5% mientras que en el pos test respondieron correctamente 840 preguntas siendo un 70,6% y 341 incorrectas siendo un 28,6%.

## CUADRO N° 12

Diferencias grupales entre los promedios positivos (respuestas correctas) de los dos momentos (inicial y posterior) a la aplicación de un programa de adiestramiento emitidas por el personal de Enfermería que labora en las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" Puerto Cabello Estado Carabobo.

<b>Momento</b>	<b>Promedio</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Tamaño muestral</b>	<b>"t"</b>	<b>Condición</b>
<b>Inicial</b>	16,97	8,84	41	calculado 16,4 critico	Rechazo de hipótesis de nulidad
<b>Posterior</b>	28,69	6,47	41	p= 2,05	p<0,01

Nivel de confianza para valor critico: NC=95%.

Grado de libertad para valor critico: GL=28 (caso de 1 grupo).

Para determinar la validez de los resultados se aplicó la prueba de t Student

Concluyendo que no es posible asegurar que la diferencia entre los promedios de los dos momentos se deba al azar. Por lo tanto la intervención sobre el adiestramiento interviene en forma estadísticamente significativa sobre la adquisición de la información de las enfermeras, con un margen de error menor al uno por ciento (1%).

Para determinar la efectividad se aplica la ecuación de diferencias relativas porcentuales tal que:

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Promedio Posterior} - \text{Promedio Inicial}}{\text{Promedio Inicial}} \times 100$$

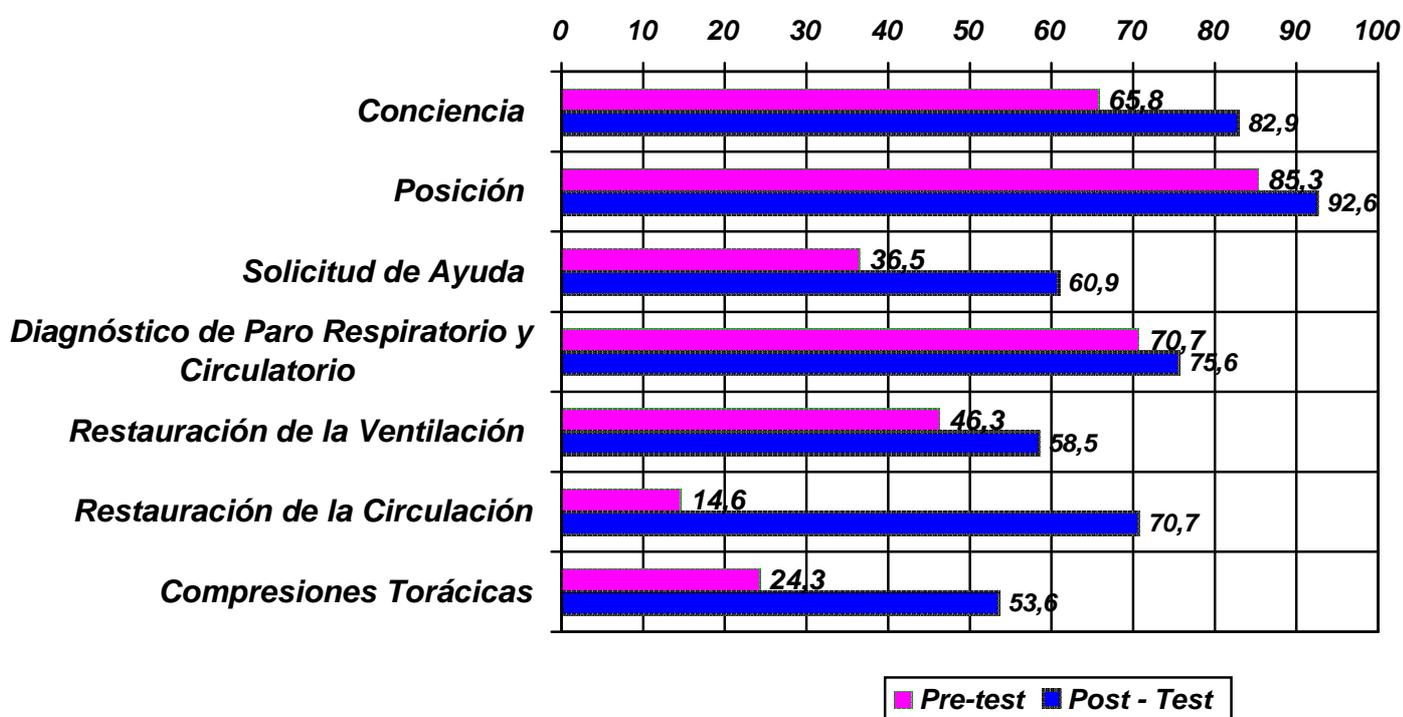
Lo cual determina una eficiencia del 69%. Esta eficiencia se categorizó como (ver plan de tabulación y análisis de datos) "Media".

