

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADO EN PERSONAL
MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2018”.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

YESILINA KENIA DIAZ GOMEZ

PUCALLPA, 2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

.....
DR. ANGEL CARLOS TERRONES MARREROS

Presidente

.....
M.C. Mg. TOMAS AMAYO LIMA

Miembro

.....
M.C. JOHNNY PAUL LAGUNA RANILLA

Miembro

.....
DR. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ

Asesor

.....
BACH. YESILINA KENIA DIAZ GOMEZ

Tesista

PORTADA

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR AVANZADO EN PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL
REGIONAL DE PUCALLPA, 2018.

1.2 ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN :

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

1.3 AUTORA :

YESILINA KENIA DIAZ GOMEZ

Bachiller en Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana de la UNU.

1.4 ASESOR :

Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ

Médico asistencial del Hospital II de Pucallpa

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNU.

1.5 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA.

SERVICIO DE EMERGENCIA.

SALA DE OPERACIONES

MÉDICOS

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de Tesis a mis amados Padres, que son el regalo más grande que Dios pudo darme, gracias por mi existencia y desearme lo mejor en cada paso por este camino difícil y arduo de la vida. Que Dios los bendiga siempre.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por permitirme llegar hasta acá, por darme salud y ayudarme a avanzar ante todos los obstáculos, sé que el siempre estará conmigo y creeré en la Justicia Divina, que tarda pero llega.

Agradezco a mis padres que con su amor y trabajo me educaron y apoyaron en toda mi formación profesional, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este y los que vendrán.

Agradezco a mis jurados por cada corrección y apoyo brindado para poder concluir este trabajo.

Agradezco a mi asesor Dr. Tomas Noel Santana Tellez, que por su apoyo incondicional se ha realizado esta investigación.

ÍNDICE

PORTADA	.....	iii
DEDICATORIA	.....	iv
AGRADECIMIENTO	.....	v
ÍNDICE	.....	vi
RESUMEN	.....	viii
INTRODUCCIÓN	.....	x
CAPITULO I: PROBLEMA	.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	.....	3
1.3. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS	.....	3
1.4. JUSTIFICACIÓN	.....	4
CAPITULO II: MARCO TEORICO	.....	5
2.1. ANTECEDENTES	.....	5
2.2. BASES TEÓRICAS	.....	15
2.3. HIPOTESIS	.....	28
2.4. VARIABLES DE ESTUDIO	.....	29
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	.....	32
3.1. AMBITO DE ESTUDIO	.....	32
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	.....	32
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	.....	32
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	.....	32
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	.....	32
3.6. POBLACIÓN MUESTRA MUESTREO	.....	33
3.7. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	.....	34
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	.....	36

3.9. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	36
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	38
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	38
4.2. DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	64
ANEXOS.....	69

RESUMEN

Objetivo. Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los médicos del Hospital Regional de Pucallpa sobre reanimación cardiopulmonar avanzado.

Materiales y métodos. Un estudio descriptivo, y transversal, que incluyó a 65 médicos que laboraban en diferentes servicios del Hospital Regional de Pucallpa de la Región Ucayali, durante Junio de 2018. Se utilizó un cuestionario previamente validado de acuerdo a las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) 2015 y para las actitudes una escala de Likert. El nivel de conocimiento se clasificó como Alto, medio y bajo. Las actitudes como positivas y negativas y por último las prácticas como adecuadas y no adecuadas. **Resultados.** El 89,2% fueron del sexo masculino y 10,8% del sexo femenino. La edad media de los participantes fue de 43 años, estando 41,5% de médicos con edades comprendidas entre 40 y 59 años. En cuanto al conocimiento de los participantes sobre la reanimación cardiopulmonar Avanzado, 65 (100%) presentaron un nivel de conocimiento bajo, al responder menos de 12 preguntas del cuestionario de manera correcta. El puntaje más alto fue el de 11 puntos y en su mayoría lo obtuvieron los especialistas en anestesiología (100%), que laboran en sala de operaciones, igualmente lograron mayor rendimiento (11,6%) los que tuvieron más años de experiencia Clínica (≥ 11 años); igualmente en aquellos médicos que presentaron años de experiencia en Emergencias entre 1-5 años en los últimos años (19,5%) y un entrenamiento en Soporte vital básico- avanzado (66,7%) recibido en los últimos tres años. Las actitudes sobre RCP en la mayoría de la población fueron "positivas" (84,6%) y las prácticas no adecuadas (93,8%). **Conclusiones.** El conocimiento sobre RCP Avanzado en el grupo estudiado fue "bajo" (< 11 puntos), las actitudes sobre RCP fueron positivas y las prácticas no adecuadas.

ABSTRACT

Objective. To determine the level of knowledge, attitudes and practices that physicians of the Regional Hospital of Pucallpa have about advanced cardiopulmonary resuscitation.

Materials and methods. A descriptive, cross-sectional study that included 65 doctors who worked in different services of the Regional Hospital of Pucallpa in the Ucayali Region, during June 2018. A previously validated questionnaire was used according to the recommendations of the American Heart Association (AHA).) 2015 and for attitudes a Likert scale. The level of knowledge was classified as High, medium and low. The attitudes as positive and negative and finally the practices as adequate and not adequate. **Results.**

89.2% were male and 10.8% were female. The average age of the participants was 43 years, with 41.5% of doctors aged between 40 and 59 years. Regarding the knowledge of the participants about advanced cardiopulmonary resuscitation, 65 (100%) presented a low level of knowledge, responding less than 12 questions of the questionnaire correctly. The highest score was 11 points and most of them were obtained by specialists in anesthesiology (100%), who work in the operating room, also achieved higher performance (11.6%) who had more years of clinical experience (≥ 11 years), as well as those doctors who had years of experience in emergencies between 1-5 years in recent years (19.5%) and basic life support training (66.7%) received in the last three years years. The attitudes on CPR in the majority of the population were "positive" (84.6%) and the practices not adequate (93.8%). **Conclusions.** The knowledge on Advanced CPR in the group studied was "low" (<11 points), the attitudes on CPR were positive and the practices were not adequate.

INTRODUCCION

El PCR es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y una de las principales causas de muerte en nuestro país. Además, es la emergencia cardiovascular más grave que se produce tanto dentro como fuera del hospital.

Para revertir esta situación de emergencia se requiere de la aplicación adecuada de medidas estandarizadas, denominada Reanimación Cardiopulmonar (RCP), con la finalidad de sustituir temporalmente y restaurar, si fuera posible, la respiración y la circulación espontánea. (2,3)

En varios estudios de investigación a nivel nacional se evidenció un déficit importante del conocimiento en RCP.(13,14,15)No se encontraron estudios que intenten evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre RCP , ni básico ni muchos menos Avanzado en la amazonia. Por todo esto surge el interés de realizar esta investigación.

El presente estudio titulado: "Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado del personal médico en el Hospital Regional de Pucallpa,2018"; tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre reanimación cardiopulmonar Avanzado en el personal médico, con el propósito de que los resultados del estudio permita proporcionar información actualizada; a fin crear estrategias que corrijan y mejoren la respuesta en el actuar del médico ante una situación de paro cardíaco.