#### Comentarios Complementarios:

1. La eficiencia esta en el rango de medida con tendencia a los niveles superiores del rango.
2. Las enfermeras además de subir el promedio grupal de aciertos (según el análisis hecho anteriormente), también demostraron notoriamente mayor homogenización grupal (análisis de desviación estándar) ya que los coeficientes de variación de media disminuyen en el 56%.
3. Estos resultados permiten evidenciar que los elementos muestrales tuvieron un importante nivel de respuestas correctas posterior a la aplicación del programa; lo que hace evidente la necesidad de utilizar estrategias educativas para asegurar la actualización y práctica de enfermería en las áreas críticas.

GRAFICO N° 1

Frecuencia porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI del Hospital "Dr. Adolfo Príncipe Lara". Puerto Cabello. Estado Carabobo. Año 2.006. Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la información practica de RCPC.



Fuente: Cuestionario Aplicado

El grafico N° 1 esta representado por la frecuencia porcentual de las respuestas correctas emitidas por el personal de enfermería de las áreas de EA y UCI Antes y después de la aplicación de un programa de adiestramiento de RCPC referido a la información practica obteniéndose que en el ítem de conciencia en el pre test se obtuvo 65,8% en el post test un 82,9%; en la posición de la victima en el pre test fue de 85,3% en el post test de 92,6%; al solicitar ayuda en el pre test fue de 36,5% en el post test fue de 60,9%; en el diagnostico de paro circulatorio y respiratorio en el pre test fue de 70,7% y en el post test fue de 75,6%; en la restauración de la ventilación en el pre test fue de 14,6% y en el post test fue de 48,7%; en la restauración de la circulación en el pre test fue de 14,6% y en el post test fue de 70,7% y en la aplicación de las compresiones torácicas en el pre test fue de 24,3% mientras que en el post test fue de 53,6%.

Esto tiene comparación con el trabajo de campo de Rivero A. y Salazar M. que revelaron que el 90,5% de las personas encuestadas no sabían el orden de los estándares de RCPC, desconocían la existencia de estos y no realizaban las maniobras correctamente.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

Una vez finalizados y analizados los resultados obtenidos luego de la determinación del nivel de información teórico de las medidas básico y avanzado de RCPC, y en función a los objetivos propuestos se formulan las siguientes conclusiones y recomendaciones

#### **Conclusiones**

Primero en relación con el nivel de información teórica de los profesionales de enfermería sobre las maniobras de RCPC básicas y avanzadas antes de la aplicación de un programa de adiestramiento fue de 41 enfermeras que respondieron el cuestionario de 29 preguntas dando un total de 1.189 preguntas respondieron correctamente 509 preguntas dando un porcentaje de 42.8% y 672 incorrectas dando un porcentaje de 56.5%.

En segundo lugar, en relación con el nivel de información teórica de los profesionales de enfermería sobre las maniobras de RCPC después de la aplicación de un programa de adiestramiento fue de 41 enfermeras que respondieron el cuestionario de 29 preguntas dando un total de 1.189 preguntas respondieron correctamente 840 preguntas dando un porcentaje de 70.6% y 341 incorrectas dando un porcentaje de 28.6%.

Para la determinación de la efectividad del programa al aplicar la prueba de Student los resultados arrojaron que la intervención sobre el adiestramiento fue estadísticamente significativa, ya que se observó un aumento de las respuestas correctas de los elementos muestrales, con un margen de error de 1 por ciento ( $p < 0.01$ ).

### **Recomendaciones**

A fin de aumentar el nivel de información teórica y práctica de las maniobras básicas y avanzado de RCPC en las enfermeras que laboran en las áreas de EA y UCI.

1. Dar a conocer los resultados obtenidos ante la institución y específicamente a los profesionales de enfermería que participaron en el programa de adiestramiento.
2. Fomentar talleres periódicos sobre las maniobras básicas y avanzadas de RCPC que certifique su aplicación en el grupo de profesionales de enfermería que laboran en las áreas de: EA y UCI.
3. Plantear la organización de un equipo multidisciplinario de salud que apliquen las maniobras de RCPC ante una situación de paro que se produzca en las áreas de EA y UCI.
4. Evaluar periódicamente las competencias de las enfermeras (os) en la aplicación de las medidas de RCPC.
5. Sensibilizar y motivar al personal de enfermería que trabaja en las áreas de: EA y UCI. Sobre la importancia que tiene el conocimiento sobre la RCPC.

6. Aplicar nuevamente el Programa de Reanimación Cardio-Pulmonar Cerebral para constatar que esta información ha sido solidamente adquirida.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- ≈ AGUILERA, A.; MARCIAL, E. Y GONZÁLEZ M. (1.999) Participación de las Enfermeras en relación a la información manejada durante las Maniobras avanzadas de RCPC. Del paciente critico en la UCI. Del Hospital "Domingo Luciani". Tesis de Grado. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.
- ≈ Arias, F. (1.997). El Proyecto de Investigación. Caracas: Episteme.
- ≈ American Heart Association. Standard and Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Car. Jama p.p. 2841 – 3044. 1.986.
- ≈ American Heart Association. Apoyo Vital Básico para profesionales de la salud. 1.977 – 99.
- ≈ Anuario Epidemiológico Del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2005). (Pág. 2). [www.msds.org.ve](http://www.msds.org.ve).
- ≈ ARAQUE, W. (2.000). Capitulo Central de RCP Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Decanato de Medicina. Carabobo.
- ≈ ARREAZA, R. En PIÑA, CASTILLO. (1.995) Modulo de Concentración Clínica de enfermería en las áreas criticas. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- ≈ BALESTRINI, M. (1997). Como se elabora un proyecto de investigación. B. L. Consultores Asociados. Caracas. Venezuela.
- ≈ CANALES, F. (1.998). Metodología de la Investigación. 1º Edición. OPS. OMS.
- ≈ CANALES, F.; PINEDA, E y ALVARADO, E. (1994). Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Washington, D C.

- ≈ CARPENITO, L. (1994). Diagnóstico de enfermería aplicado en el área crítica. Quinta Edición. Interamericana. Mc Graw – Hill. Impreso en España.
- ≈ DELGADO, M. (1.997). Información del profesional de enfermería sobre Medidas Básicas de Reanimación Cardiopulmonar y su Relación con el cumplimiento de esta práctica. Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- ≈ GARCIA, R. (2001). Medic Emergenci. Chicago.
- ≈ HARRINER, T. (1994). Manual de reanimación para el personal de enfermería. U.C. (Pag. 148).
- ≈ HARRISON, T. (1994). Paramedic Programs. New York City. Study. JAMA.
- ≈ JIMENEZ, C.; BETANCOURT, L. (2.000). Investigación aplicada al área de Enfermería I. Caracas. Prosección de Estudios de los Técnicos Superiores en Enfermería.
- ≈ JIMENEZ, E.; SANCHEZ, J. y VIVAS, M. (2.000). Información Teórica que posee el profesional de Enfermería sobre Preamiación Cardiopulmonar Cerebral Básica en el servicio de Emergencia de Adultos del Hospital “Miguel Pérez Carreño”. Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- ≈ LOPEZ, R. (1.991). Resucitación Cardio Pulmonar en el Tercer Milenio, Lo establecido, lo nuevo y las tendencias. Editores Cárdenas.
- ≈ LOZANO, J. y LOPEZ, R. (1.992) Maniobras de Reanimación Cardio Pulmonar para el personal de enfermería. Centro Medico “LA Trinidad”.
- ≈ MATIZ, H. (1993). Manual de reanimación cerebro cardio pulmonar. Memorias. Colección Educativa. Vol. 7. Edición Santa Fe de Bogota, D.C.