El presente estudio consta del Capítulo I: El Problema; dado por planteamiento del problema y su formulación, la formulación de objetivos y justificación. Capítulo II: Marco Teórico; está dado por los antecedentes, bases teóricas, Hipótesis y variables de estudio. Capítulo III: Metodología de la Investigación; Ámbito de estudio, Tipo y Nivel de investigación, Método y Diseño de Investigación, Población con muestra y muestreo, Técnicas e instrumentos de Recolección de datos, Procedimiento de recolección de Datos y Técnica de procesamiento y análisis de datos. Capítulo IV: Resultados; Presentación de resultados y discusión Finalmente las Conclusiones, Recomendaciones, limitaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa principal de mortalidad a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa; de acuerdo a cifras de dicha organización, se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De todas estas muertes 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria (CC) y 6,7 millones a los accidentes vasculares cerebrales (AVC)⁽¹⁾. Estas ECV sobre todo en la edad adulta pueden presentarse de manera súbita con un paro cardiorrespiratorio (PCR) como primer, único y último síntoma, lo que produce un impacto negativo en nuestras sociedades, en el ámbito familiar, laboral, económico y social.⁽²⁾

El paro cardiorrespiratorio constituye la más grave emergencia cardiovascular. Entre el 65-70% de los PCR son atribuibles a la CC, 10% a otros tipos de cardiopatía estructural, 5-10% a arritmias en ausencia de cardiopatía estructural, y 15-25% de causas extracardíacas.^(3,4) La supervivencia a un paro cardíaco extrahospitalario oscila entre el 2 % y el 11 %. Más de la mitad de los sobrevivientes tienen varios grados de daño cerebral y a veces muchas de las víctimas no llegan vivas a los hospitales. Por otro lado los paros cardiorrespiratorios intrahospitalarios tienen ligeramente mejores resultados, con restauración de la circulación en 44% de los pacientes y sobrevida del 17%.⁽⁵⁾

En Estados Unidos, las muertes por enfermedad cardiovascular, equivale a una de cada tres muertes. Según el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre de los Estados Unidos (NHLBI), entre 250.000 y 450.000 estadounidenses sufren un PCR cada año. Casi el 95% de ellos muere en cuestión de minutos.^(6,7)

La enfermedad cardiovascular constituye en Latinoamérica la primera causa de muerte. Su incidencia va en un progresivo aumento a diferencia de los países desarrollados donde

la implementación de eficaces estrategias no sólo ha logrado detener este incremento, sino también iniciar un significativo descenso. **(8)**

En el Perú, en el año 2011 las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el segundo y tercer lugar en mortalidad, con 5.3% y 4,8%, respectivamente.**(9)** En el 2014 se registró aproximadamente entre 15,000 a 30,000 atenciones en emergencia de casos de paro cardiaco.**(10)**

El Consejo Peruano de Reanimación en abril del 2015, informó que el 86% de las muertes súbitas se presentan en los hogares de las víctimas. Por lo que para salvarle la vida al paciente, el familiar más cercano tiene que tener conocimiento de cómo ejecutar una recuperación cardiopulmonar y hacerla dentro de los cuatro primeros minutos, porque un minuto después, la victima va morir.Para el especialista Emergenciólogo , en su trabajo del día a día “en el área de emergencias del Hospital Rebagliati donde con 15 médicos emergenciólogos atienden a 700 personas, promedio por día, no es extraño ver cadáveres de personas por muerte súbita que fallecieron en sus casas o camino al hospital al no tener ninguna atención adecuada de recuperación cardiopulmonar; y eso que el Rebagliati es el Hospital que más reanimaciones tiene en todo el Perú e incluso en América Latina”.**(11)** La Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Ministerio de Salud (Minsa) reveló en el año 2016 que las enfermedades cardiovasculares se han mantenido entre las tres primeras causas de mortalidad en el Perú.**(12)**

En un estudio a nivel nacional realizado por Aranzabal G.et al(2017),titulado:”Factores asociados a Nivel de Conocimiento en Reanimacion Cardiopulmonar en Hospitales del Perú”,se encontró un nivel de conocimiento bajo por parte del personal de salud.**(13)**

Resultados similares se hallaron en otros estudios, Quilla Romualdo (Lima,2015) encontró conocimientos bajos en maniobras de RCP en el personal de salud del policlínico Fiori-EsSalud. Reyes I.(Lima,2016),obtuvo que la mayoría del personal de salud del servicio de Emergencia del INMP presentó un nivel de conocimiento medio.**(14,15)**

A pesar de que existen instituciones que dan capacitación sobre su correcta aplicación, aún existen deficiencias en el conocimiento y aplicación de las técnicas de RCP a nivel Nacional.**(13)**

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema Principal

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018?

Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018?
2. ¿Cuál es la actitud en reanimación cardiopulmonar avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018?
3. ¿Cuál es la práctica en reanimación cardiopulmonar avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018?

1.3. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECIFICOS

a. Objetivo General.

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018.

b. Objetivos Específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas en el personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018.
3. Reconocer las actitudes en Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018.

4. Determinar las prácticas en Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En el Perú, por incremento de las ECV, sobre todo desde la adultez, se hace cada vez más frecuente la muerte súbita producto de emergencias cardíacas. **(10)**

El conocimiento sobre RCP es de suma importancia para la realización de una correcta ejecución de las maniobras de RCP.

La iniciación de la reanimación debe ser en el lugar del evento y por la primera persona que reconoce el PCR, pues el tiempo que transcurre desde el inicio de la reanimación y la duración de la misma determina las secuelas irreversibles e incluso la muerte.

Si el profesional no está preparado y capacitado de forma adecuada para la realización de la RCP de calidad, no podrá responder adecuadamente, poniendo al paciente en riesgo de muerte.

A nivel nacional se han encontrado estudios que demuestran que existe un déficit de conocimientos que no corresponden con la práctica y que no cumplen con los estándares internacionales y gran porcentaje de ellos no están certificados por la American Heart Association (AHA).

Aunque no se conoce reportes a nivel de la Amazonía ni de datos epidemiológicos a nivel departamental de mortalidad por PCR se hace necesario conocer cómo es que se está manejando esta patología y si el personal médico posee capacidades cognitivas y actitudinales que sirvan para brindar una RCP de alta calidad.

Por esta razón se considera necesario realizar este estudio con el fin de identificar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico del Hospital Regional de Pucallpa sobre RCP avanzado.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

En el trabajo presentado por Girma Weji B. et al(Etiopia,2017). Titulado:"Assessment of knowledge, attitude and associated factors of cardiopulmonary resuscitation among anesthetists working in governmental and private hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: Institutional based cross-sectional study."El objetivo fue evaluar el conocimiento, la actitud y los factores asociados de la resucitación cardiopulmonar entre los anestesistas que trabajan en hospitales gubernamentales y privados en Addis Ababa, Etiopía. Se realizó un estudio transversal. De un total de 150 participantes anestesistas, 140 de ellos o el 93.3% obtuvieron una puntuación inferior al 84%. Aquellos participantes que fueron entrenados por especialistas en RCP, entrenados recientemente, tienen una puntuación más alta y una mayor experiencia puntuó más alto que sus contrapartes en los ítems de nivel de conocimiento.se llegó a la conclusión : El nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar entre anestesistas que trabajan en los hospitales gubernamentales y privados de Addis Ababa era deficiente (93.3%) obtuvieron puntajes por debajo del 84%. según la referencia de la asociación estadounidense de corazón para la certificación de RCP,se debería obtener un puntaje superior al 84%.**(16)**

Olajumoke T. et al (Nigeria,2012),realizaron un estudio titulado:"Cardiopulmonary Resuscitation - Knowledge, Attitude & Practices in Osun State, Nigeria". El objetivo evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los médicos en relación con la reanimación cardiopulmonar y la desfibrilación.se realizó un estudio descriptivo entre médicos en el estado de Osun, suroeste de Nigeria. La tasa de respuesta fue del 65% con 65 de cada 100 médicos que respondieron el cuestionario completado. Solo el 40% de los encuestados había asistido a un programa básico y avanzado de entrenamiento de soporte vital, mientras que el 30% sabía cómo operar un desfibrilador externo automático (DEA), el setenta por ciento conocía el significado del DEA. La mayoría de los

encuestados que habían asistido a un programa de soporte vital básico y avanzado eran residentes (80%), mientras que el 16% eran consultores y el 4% restante eran médicos generales. Más hombres (67%) entre los encuestados que sabían cómo operar un DEA y la mayoría (56%) estaban en el rango de edad de 30-40 años. El ochenta y dos por ciento de los encuestados preferiría realizar una reanimación únicamente con compresiones torácicas. Se llegó a la conclusión: La mayoría de los médicos en el estado de Osun no tenían conocimientos sobre la reanimación cardiopulmonar y la desfibrilación. Los pocos con el conocimiento eran de las instituciones terciarias. Por lo tanto, es necesario crear más conciencia entre los médicos, especialmente entre los que se encuentran fuera de los centros de salud terciarios.(17)