- ≈ MAX, H. (1997). Determinar la participación de los profesionales de enfermería durante las maniobras avanzadas de RCPC en pacientes críticos de la UCI del Hospital Domingo Luciani. Trabajo de Grado. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.
- ≈ RIVERO, A. y SALAZAR, M. (1.997). Aplicación de los estándares de Reanimación Cardio Pulmonar (Soporte Básico) por el personal de enfermería de la Clínica “El Ávila”. Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- ≈ SAFAR, P. (1.990). Reanimación Cardio Pulmonar Cerebral. Editorial Interamericana. México. (Pág. 3).
- ≈ Sampieri, R. (1.998). Metodología de la Investigación. Mac Graw Hill. Interamericana de México, S.A.
- ≈ STRACUZZI, S. y PESTAÑA, F. (2003). Metodología de la Investigación cuantitativa. FEDUPEL. Caracas. Venezuela.
- ≈ TAMAYO y TAMAYO, M. (1992). El proceso de la investigación científica. México: Lima.
- ≈ VELÁSQUEZ, J. (2001). Practica de enfermería en pacientes críticos. U.C. (Pág. 12).
- ≈ ZULLO, P. (2003). Enfermedades Cardiacas: Enemigos Mortales. Editorial Tovar.

# **ANEXO N° 1**

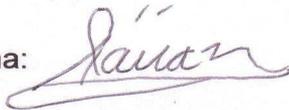
**CERTIFICACION DE VALIDACION**

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO.

Por medio de la presente hago constar que e leído y validado el instrumento que se aplicara como requisito para la Presentación del Trabajo Especial de Grado cuyo titulo tentativo es Efectividad de un Programa de Reanimación Cardio Pulmonar Básico y Avanzado Aplicado al Profesional de Enfermería de las áreas criticas del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello. Estado Carabobo.

En la Cuidad de Puerto Cabello, a los 16 días del mes de Marzo del 2.005.

Firma:



Nombre y Apellido: *Mirian Parra*

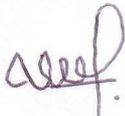
C.I: *4.479.180*

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO.

Por medio de la presente hago constar que e leído y validado el instrumento que se aplicara como requisito para la Presentación del Trabajo Especial de Grado cuyo titulo tentativo es Efectividad de un Programa de Reanimación Cardio Pulmonar Básico y Avanzado Aplicado al Profesional de Enfermería de las áreas criticas del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello. Estado Carabobo.

En la Ciudad de Puerto Cabello, a los 19 días del mes de Marzo del 2.005.

Firma:



Nombre y Apellido

Lic. Linera M. Ordaz S.  
(Enf. Intensivista)

C.I.: 11.743.790

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO.

Por medio de la presente hago constar que e leído y validado el instrumento que se aplicara como requisito para la Presentación del Trabajo Especial de Grado cuyo titulo tentativo es Efectividad de un Programa de Reanimación Cardio Pulmonar Básico y Avanzado Aplicado al Profesional de Enfermería de las áreas criticas del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello. Estado Carabobo.

En la Ciudad de Puerto Cabello, a los 22 días del mes de Marzo del 2.005.

Firma:

Jose Angel Toum

Nombre y Apellido:

Jose Angel Toum Naranjo

C.I:

8161195

# **ANEXO N° 2**

## **INSTRUMENTO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INSTRUMENTO N° \_\_\_\_**

El presente instrumento tiene como fin obtener información sobre el dominio teórico-práctico de las enfermeras (os) que trabajan en el área de Unidad de Cuidados Intensivos y la Emergencia de Adultos sobre las maniobras básicas y avanzadas de Reanimación Cardiopulmonar Cerebral (RCPC).

Es importante que recuerde que los datos suministrados por usted son de estricta confiabilidad y serán de gran utilidad para el desarrollo de esta investigación, así como para la planificación y realización periódica de programas de adiestramiento específico del área, que le proporcionaran herramientas para un mejor desempeño laboral.