El trabajo presentado por KY Lee P. et al (Hong Kong,2015),titulado "Attitudes and confidence towards cardiopulmonary resuscitation and use of the automated external defibrillator among family physicians in Hong Kong". El objetivo investigar las actitudes y la confianza hacia la reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso del desfibrilador externo automático (DEA) entre los médicos de familia en Hong Kong. El estudio transversal se aplicó a los Médicos de Familia miembros del colegio de Médicos de Familia de Hong Kong. Se recibieron 178 cuestionarios completos (tasa de respuesta del 11.7%). La mayoría de los encuestados tenían una actitud positiva hacia la RCP / DEA. El 79% pensó que el DEA era un equipo clínico esencial. El 87% consideró que el personal de la clínica debería estar familiarizado con la RCP, y el 96% consideró que las habilidades de RCP / DEA deben mantenerse actualizadas. La mayoría de los encuestados también confiaban en realizar RCP dentro de la clínica (88%) o en la calle (79%) y en el uso de un DEA en la reanimación (79%). Una proporción significativa de encuestados estaba preocupada por el riesgo de infección de las víctimas durante la RCP (58%), el riesgo de lesión de la víctima o de uno mismo (37%) y el riesgo de ser demandado (25%). La mayoría de los encuestados también percibió la necesidad de una capacitación regular en RCP / DEA (93%). Los encuestados que trabajaban en el sector público tenían más confianza para usar el DEA, estaban menos preocupados por las lesiones y acordaron más que el DEA se consideraba un equipo clínico esencial y que el personal de la clínica debería saber RCP. Los encuestados con certificación de CPR tenían más confianza para realizar CPR,

para usar DEA, y acordaron más que el personal de la clínica debería saber CPR. se llegó a la conclusión: la mayoría de los encuestados reconocieron que las habilidades de RCP y DEA son importantes y se sintieron confiados para realizar la reanimación. Aquellos con exposición a la capacitación se sentían más seguros en la realización de RCP y el uso de un desfibrilador externo automático, independientemente de sus calificaciones y de si poseían títulos de posgrado o no. La mayoría de los encuestados expresaron la necesidad de recibir capacitación regular en RCP / DEA para actualizar las habilidades. Una proporción significativa de los encuestados todavía tenía preocupaciones sobre los riesgos asociados con la RCP / DEA, pero los riesgos percibidos podrían reducirse a través de la educación y la capacitación. **(18)**

Becerra falconí D. et al (Quito, 2018), realizaron un estudio titulado: "valoración de los conocimientos y actitudes de Reanimación Cardiopulmonar en el personal de Emergencia del Hospital San Francisco de Quito y del Hospital IESS Ibarra, 2017." El objetivo Determinar el nivel de conocimientos y actitudes en relación a Reanimación Cardiopulmonar Básica del personal de salud de los hospitales del IESS: Hospital General San Francisco de Quito y Hospital IESS Ibarra, en el año 2017. Estudio descriptivo, transversal, con una investigación de tipo cuantitativa. El universo del estudio es de 200 personas, entre personal de salud que labora en el servicio de emergencia en el período 2017 en el Hospital General San Francisco de Quito y Hospital IESS Ibarra; se empleó un tipo de muestreo representativo probabilístico, con una muestra de 168 personas (37 médicos residentes, 63 internos rotativos, 42 licenciados en enfermería y 26 auxiliares en enfermería). A pesar que al averiguar sobre la certificación en BLS los resultados fueron del 77,98% (N=131), se confirmó que el 40,46% (N=53) de la población estaba en realidad certificada, realizando su curso de BLS en la Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar (SERCA), única institución avalada en el Ecuador para proporcionar dicho certificado. Además, su última capacitación fue realizada en los últimos 2 años (88,37%). El 73,22% de la población encuestada tiene un nivel subóptimo, por debajo de los 10 puntos; con un promedio general de 8,5 sobre 12, con una desviación estándar de $\pm 1,86$. El puntaje más alto en la valoración de conocimientos teóricos fue obtenido por los internos rotativos de Medicina con un puntaje promedio de 8,95 puntos. No se encontró

diferencias estadísticas en el conocimiento teórico sobre BLS y las actitudes frente al RCP entre ambos hospitales ($p=0,32$ y $p=0,21$, respectivamente). Las actitudes de toda la población pueden clasificarse como “suficientes” para afrontar la RCP en caso de un paro cardiorrespiratorio (PCR), con un 70,83%. Se llegó a la conclusión que el personal de salud en el área de Emergencia de ambos hospitales carece de un conocimiento adecuado en RCP / BLS. Debido a que la capacitación previa en RCP y la exposición clínica influyen en la retención del conocimiento, es necesario que todos los profesionales de atención médica tengan algún tipo de capacitación y evaluación de RCP. **(19)**

López-González A. et al(Paraguay,2017),realizaron un estudio titulado:” Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica y avanzada de adultos de médicos residentes de un hospital de tercer nivel en Paraguay”.El objetivo de este trabajo consistió en determinar el nivel de conocimiento que tienen los médicos residentes del Hospital Nacional de Itauguá sobre reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en adultos. Estudio observacional, descriptivo, de corte transverso, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos que incluyó a médicos residentes del Hospital Nacional de Itauguá, de distintas especialidades. Los participantes completaron un cuestionario de 20 preguntas seleccionadas del banco de preguntas de las guías de Soporte Vital Básico para profesionales de la salud (BLS) y Soporte Vital Avanzado en Adultos (ACLS) de la American Heart Association, actualización del 2010. Participaron del estudio 135 médicos, de los cuales 76 (56,3%) fueron del sexo masculino y 59 (43,7%) del sexo femenino. La edad media de los participantes fue de $27,57 \pm 4$ años, estando 92 (68,1%) médicos con edades comprendidas entre los 26 y 31 años. En cuanto al conocimiento de los participantes sobre la reanimación cardiopulmonar de adultos, 113 (83,7%) presentaron un nivel no satisfactorio, al responder menos de 17 preguntas del cuestionario de manera correcta. La evidente deficiencia que mostraron los médicos residentes participantes de este estudio en sus conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar, nos hace plantear la necesidad de insistir que todas las Facultades de Medicina del país incorporen un mejor y mayor enfoque teórico y práctico de los contenidos sobre reanimación cardiopulmonar dentro de sus planes de estudio e implementen estrategias de capacitación continua en esta área. **(20)**

Pérez Fernández F.(Nicaragua,2017), realizó un estudio titulado: “Conocimientos del personal médico sobre resucitación cardiopulmonar avanzado en área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero a febrero del 2017”. El objetivo de este trabajo fue Describir los conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar avanzado y su relación con las actitudes y prácticas, que tiene el personal médico en área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense estudio de corte transversal basado en una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. En el estudio se logró entrevistar a 39 médicos, las principales características demográficas fueron edad entre 30-39 años (39%) y sexo masculino (59%) . El promedio de edad fue de 36.3 ± 9.5 años, la mediana de 34 años y las edades extremas fueron 24 y 59 años. Por otro lado, las principales características profesionales fueron las siguientes: Especialistas y médicos residentes con 44% y 46%, respectivamente, solamente 10 % eran médicos generales; la mayoría de especialistas eran anestesiólogos (36%), seguido por médicos internistas (21%), cirujanos (15%) y especialistas en medicina de emergencia (10%) y ginecoobstetras (8%); las principales áreas de trabajo fueron área de choque, sala de operaciones y UCI con 41%, 36% y 23%, respectivamente. Del total de encuestados solamente el 56% había recibido algún tipo de certificación en soporte vital. El 46% recibió SVB, 36% SVCA, 8% SVPA y 5% SVAT . Por otro lado, el 13% no había recibido ningún tipo de entrenamiento en soporte vital, no obstante, el 79% había recibido entrenamiento en SVP y 56% SVA. Con respecto al conocimiento que tenían los médicos sobre RCP se encontró que la mayoría tuvo muy buen conocimiento (28%), seguido por regular conocimiento (26%) y bueno e inadecuado con 23% cada uno. El mejor conocimiento fue mayor en especialistas, seguido por los residentes (35% vs. 28% para muy bueno; 29% vs. 17% para bueno). Por otro lado, los médicos generales tuvieron el mayor porcentaje de conocimiento regular (50%), pero el conocimiento inadecuado fue mayor entre los residentes (33%).Según el tipo de especialidad, los anestesiólogos y médicos de emergencia tuvieron mejor conocimientos sobre RCP con 50% cada uno.se llegó a la conclusión: la mayoría de médicos tuvo un nivel de conocimiento sobre RCP considerado como bueno o muy bueno. Las actitudes positivas hacia la formación y entrenamiento en RCP estuvieron asociadas

estadísticamente con el nivel de conocimiento. Los años de experiencia en servicios de urgencia y la autopercepción de aptitud para realizar soporte vital estuvieron asociados estadísticamente con el nivel de conocimiento. **(21)**

Martínez Llópiz Y. et al (Cuba, 2016), realizaron un estudio titulado: "Conocimientos en reanimación cardiopulmonar en Servicio de Medicina Interna, escenario de los Carros de Paro". El objetivo fue Evaluar el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar y condiciones de los carros de paro en el Servicio de Medicina Interna. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Celia Sánchez Manduley", de Manzanillo, Granma, durante abril de 2016. Se evaluó el estado de los carros de paro y se aplicó una encuesta a 63 profesionales, de ellos 23 médicos y 40 Licenciados en Enfermería, para conocer el nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar. El 74,6%(47) de los encuestados demostraron conocimientos bajos. De estos el 17.5%(11) eran médicos. Los médicos de menos experiencia (1 a 5 años) fueron mayoría en el estudio(16), Ocho alcanzaron conocimiento bajos, y ocho conocimiento medios. El grupo 6 a 10 años (experiencia media) de los Licenciados en Enfermería, fue el de peor resultados con un 35%. De los cinco médicos capacitados en reanimación cardiopulmonar y seis Licenciados en Enfermería, sólo uno de cada profesión alcanzó conocimiento medio y el resto bajo. Solo existe un carro de reanimación en la sala 1K y se encuentra en un estado no tolerable. Se concluyó que en el Servicio de Medicina Interna existen deficiencias en el conocimiento en reanimación cardiopulmonar. Los años de experiencia y la capacitación en reanimación no están asociados con el nivel de conocimiento. El carro de paro que existe se encuentra en estado no tolerable. **(22)**

Ramírez Caballeros R.(Guatemala,2013), en su estudio titulado: "Conocimientos y actitudes sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) en residentes de Pediatría del Hospital Roosevelt. Durante noviembre de 2012. Guatemala." cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos y actitudes sobre reanimación cardiopulmonar en residentes de pediatría del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala. El estudio fue Descriptivo, de tipo transversal realizado en 59 residentes, De acuerdo a la escala utilizada una puntuación > 85 puntos será "óptima" y < 85 puntos será "sub-óptima". la calificación de los residentes

sobre conocimiento fue: primer año (50 a 56 puntos), segundo año (47 a 53 puntos) y tercer años de residencia (60 a 66 puntos). El 95% de los residentes desconocen que las guías de reanimación cardiopulmonar son revisada y actualizadas 5 en forma periódica cada 5 años por la Asociación Americana del Corazón, (AHA). Los residentes de 1er año (86% de la población estudiada) se sienten más confiados con el uso de guías y protocolos para la atención del paciente pediátrico. Los residentes de segundo año son los que evidencian un mayor nivel de confianza hacia sus propias habilidades para realizar RCP, así como asumir el rol de líderes dentro de un equipo de reanimación cardiopulmonar. Sin embargo, se evidenció que todos los residentes, independientemente del año que cursan, poseen una percepción deficiente sobre sus habilidades para la desfibrilación del paciente pediátrico. El tiempo promedio transcurrido desde la última capacitación fue de 18.96 meses. La metodología de enseñanza aprendizaje no estuvo basada en la recomendada por instituciones especializada en el tema (AHA, farmacéuticas, etc.) sino en clases magistrales y discusiones a cargo de jefes de servicio del Hospital Roosevelt. La conclusión a la que se llegó fue la siguiente: El conocimiento sobre RCP en el grupo estudiado fue “sub-óptimo” (<85 puntos). Las variables conocimientos y años de residencia fueron independientes, de tal manera que pueden ser otros los factores que condicionaron el nivel de conocimiento encontrado. **(23)**

Balcázar Luis E. et al (Chiapas- México, 2015) realizaron un trabajo titulado: “Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias”. Tuvo como objetivo determinar los conocimientos en reanimación cardiopulmonar entre el personal de salud que labora en un servicio de urgencias. Es un estudio descriptivo y transversal. Se evaluó el conocimiento en reanimación cardiopulmonar de 122 médicos y enfermeras del servicio de urgencias mediante un cuestionario de 20 preguntas. Se determinaron asociaciones causales con la prueba de χ^2 . El 89.3% (109) de los encuestados demostraron conocimientos insatisfactorios. La formación académica del personal está asociada con el nivel de conocimientos ($p = 0.000$), el área médica demostró tener un mejor nivel de conocimientos con 84.6% (11) de conocimientos satisfactorios, la especialidad de urgencias médicas demostró tener mejores conocimientos en reanimación cardiopulmonar ($p = 0.000$), un 81.8% (9) de conocimientos satisfactorios. Se llegó a la

conclusión que en el personal de salud del servicio de urgencias existen deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar. Es necesario iniciar cursos y talleres de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada certificados por la American Heart Association. **(24)**

Sánchez García, A. et al.(España,2015), realizaron un trabajo titulado: “Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”. El objetivo de este estudio es conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios, si estos profesionales están correctamente actualizados y constatar si la realización de cursos en el tiempo recomendado mejora el nivel de conocimientos. Realizó un estudio descriptivo transversal y multicéntrico,utilizando una encuesta con 20 preguntas basada en los cuestionarios para valoración de conocimientos en RCP de la American Heart Association (AHA) y de la Sociedad Española de Medicina y Cuidados Intensivos (SEMICYUC).Se obtuvo como resultado que la totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización de conocimientos. El 51,5% superó la prueba de RCP, el 52,5% la parte de SVB, el 56,1% la parte de SVA, pero sólo el 35,4% aprobaron las preguntas de actualización.En el caso de los residentes el conocimiento en RCP es ligeramente superior (45,7%) al de los profesionales de la enfermería. El conocimiento de los médicos es significativamente superior (72,5% superaron la prueba, con una media de 5,5 puntos). El 64,7 % se actualizó después del 2010 y 10,1% nunca se actualizó. El 30% de los médicos, el 90% de los residentes y el 7% de los enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios Enfermería Global N° 39 Julio 2015 Página 231 de urgencias hospitalarias (un curso cada dos años). Se corrobora que a mayor realización de cursos mejor nivel de conocimientos. Se concluyó que resulta evidente la necesidad de cambios en la metodología de aprendizaje de los cursos impartidos en materia de RCP para profesionales. Destaca que el personal sanitario sí esta concienciado de la necesidad de formación en esta materia.**(25)**