Este instrumento consta de 2 partes; una primera parte referida a los datos demográficos y una segunda parte referida al dominio teórico de las maniobras básicas y avanzadas de RCPC.

**INSTRUCCIONES.**

A continuación se presentan una serie de interrogantes de las cuales se necesitan que usted responda cada una de ellas, según lo considere correcto. Para ello, deberá:

- Leer detenidamente cada interrogante antes de responder.
- Marcar con una "X" la respuesta que considere correcta.
- Trate de no dejar de responder ninguna pregunta.
- Este instrumento es anónimo y no obtendrá nota o calificación por responder el mismo.

Gracias...

## **I PARTE. DATOS DEMOGRÁFICOS.**

1. Nivel Educativo:
  - a) Licenciado en Enfermería.
  - b) Técnico Superior en Enfermería.
  - c) Auxiliar de Enfermería.
  
2. Experiencia laboral en el área de Emergencia:
  - a) 0 a 5 años.
  - b) 6 a 10 años.
  - c) Más de 10 años.
  
3. Ha realizado usted un taller o curso de RCPC:
  - a) Sí.
  - b) No.
  - c) No se.

**II PARTE. DOMINIO TEÓRICO DE LAS MANIOBRAS BÁSICAS Y AVANZADAS DE RCPC.**

1. La fase de evaluación en la aplicación de las medidas básicas de la reanimación pertinente:
  - a) Determinar el estado de conciencia, falta de respiración y ausencia de pulso.
  - b) Ausencia de pulso y estado de conciencia.
  - c) Pedir ayuda.
  
2. Se puede determinar el estado de conciencia a través de:
  - a) Golpear el pecho de la víctima con el puño cerrado.
  - b) Hablarle y golpear suavemente a la víctima.
  - c) Enviar a otra persona a corroborar la inconciencia.
  
3. EL primer eslabón de la cadena de sobrevivencia es:
  - a) Colocar el paciente en posición supina.
  - b) Solicitar ayuda rápidamente y no perder el tiempo.
  - c) Iniciar la ventilación.
  
4. La víctima debe tener la siguiente posición durante la aplicación de las Maniobras Básicas de RCPC:
  - a) Supina horizontal en superficie plana y dura.
  - b) Sentado en un sillón duro.
  - c) Cualquier posición que sea cómoda para quien aplique las maniobras.
  
5. La posición ideal de un rescatador para aplicar las maniobras de reanimación cuando el paciente esté en camilla o cama:

- a) Rescatador al nivel de los hombros de la victima a una altura suficiente para mantener las manos sobre el tórax, sin flexionar los brazos.
- b) Rescatador al nivel de la cintura a una altura suficiente para mantener ambas manos sobre el tórax, sin flexionar los brazos.
- c) Rescatador a la altura de la cabeza de la victima.

6. El segundo paso en el rescate de una victima es:

- a) Llámalo.
- b) Compresiones torácicas.
- c) Permeabilidad de la vía aérea.

7. Para abrir la vías aéreas de la victima se debe:

- a) Inclinar la cabeza y elevar el maxilar inferior.
- b) Declinar la cabeza y el maxilar inferior
- c) Extender la cabeza y apoyar con una mano en la nuca.

8. La aplicación de respiración se inicia cuando:

- a) El paciente lo solicita.
- b) El médico lo indica.
- c) No hay movimiento de ascenso y descenso del tórax.

9. En presencia de un paro respiratorio:

- a) El corazón y los pulmones puede continuar oxigenada la sangre por varios minutos.
- b) No hay oxigenación de la sangre.
- c) Hay cese de los latidos cardiacos.

10. Inicialmente para la respiración boca a boca se debe dar:

- a) Tres ventilación y observar si respira.
- b) Dos respiraciones y observar si respira.
- c) Una respiración y observar si respira.

11. En la respiración boca nariz se debe:

- a) Mantener abierta la boca y la nariz de la víctima.
- b) Mantener cerrada la boca de la víctima.
- c) Mantener la boca del rescatador totalmente ocluida.