INVESTIGACIONES NACIONALES

Reyes Moran I.(lima, 2016), realizó un estudio titulado: “Nivel de conocimientos del profesional de salud sobre reanimación cardiopulmonar básico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal Lima - Perú 2016”. Tuvo como objetivo determinar el Nivel de Conocimientos del personal profesional de salud sobre Reanimación Cardiopulmonar en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 86 personas entre Médicos, Enfermeras y Obstetras del servicio de emergencia del INMP. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados: el 69.8% (60) del personal de salud tiene conocimiento medio sobre reanimación pulmonar, 52.3% (45) sobre la identificación de signos de paro y condiciones para RCP, 46.5% (40) obtuvieron un nivel de conocimientos medio sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin embargo cabe resaltar que el 31. 4% (27) obtuvo un nivel de conocimientos bajo. En relación a las compresiones torácicas 62.8% (54) obtuvieron un nivel de conocimientos medio, sobre el manejo de la vía aérea, 64% (55) de igual manera. En relación a la ventilación, el 58.1% (50) obtuvieron un nivel de conocimientos bajo, de igual manera 46.5% (40) sobre desfibrilación temprana. Se llegó a la conclusión en la mayoría del personal profesional de salud del servicio de emergencia del INMP presenta un nivel de conocimientos medio sobre reanimación cardiopulmonar básica, asimismo en las dimensiones identificación de PCR, compresión torácica y vía aérea; en las dimensiones ventilación y desfibrilación temprana la mayoría del personal presenta nivel de conocimientos bajo.(14)

Romualdo Quillahuaman G. (Perú, 2015),realizó un trabajo titulado :”Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – EsSalud. SMP – Lima. 2015”. El Objetivo fue Determinar los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – ESSALUD. En sus aspectos de conocimientos de paro cardiorrespiratorio y maniobras de reanimación.Es un estudio descriptivo de corte transversal, en una muestra de 50 trabajadores de salud, mediante encuesta se aplicó un cuestionario. Sobre conocimiento de reanimación cardiopulmonar básico, del 100% (50) personal de salud encuestado; 60% (30) evidencia

que conoce al respecto y 40% (20) que no conocen sobre el mismo. Sobre el conocimiento de paro cardiorrespiratorio, 78% (39) evidencian conocer y 22% (11) evidencian no conocer o conocer. Sobre las maniobras de RCP, 46% (23) conocen y 54% (27) estaría no conoce o conoce poco. Se llegó a la Conclusión que el personal de salud conoce sobre la reanimación cardiopulmonar, sobre todo en el aspecto de identificación del paro cardiorespiratorio, mas no conoce o conoce poco sobre la aplicación de las maniobras de reanimación.(13)

German Aranzábal Alegría et al (Perú ,2014), realizaron un trabajo titulado:” Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú”. Tuvo como objetivo determinar la asociación entre los factores socioeducativos y el nivel de conocimiento sobre RCP en el personal de salud de hospitales peruanos. Se realizó un estudio transversal analítico multicéntrico, con un muestreo por conveniencia a profesionales de la salud de 25 hospitales del Perú, mediante encuestas validadas en población local. Se calculó la estadística bivariada y multivariada con los modelos lineales generalizados. De los 1.075 encuestados, el 52% fueron mujeres, la mediana de edad fue de 33 años, el 77% fueron médicos, el 61% estudiaron en universidades nacionales y el 62% llevaron previamente un curso/taller de primeros auxilios. El 59% desaprobaron el test de RCP. Estuvo asociado a tener un buen conocimiento de RCP el pasar una mayor cantidad de horas en el servicio de emergencias (RPa: 1,003; IC 95%: 1,002-1,004; $p < 0,001$), el ser médico (RPa: 1,51; IC 95%: 1,13-2,03; $p = 0,027$) o el ser enfermera (RPa: 1,45; IC 95%: 1,10-1,93; $p = 0,001$), ajustado por el haber llevado previamente un curso de RCP y la sede de encuestados.se llegó a la conclusión que el nivel de conocimiento fue bajo; esto debe ser considerado para generar políticas de actualización y educación continua, para que el personal de salud esté preparado en la teoría y práctica, pudiendo así evitar complicaciones y muertes.(12)

ANTECEDENTES LOCALES

En nuestra región no se encontró estudios que midan el nivel de conocimiento sobre Reanimación cardiopulmonar Básico ni mucho menos el Avanzado en el personal médico.

2.2. BASES TEORICAS

DEFINICIÓN

Se denomina parada cardiorrespiratoria (PCR) a la interrupción brusca, de forma inesperada y potencialmente reversible de la circulación y la respiración espontáneas.

Existe evidencia científica de que el inicio precoz de las maniobras de RCP y la activación temprana de la cadena de supervivencia son clave para mejorar el pronóstico del paciente que sufre una PCR. Por lo que el dominio de una correcta técnica de reanimación cardiopulmonar se convierte en uno de los determinantes principales de los índices de éxito en la atención de la parada cardiorrespiratoria.

Por otra parte, decidir si iniciar o no una RCP no siempre es una decisión sencilla, ya que hay que tener presente además una serie de aspectos éticos y legales que a menudo envuelven la situación de PCR. Con el fin de preservar el trato digno del paciente y de proteger los principios de Beneficencia y No Maleficencia, el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) establece una serie de directrices dentro de sus recomendaciones sobre RCP, por lo que se hace preciso que el profesional sanitario conozca en qué situaciones está indicado iniciar o no una RCP, y/o cuándo se deben detener las maniobras ya iniciadas. El soporte vital avanzado se sustenta en unas sólidas habilidades del SVB/BLS. **(26)**

El monitoreo efectivo del paciente en riesgo de muerte, y la notificación temprana al equipo de respuesta rápida (o de paro cardíaco) es fundamental. Una vez en paro cardiorrespiratorio, el equipo debe continuar con las medidas básicas y avanzadas para restablecer circulación y continuar al eslabón de cuidado avanzado pos-paro.

El monitoreo del paciente durante el paro cardíaco es otro componente crítico. El monitoreo de parámetros permite validar la calidad de las intervenciones importantes. Por ejemplo, el uso de capnografía, presión arterial, y la saturación central de oxígeno pueden servir para guiar la terapia con vasopresores y detectar el retorno de circulación espontánea (RCE).

El rescatador solitario no debe interrumpir las compresiones mientras llegan los demás integrantes del equipo de resucitación.

En líneas generales, todos los ciclos son similares, con un total de 2 minutos de RCP antes de valorar el ritmo y, cuando este indicado, palpar el pulso. Se administra 1 mg de adrenalina cada 3-5 minutos hasta que se consigue la RCE (si ritmo desfibrilable, primera dosis tras la 3ª descarga si se ha conseguido acceso IV/IO. Si ritmo no desfibrilable, primera dosis en cuanto se tenga acceso IV/IO). En fibrilación ventricular (FV) y taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), tras un total de tres descargas, está indicada una dosis única de amiodarona de 300 mg, y se puede considerar una dosis adicional de 150 mg tras cinco descargas.

Durante el tratamiento de la FV/TVSP y la asistolia /actividad eléctrica sin pulso (AESP) hay que asegurar compresiones torácicas de buena calidad y considerar las causas reversibles (4 Hs y 4 Ts) y, si se identifican, corregirlas. Para evitar dosis innecesarias de adrenalina, la utilización de la capnografía con forma de onda puede ser capaz de detectar RCE sin detener las compresiones torácicas y puede ser utilizada como un modo de evitar la inyección de un bolo de adrenalina tras conseguir la RCE. Como ya sabemos, cuando se produce la RCE aparece un aumento significativo del CO₂ al final de la espiración (ET CO₂). Si durante la RCP se sospecha RCE evitar dar adrenalina. Administrar adrenalina si se confirma la parada cardiaca en la siguiente comprobación de ritmo.

Vía aérea y ventilación

La estrategia para el manejo de la vía aérea está aún por determinarse. Los dispositivos avanzados de vía aérea se colocan con frecuencia por proveedores experimentados durante la RCP si la ventilación con bolsa-mascarilla es inadecuada o como parte del manejo avanzado de la vía aérea. Varios estudios observacionales han desafiado la premisa de que el manejo avanzado de la vía aérea (intubación traqueal o vías aéreas supraglóticas) mejora los resultados.

El uso de un dispositivo avanzado para vía aérea tal como un tubo endotraqueal (TET) o un dispositivo supraglótico (DSVA) y el efecto de la técnica de ventilación en la supervivencia y resultado neurológico se revisó en las nuevas guías de 2015.

Las conclusiones son que tanto un dispositivo de bolsa-mascarilla o una vía aérea avanzada pueden ser utilizados para la oxigenación y la ventilación durante la RCP, tanto dentro como fuera del hospital (Clase IIb, LOE C-LD). Para profesionales de la salud capacitados en su uso, tanto un DSVA o un ETT se pueden utilizar como vía aérea avanzada durante la RCP (Clase IIb, LOE C-LD).

La intubación traqueal proporciona la vía aérea más fiable, pero solo debería intentarse si el profesional sanitario está adecuadamente formado y tiene una experiencia regular y continuada en la técnica. El personal adiestrado en el manejo de vía aérea avanzada debería intentar la laringoscopia e intubación sin detener las compresiones torácicas; se puede requerir una breve pausa en las compresiones torácicas mientras se pasa el tubo a través de las cuerdas vocales, pero esta pausa debería ser menor de 5 segundos.

Se puede diferir el intento de intubación hasta la recuperación de la circulación espontánea. Ningún EAC (estudio aleatorizado controlado) ha demostrado que la intubación traqueal aumente la supervivencia tras la parada cardíaca.

Tras la intubación, confirmar la correcta posición del tubo y asegurarlo adecuadamente. Ventilar los pulmones a 10 ventilaciones/min; no hiperventilar al paciente. Una vez que el paciente ha sido intubado, continuar las compresiones torácicas a una frecuencia de 100-120/min sin hacer pausas durante la ventilación.

La ventilación con bolsa-mascarilla también requiere habilidad y pericia. La elección del dispositivo de bolsa-mascarilla en lugar de la inserción de la vía aérea avanzada será, por tanto, determinada por la habilidad y experiencia del proveedor.

Una alternativa aceptable es un dispositivo supraglótico de vía aérea (DSVA) (p.ej. mascarilla laríngea, tubo laríngeo o i-gel). Una vez insertado un DSVA, hay que intentar realizar compresiones torácicas continuas, sin interrumpirlas durante la ventilación. Si una fuga de gas excesiva causa una ventilación inadecuada de los pulmones del paciente, las compresiones torácicas tendrán que interrumpirse para posibilitar la ventilación (utilizando una relación CV de 30:2).

En la práctica, durante un intento de resucitación se utilizará una combinación de técnicas de manejo de vía aérea de modo escalonado. La mejor vía aérea, o combinación de técnicas de manejo de vía aérea, variará de acuerdo a factores del paciente, la fase del intento de resucitación (durante la RCP, tras la RCE) y la pericia de los reanimadores.

Frecuencia respiratoria después de la colocación de Vía Área avanzada

Después de la colocación de una vía aérea avanzada, puede ser razonables para el proveedor entregar 1 respiración cada 6 segundos (10 respiraciones / min), mientras se realizan las compresiones torácicas continuas (Clase IIb, LOE C-LD).

Oxígeno durante la RCP

La revisión sistemática de Comité Internacional de Consenso en RCP (ILCOR) de 2015 consideró el suministro de oxígeno inhalado tanto durante la RCP como en el período de paro cardíaco posterior. Esta actualización de las directrices de 2015 evalúa la concentración óptima inspirada de oxígeno durante la RCP. Los objetivos inmediatos de la RCP son restablecer el estado de energía del corazón para que pueda reanudar el trabajo mecánico y mantener el estado de energía del cerebro para minimizar la lesión isquémica. La entrega adecuada de oxígeno es necesaria para lograr estos objetivos. La administración de oxígeno depende tanto del flujo sanguíneo como del contenido de oxígeno arterial. Debido a que el flujo sanguíneo es típicamente el principal factor limitante del suministro de oxígeno durante la RCP, es teóricamente importante maximizar el contenido de oxígeno de la sangre arterial maximizando la concentración de oxígeno inspirado. El oxígeno inspirado máximo se puede lograr con oxígeno de alto flujo en un dispositivo de bolsa de reanimación unido a una máscara o vía aérea avanzada. Por lo tanto, hasta que se disponga de más datos, se recomienda proporcionar la concentración máxima de oxígeno durante la RCP.

Capnografía

Un nivel bajo de dióxido de carbono al final de la espiración (ETCO₂) en pacientes intubados al cabo de 20 minutos de RCP se asocia a una probabilidad muy baja de

reanimación. Si bien este parámetro no debería usarse de forma aislada a la hora de tomar decisiones, los profesionales de la salud pueden considerar un nivel bajo de ETCO₂ al cabo de 20 minutos de RCP en combinación con otros factores como indicador para saber cuándo es el momento de poner fin a la reanimación.

Acceso intravascular/intraóseo.

Los fármacos inyectados por vía periférica deben seguirse por un bolo de al menos 20 ml de fluido y elevación de la extremidad durante 10-20 segundos para facilitar la llegada del fármaco a la circulación central. Si el acceso intravenoso es difícil o imposible, considerar la vía IO.

Utilización de la ecografía durante el SVA

La ecografía periparada puede tener un papel en la identificación de causas reversibles de parada cardíaca, aunque ningún estudio ha demostrado que la utilización de esta modalidad de imagen mejore los resultados. La integración de la ecografía en el soporte vital avanzado requiere una formación considerable si se han de minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas. La ecografía se puede aplicar a pacientes que reciben RCP para ayudar a evaluar la contractilidad miocárdica y ayudar a identificar causas potencialmente tratables de paro cardíaco como hipovolemia, neumotórax, tromboembolismo pulmonar o taponamiento pericárdico. Si hay un ecografista calificado y el uso de ultrasonido no interfiere con el protocolo estándar de tratamiento de paro cardíaco, entonces el ultrasonido se puede considerar como un complemento de la evaluación estándar del paciente. (Clase IIb, LOE C-EO)

Monitorización durante el SVA

En las recomendaciones 2015 hay una nueva sección sobre monitorización durante el SVA con un mayor énfasis en la utilización de la capnografía con forma de onda para confirmar y monitorizar de forma continua la posición del tubo endotraqueal, la calidad de

la RCP y para proporcionar una indicación precoz de la recuperación de la circulación espontánea (RCE).

- ✓ Asegurar la colocación del tubo traqueal en la tráquea.
- ✓ Monitorización ventilatoria durante la RCP y evitar la hiperventilación.
- ✓ Monitorización de la calidad de las compresiones torácicas durante la RCP.
- ✓ Identificación de la RCE durante la RCP.
- ✓ Pronóstico durante la RCP. Valores muy bajos de CO₂ al final de la espiración pueden indicar un pobre pronóstico y menor probabilidad de RCE; sin embargo, recomiendan que no se utilice un valor específico de CO₂ al final de la espiración en ningún momento durante la RCP como único criterio para suspender los esfuerzos de RCP.

Resucitación cardiopulmonar extracorpórea (RCPe)

La RCP extracorpórea (RCPe) debería considerarse como una terapia de rescate para aquellos pacientes en los cuales las medidas iniciales de SVA son infructuosas y/o para facilitar intervenciones específicas (p.ej. angiografía coronaria e intervención coronaria percutánea (ICP) o trombectomía pulmonar para el embolismo pulmonar masivo). Se necesitan más estudios aleatorizados.

Fármacos y Fluidos

Las recomendaciones para el tratamiento farmacológico durante la RCP no han cambiado, pero existe un mayor debate con respecto al papel de los fármacos en mejorar los resultados de la parada cardiaca.

Vasopresores

No existe ningún estudio controlado con placebo que demuestre que el uso rutinario de ningún vasopresor durante la parada cardiaca en humanos aumente la supervivencia al alta hospitalaria, aunque se ha documentado mejoría de la supervivencia a corto plazo.

Una serie de estudios aleatorizados controlados no han mostrado diferencia en los resultados (RCE, supervivencia al alta, pronóstico neurológico) con vasopresina frente a adrenalina como vasopresor de primera línea. Otros estudios comparando adrenalina sola o en combinación con vasopresina tampoco mostraron diferencia. Por ello el Consejo Europeo de Reanimación (ERC) sugiere que la vasopresina no debería ser utilizada en la parada cardíaca en lugar de la adrenalina, aunque aquellos profesionales sanitarios que trabajan en sistemas que ya utilizan vasopresina pueden continuar haciéndolo porque no existe evidencia de daño.