12. En la respiración boca a estoma se debe:

- a) Mantener boca y nariz de la víctima cerrada.
- b) Mantener boca y nariz de la víctima abierta.
- c) Mantener la nariz de la víctima sellada.

13. La respiración del rescatador a la víctima es efectiva si:

- a) Se obtiene de 15 a 20 respiraciones por minuto.
- b) Se obtiene de 10 a 12 respiraciones por minuto.
- c) Se obtiene de 10 a 15 respiraciones por minuto.

14. El diagnóstico del paro cardíaco se efectúa a partir de:

- a) Palpando el pulso radial.
- b) Palpando el pulso carotideo y radial.
- c) Palpando el pulso carotideo.

15. La localización del sitio para la compresión cardiaca es :

- a) Línea media del esternón a la altura del apéndice xifoides.

- b) Línea media del esternón.
- c) Mitad inferior del esternón, en la unión de las costillas.

16. En relación a la frecuencia de las comprensiones torácicas:

- a) Un reanimador de 80 a 100 por minutos.
- b) Un reanimador de 70 a 90 por minutos.
- c) Un reanimador de 120 a 150 por minutos.

17. La indicación del masaje cardíaco, en un paro Cardiopulmonar se aplica en:

- a) Arritmia supraventricular.
- b) Ausencia de pulso.
- c) Trastorno de ritmo.

18. La colocación del tubo traqueal para una ventilación adecuada debe ser:

- a) 2 cm. sobre la Carina.
- b) Mayor de 8 cm. sobre la Carina.
- c) 5cm sobre la Carina.

19. Los pacientes en situación de paro Cardiopulmonar deben recibir oxígeno en una concentración de:

- a) 21%.
- b) 70%.
- c) 100%.

20. En los pacientes intubados y evaluándose una situación de paro Cardiopulmonar, la ventilación primaria se debe aplicar con:

- a) Bigote Nasal.
- b) Bolsa de Reanimación a 100% de O<sub>2</sub>.
- c) Equipo de intubación.

21. Las entidades electrocardiográficas que definen las situaciones de paro son:

- a) Asistolia.
- b) Actividad eléctrica sin pulso.
- c) Fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, asistolia actividad eléctrica sin pulso.

22. La efectividad del masaje cardíaco se registran en un monitor como:

- a) Curva de presión sistólica de 50 mm Hg.
- b) Curva de presión sistólica mayor de 100 mm Hg.
- c) Curva de presión sistólica mayor de 150 mm Hg.

23. La suspensión del masaje debe efectuarse:

- a) La víctima registra en el ECC ritmo sinusal.
- b) Se registra taquicardia supraventricular con pulso.
- c) Arritmia ventricular.

24. Durante las maniobras de RCPC la desfibrilación está indicada en:

- a) Bloqueo AV de 2do y 3er grado.
- b) Fibrilación y taquicardia ventricular sin pulso.
- c) Bradicardia.

25. La descarga eléctrica inicial ante un paro cardíaco corresponde a:

- a) 100 joules.

- b) 200 joules.
- c) 300 joules.

26. La adrenalina está indicada en:

- a) Paro Cardíaco.
- b) Bradi-arritmias.
- c) Asistolia.

27. La atropina está indicada en:

- a) Arritmia ventricular.
- b) Miocarditis.
- c) Bradicardia sinusal y bloqueo aurícula ventricular.

28. El bicarbonato de sodio tiene indicación en:

- a) Sobredosis de inhibidores de calcio.
- b) Paro cardiopulmonar prolongado.
- c) Hipernatremia.

29. La lidocaína en las maniobras de RCPC.

- a) Asistolia.
- b) Fibrilación.
- c) Disociación electromecánica.

# **ANEXO N° 3**

**PROGRAMA DE REANIMACION  
CARDIO PULMONAR CEREBRAL**

## **PROGRAMA DE RCPC**

La presente está constituida por un programa de RCPC básico y avanzado aplicados al profesional de enfermería en las áreas críticas EA y UCI del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” Puerto Cabello Estado Carabobo.