Amiodarona

Ningún fármaco antiarrítmico administrado durante la parada cardíaca en humanos ha demostrado que aumente la supervivencia al alta hospitalaria, aunque se ha demostrado que la amiodarona aumenta la supervivencia hasta el ingreso en el hospital. Por este motivo, y en ausencia de ningún otro dato, se recomiendan 300 mg de amiodarona si FV/TVSP persiste después de tres descargas. La lidocaína se recomienda para su utilización durante el SVA cuando no se dispone de amiodarona.

Los esteroides

Pueden aportar cierto beneficio cuando se administran conjuntamente con la vasopresina y la adrenalina en el tratamiento del paro cardíaco intrahospitalario. Aunque no se recomienda su uso de forma rutinaria (a la espera de las conclusiones de los estudios de seguimiento), resultaría razonable que un profesional de la salud administrase esta combinación de medicamentos para el tratamiento del paro cardíaco intrahospitalario. No hay datos para recomendar a favor o en contra del uso rutinario de esteroides.

Lidocaína

Los estudios acerca del uso de la lidocaína después de la RCE ofrecen datos contradictorios y no se recomienda el uso rutinario de la lidocaína. Sin embargo, se puede

considerar el inicio de la administración o el mantenimiento de la lidocaína inmediatamente después del RCE en casos de paro cardíaco con fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso.

Betabloqueantes

En un estudio observacional se sugiere que el uso de betabloqueantes después del paro cardíaco podría asociarse a una mejor evolución clínica en comparación con las víctimas a las que no se les administran betabloqueantes. Aunque este estudio no ofrece pruebas suficientemente sólidas como para recomendar un uso rutinario, se puede considerar el inicio o el mantenimiento de la administración de un betabloqueante por vía oral o intravenosa poco después de la hospitalización del paciente por un paro cardíaco causado por fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso.

Bicarbonato sódico

No administrar rutinariamente bicarbonato sódico durante la parada cardíaca y RCP ni tras la RCE. Considerar bicarbonato sódico para la hiperpotasemia con riesgo vital, para la parada cardíaca asociada a hiperpotasemia y para la sobredosis por antidepresivos tricíclicos.

Magnesio

El magnesio actúa como un vasodilatador y es un cofactor importante en la regulación del flujo de sodio, potasio y calcio a través de las membranas celulares. En 3 ensayos clínicos aleatorizados, no se encontró que el magnesio aumentara las tasas de RCE por paro cardíaco debido a cualquier ritmo presente, incluyendo FV / TVSP. No utilizar rutinariamente magnesio para el tratamiento de la parada cardíaca.

Calcio

Los estudios de calcio durante el paro cardíaco han encontrado resultados variables en el ROSC, y ningún ensayo ha encontrado un efecto beneficioso sobre la supervivencia dentro o fuera del hospital.

No se recomienda la administración rutinaria de calcio para el tratamiento del paro cardíaco intrahospitalario y extrahospitalario. (Clase III, LOE B).

Atropina

El sulfato de atropina revierte la disminución mediada por colinérgicos en la frecuencia cardíaca y la conducción del nodo auriculoventricular. Ningún ensayo clínico controlado prospectivo ha examinado el uso de atropina en ASEP asistolia o bradicardia en paro cardíaco.

La evidencia disponible sugiere que es poco probable que el uso habitual de atropina durante la AESP o asistolia tenga un beneficio terapéutico. (Clase IIb, LOE B)

Fibrinólisis

La terapia fibrinolítica no debería utilizarse rutinariamente en la parada cardíaca. Considerar terapia fibrinolítica cuando la parada cardíaca es causada por embolismo pulmonar agudo probado o sospechado. Si se administra un fármaco fibrinolítico en estas circunstancias, considerar realizar RCP durante al menos 60-90 minutos antes de finalizar de los intentos de resucitación. La RCP en curso no es una contraindicación para la fibrinólisis.

Fluidos

Se deben infundir fluidos rápidamente si se sospecha hipovolemia. En los estadios iniciales de la resucitación no hay claras ventajas en utilizar coloides, así que se deben utilizar soluciones cristaloides balanceadas tales como solución de Hartmann o cloruro sódico al 0.9%. Evitar la dextrosa.

Técnicas y dispositivos de RCP

El uso rutinario de dispositivos mecánicos de compresiones torácicas no está recomendado, aunque son una alternativa razonable en situaciones en las que no es factible realizar compresiones torácicas de alta calidad o la seguridad del reanimador está comprometida (RCP en una ambulancia en movimiento, RCP prolongada) y RCP durante determinados procedimientos ((p.ej. coronariografía o preparación para RCP extracorpórea).(27)

Ritmos

El paro cardíaco puede ser causado por 4 ritmos: fibrilación ventricular (FV), taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), actividad eléctrica sin pulso (AESP) y asistolia. La FV representa la actividad eléctrica desorganizada, mientras que la TV sin pulso representa la actividad eléctrica organizada del miocardio ventricular. Ninguno de estos ritmos genera un flujo sanguíneo importante hacia adelante. La AESP abarca un grupo heterogéneo de ritmos eléctricos organizados que están asociados con la ausencia de actividad ventricular mecánica o la actividad ventricular mecánica que es insuficiente para generar un pulso clínicamente detectable. La asistolia (quizás mejor descrita como asistolia ventricular) representa la ausencia de actividad eléctrica ventricular detectable con o sin actividad eléctrica auricular.

La supervivencia de estos ritmos de paro cardíaco requiere tanto un soporte vital básico (BLS) como un sistema de soporte cardiovascular avanzado (ACLS) con cuidado integrado después del paro cardíaco. La base del ACLS exitoso es la RCP de alta calidad y, para la FV / TV sin pulso, la desfibrilación intentada a los pocos minutos del colapso.

En la mayoría de los casos de paro cardíaco presencial y sin testigos, el primer proveedor debe iniciar la RCP con compresiones de pecho y el segundo proveedor debe encender el desfibrilador, colocar las almohadillas adhesivas o las paletas y controlar el ritmo. Las paletas y los electrodos deben colocarse en el tórax expuesto en una posición anterior-lateral. Las posiciones alternativas aceptables son infrascapular anterior-posterior,

infrascapular anterior-izquierda y anterior-derecha. Los controles de ritmo deben ser breves, y si se observa un ritmo organizado, se debe realizar una verificación de pulso. Si hay alguna duda sobre la presencia de un pulso, las compresiones torácicas deben reanudarse inmediatamente. Si un monitor cardíaco se adjunta al paciente en el momento del Paro, el ritmo se puede diagnosticar antes de que se inicie la RCP.

Cuando un control de ritmo con un desfibrilador externo automático (AED) revela VF / VT, el AED solicitará que se cargue. "Despeje" a la víctima para que reciba descargas, y luego envíe un choque, todo lo cual debe realizarse lo más rápido posible. La reanimación cardiopulmonar debe reanudarse inmediatamente después de la descarga (sin un control de ritmo o pulso y comenzar con compresiones de pecho) y continuar durante 2 minutos antes de la siguiente comprobación de ritmo.

Cuando un control de ritmo con un desfibrilador manual revela FV / TV, el primer proveedor debe reanudar la RCP mientras el segundo proveedor carga el desfibrilador. Una vez que se carga el desfibrilador, la RCP se pausa para "Despejar " al paciente de la descarga. Después de que el paciente esté "despejado", el segundo proveedor aplica una única descarga lo más rápido posible para minimizar la interrupción de las compresiones torácicas ("intervalo de manos libres"). El primer proveedor reanuda la RCP inmediatamente después de la descarga (sin control de ritmo o pulso y comienza con compresiones de pecho) y continúa durante 2 minutos. Después de 2 minutos de RCP, la secuencia se repite, comenzando con un control de ritmo.

No hay evidencia que indique la superioridad de una forma de onda bifásica o nivel de energía para la terminación de la fibrilación ventricular (FV) con la primera descarga (la terminación se define como la ausencia de FV a los 5 segundos después del choque). Todos los estudios publicados respaldan la efectividad (consistentemente en el rango de 85% -98%) de las descargas bifásicas usando 200 J o menos para el primer shock.