### **INTRODUCCIÓN**

El presente programa está fundamentado por los Artículo 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, los cuales le garantizan a la población Venezolana el derecho a la salud mediante la oferta de servicios sanitarios oportunos y de alta calidad, para la promoción y conservación de la misma e igualmente por los resultados obtenidos a través del diagnóstico exploratorio realizado a la muestra mediante la aplicación de los instrumentos (cuestionario).

Para la aplicación de este instrumento se sugiere que se desarrolle bajo la modalidad de taller y charlas con una duración de dieciséis (16) horas distribuidas en una semana.

Por último, se aspira con este programa contribuir de alguna manera con el aporte de los conocimientos necesarios a al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia de Adultos, para que se mantengan alerta ante la presencia de un síntoma asociado con la patología en estudio en su área de trabajo.

## **OBJETIVO TERMINAL**

Al concluir el programa sobre la efectividad de RCPC básico y avanzado aplicados al profesional de enfermería, este estará en la capacidad de aplicar las orientaciones recibidas en la Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia de Adultos según sea el caso.

## **SINOPSIS DEL CONTENIDO**

**RCPC Aspectos Teóricos:** Reconocimiento del estado de conciencia, posición y movilización de la víctima, apertura de vía aérea, diagnóstico de paro respiratorio, respiración artificial, diagnóstico de paro cardíaco, compresiones torácicas (localización, posición de manos, técnicas, recomendaciones), desfibrilación temprana (concepto, indicaciones, técnica, consideraciones).

**RCPC Aspectos Prácticos:** Movilización de la víctima, posición adecuada, reconocimiento del estado de conciencia, apertura de la vía aérea, diagnóstico de paro respiratorio (ver, oír y sentir), respiración artificial (boca a boca), diagnóstico de paro cardíaco, compresiones torácicas (localización, posición adecuada, técnica, recomendaciones), desfibrilación (técnica, consideraciones).

**Dominio Teórico: RCPC Avanzado:** Apertura de la vía aérea (cánula de guedel, mascarilla laríngea, intubación traqueal), diagnóstico de paro

respiratorio, respiración artificial (administración de O<sub>2</sub> bolsa reanimadora), compresiones torácicas (administración de drogas: adrenalina, atropina, lidocaina, otras). Desfibrilación temprana (concepto, indicaciones, técnicas, consideraciones).

## **ESTRATEGIAS**

La estrategia de mayor ponderación será el taller y charla orientado a la profesional de enfermería cuya finalidad es proporcionar la información básica y avanzada sobre RCPC, el cual contemplará ocho sesiones con 2 horas diarias asignadas a cada profesional dando un total de 16 horas con actividades netamente teóricas y prácticas que motiven la participación y ofrezcan la posibilidad de la inclusión de otros aspectos de interés para los referidos y dejando la oportunidad de la inclusión de aspectos que estos tengan a bien señalar.

## **EVALUACIÓN**

En cuanto a la evaluación, será cualitativa y cuantitativa (20 puntos) se tomará muy en cuenta, en cuanto a la disposición para la aceptación de los contenidos tratados y la participación durante las actividades del programa, inspirada en la interrogante ¿Qué aprendimos?

**PROGRAMA DE RCPC BASICO Y AVANZADO DIRIGIDO AL PROFESIONAL  
DE ENFERMERIA EN LAS AREAS CRITICAS (UCI Y EMERGENCIA DE  
ADULTOS)**

AUTORAS:

Barrios, Lolimar

Mújica, Maria

Villegas, Ismary

TUTORA:

Lic. Sánchez, Raily

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	BIBLIOGRAFIA
<p>Adquirir información teórica sobre las maniobras básicas de RCPC en una situación simulada</p>	<p><b><u>Aspectos Teóricos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconocimiento del estado de conciencia.</li> <li>➤ Posición y movilización de la víctima</li> <li>➤ Apertura de la vía aérea.</li> <li>➤ Diagnóstico de paro respiratorio.</li> <li>➤ Respiración artificial.</li> <li>➤ Diagnostico de paro cardíaco</li> <li>➤ Compresiones torácica: (localización, posición de manos, técnicas, recomendaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dar la bienvenida al grupo a nombre institucional y personal, deseándoles mayor éxito en el desarrollo del taller.</li> <li>➤ Presentación individual de cada participante y sus expectativas con respecto al taller.</li> <li>➤ Iniciar el taller explicando con términos sencillos los contenidos señalados.</li> </ul>	<p><b><u>Taller:</u></b> <b>Duración:</b> 45 minutos</p> <p><b>Material a Utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Laminas</li> <li>➤ Retroproyector</li> <li>➤ Simulador (maniquí de Resucitación)</li> <li>➤ Tríptico</li> </ul>	<p>LOPEZ, Roberto (1995) <b>Resucitación Cardiopulmonar en el Tercer Milenio, lo establecido, lo nuevo y las tendencias.</b> Editorial: Cárdenas Editores</p> <p>American Herat Association (1998) <b>Apoyo vital básico para profesionales de la salud.</b> Fundación Interamericana del Corazón.</p> <p>RECCHIA, D. <b>The Washington Manual.</b> Washington D.C. Globe 1996</p>

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	BIBLIOGRAFIA
<p>Adquirir destrezas sobre la aplicación de las maniobras básicas de RCPC en una situación simulada</p>	<p><b><u>Aspectos Prácticos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Movilización de la víctima.</li> <li>➤ Posición adecuada</li> <li>➤ Reconocimiento del estado de conciencia.</li> <li>➤ Apertura de la vía aérea.</li> <li>➤ Diagnostico de paro respiratorio (Ver, oír y sentir)</li> <li>➤ Respiración Artificial (Boca a boca)</li> <li>➤ Diagnostico de paro cardiaco.</li> <li>➤ Compresiones torácicas (Localización, posición adecuada, técnica, recomendaciones)</li> <li>➤ Desfibrilación (técnica y consideraciones).</li> </ul>		<p><b>Taller:</b>  <b>Duración:</b>  45 minutos  Demostración (Facilitador)</p> <p>Reedemostracion:  Participante</p> <p><b>Material a Utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤</li> <li>➤ Laminas</li> <li>➤ Retroproyector</li> <li>➤ Simulador (maniquí de Resucitación)</li> <li>➤ Tríptico</li> </ul>	<p>LOPEZ, Roberto (1995)  <b>Resucitación Cardiopulmonar en el Tercer Milenio, lo establecido, lo nuevo y las tendencias.</b>  Editorial: Cárdenas Editores</p> <p>American Herat Association (1998)  <b>Apoyo vital básico para profesionales de la salud.</b>  Fundación Interamericana del Corazón.</p> <p>RECCHIA, D. <b>The Washington Manual.</b>  Washington D.C. Globe 1996</p>

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	BIBLIOGRAFIA
<p>Adquirir dominio teórico – práctico sobre las maniobras básicas de RCPC en una situación simulada</p>	<p><b><u>Dominio Teórico:</u></b></p> <p><b>RCPC AVANZADO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apertura de la vía aérea: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cánula de Guedel</li> <li>- Mascarilla laríngea</li> <li>- Intubación Traqueal</li> </ul> </li> <li>➤ Diagnóstico de paro respiratorio</li> <li>➤ Respiración artificial <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de O<sub>2</sub> (Bolsa Reanimadora)</li> </ul> </li> <li>➤ Compresiones Torácicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de Drogas: Adrenalina, Atropina, Lidocaina, otras.</li> </ul> </li> <li>➤ Desfibrilación Temprana: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto</li> <li>- Indicaciones</li> <li>- Técnicas</li> <li>- Consideraciones</li> </ul> </li> </ul>		<p><b><u>Taller:</u></b></p> <p><b>Duración:</b> 45 minutos</p> <p><b>Material a Utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Laminas</li> <li>➤ Retroproyector</li> <li>➤ Simulador (maniquí de Resucitación)</li> <li>➤ Tríptico</li> </ul>	<p>LOPEZ, Roberto (1995) <b>Resucitación Cardiopulmonar en el Tercer Milenio, lo establecido, lo nuevo y las tendencias.</b> Editorial: Cárdenas Editores</p> <p>American Herat Association (1998) <b>Apoyo vital básico para profesionales de la salud.</b> Fundación Interamericana del Corazón.</p>