Los desfibriladores que usan la forma de onda rectilínea (RLB) generalmente entregan más energía de choque que la seleccionada, según la impedancia del paciente.

Se recomiendan los desfibriladores (con exponencial truncada BTE, RLB o formas de onda monofásicas) para tratar las arritmias auriculares y ventriculares.

En ausencia de evidencia concluyente de que 1 forma de onda bifásica es superior a otra en la terminación de la FV, es razonable usar la dosis de energía recomendada por el fabricante para la primera descarga. Si esto no se conoce, se puede considerar la desfibrilación a la dosis máxima.(28)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BASICOS.

Paro Cardiorrespiratorio (PCR): Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. Se producen 3 hechos fundamentales: pérdida de la conciencia, apnea y ausencia del pulso arterial.

Paro cardiaco: cese súbito e inesperado del latido cardiaco y de la circulación eficaz, que produce como resultado entrega inadecuada de sangre oxigenada a órganos vitales.

Paro respiratorio: cese total o parcial de la función respiratoria, puede presentarse en forma abrupta o progresiva (respiraciones aisladas).la ventilación se hace insuficiente para satisfacer las necesidades vitales del organismo.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): Comprende un conjunto de acciones encaminadas a revertir el estado de paro cardiorrespiratorio, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la circulación y respiración espontáneas.

Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB): Agrupa un conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible PCR, alertar a los sistemas de emergencia y realizar una sustitución (aunque precaria) de las funciones respiratoria y circulatoria, hasta el momento que la víctima pueda recibir el tratamiento calificado.

Soporte Vital Básico (SVB): Atención sanitaria indicado a pacientes o accidentados con enfermedades o lesiones que amenazan su vida; las técnicas de SVB se aplican, fundamentalmente, en emergencias pre-hospitalarias, sin utilizar equipos médicos y hasta que la víctima reciba asistencia médica completa. Concepto más actual que supera el de RCPB.

Resucitación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA): Agrupa el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de PCR, optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen.

Soporte Vital Avanzado (SVA): Atención médica proporcionada por profesionales capacitados para evaluar la situación del paciente, administrar medicación, efectuar desfibrilación, realizar el manejo avanzado de la vía aérea y garantizar el acceso circulatorio antes del transportar el paciente al hospital o dentro del mismo hospital. Este concepto que supera el de RCPA y en el caso del SVA cardíaco se contemplan los cuidados intensivos iniciales para enfermos cardiológicos críticos.

Desfibrilación: procedimiento médico que consiste en administrar una dosis bien definida de corriente eléctrica en el corazón de un paciente con el fin de detener un trastorno cardíaco.

Fibrilación ventricular (FV): arritmia cardíaca potencialmente mortal en la que la contracción coordinada de miocardio ventricular se reemplaza por una excitación desorganizada de alta frecuencia, lo que provoca que el corazón no bombee sangre.

Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP): ritmo regular con complejos ventriculares muy ensanchados y una frecuencia superior a 200 latidos por minutos en ausencia de pulso.

Actividad eléctrica sin pulso (AESP): presencia de actividad eléctrica cardíaca organizada, sin traducirse en actividad mecánica o TAS < 60 mmHg.

Asistolia: ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio.

Impedancia: resistencia al paso de una corriente alterna.

2.3 HIPÓTESIS.

Hipótesis general

Hi: El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, es alto,positivo y adecuado, respectivamente.

H0: El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, es bajo ,negativo y no es adecuado,respectivamente.

Hipótesis específicas

Hi1: El nivel de conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, es alto.

H01: El nivel de conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, es bajo.

Hi2: Las actitudes sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, son positivas.

H02: Las actitudes sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, son negativas.

Hi3: Las prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018,son adecuadas.

H30: las prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018,no son adecuadas.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

Variables de Investigación

Variable 1: Conocimientos sobre RCP Avanzado.

Variable 2: Actitudes sobre RCP.

Variable 3: Prácticas sobre RCP.

Variable Interviniente

Características socio demográficas: Sexo, edad, personal médico, área de trabajo, experiencia laboral, entrenamiento profesional, y certificación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Definición conceptual de Variable

Variable 1: Conocimientos sobre RCP avanzado: Conjunto de información recopilada sobre reanimación cardiopulmonar avanzado.

Variable 2: Actitud sobre RCP: Disposición de ánimo para actuar en una RCP.

Variable 3: Práctica sobre RCP: Actividad que se realice ante una RCP.

Variable 4: Características sociodemográficas: conjunto de características biológicas, socio-laborales, que están presentes en la población sujeta a estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Dimensión de la Variable	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
Variable 1 Conocimientos sobre RCP Avanzado	Información dada por el personal médico sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP) que permitirán restablecer las funciones vitales frente al PCR.	Nivel de conocimiento sobre RCP avanzado.	respuestas Correctas: Alto: 17-20 Medio: 12-16 Bajo: < 12	Ordinal	Aplicación del cuestionario
Variable 2 Actitud sobre RCP	Es la disposición del personal médico ante una RCP medida a través de la Escala de Likert.	Calidad de Actitudes sobre RCP avanzado.	Nivel de calidad de actitudes: -Positiva: 4 o + respuestas correctas -Negativa: < 4 respuestas correctas.	Razón	Aplicación del cuestionario
Variable 3 Práctica sobre RCP	Toda práctica relacionada a la RCP de acuerdo a las directrices del AHA.	Calidad de Prácticas sobre RCP avanzado.	Nivel de calidad de Practicas: -Práctica Adecuada: 2 o + puntos. -Práctica Inadecuada: ≤1 punto.	Razón	Aplicación del cuestionario
Variable 4 Características sociodemográficas.	Son datos del personal médico del Hospital Regional de Pucallpa relacionado a su género, edad, categoría médica, área de trabajo, entrenamiento, años de experiencia y	sexo	-Masculino -Femenino	Nominal	Aplicación del cuestionario
		Edad		Razón	Aplicación del cuestionario

certificación.	Categoría profesional	-Especialista. -Residente. -General.	Nominal	Aplicación del cuestionario
	Área médica	-Área Medicina -Área de cirugía -Área de Ginecoobstetricia. -Área de Emergencia. -Unidad de Cuidados Intensivos -Sala de operaciones	Nominal	Aplicación del cuestionario
	Años de experiencia médica.	Experiencia laboral en clínica y en urgencias: -1-5años. -6-10 años -11 o + años	Razón	Aplicación del cuestionario
	Tipo Entrenamiento en RCP	-Básico -Avanzado -Primeros Auxilios. -otros. -Ninguno	Nominal	Aplicación del cuestionario
	Tipo de certificación del entrenamiento en Soporte Vital.	-Soporte vital Básico. -Soporte Vital cardiovascular avanzado. -Soporte Vital pediátrico Avanzado. -Soporte Vital avanzado en Trauma.	Nominal	Aplicación del cuestionario

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Ámbito de estudio

El siguiente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Regional de Pucallpa, ubicado en el Jr. Agustín Cauper 285, distrito de Calleria, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali, en los servicios de Emergencia, Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia, y Sala de Operaciones que brinda atención categoría II-2 para pacientes con diferentes diagnósticos y grupos poblacionales y de referencias a nivel nacional.

3.2. Tipo de investigación

Según su clasificación por las aplicaciones de los resultados:

Aplicativa. se distingue por tener propósitos prácticos inmediatos bien definidos, es decir, se investiga para actuar, transformar, modificar o producir cambios en un determinado sector de la realidad. Para realizar investigaciones aplicadas es muy importante contar con el aporte de las teorías científicas, que son producidas por la investigación básica y sustantiva.

3.3. Nivel de investigación

Investigación descriptiva. orientada al descubrimiento de las propiedades particulares del hecho o situación problemática y también a la determinación de la frecuencia con que ocurre el hecho o situación problemática.

3.4. Método de investigación

Método descriptivo. consiste en realizar una exposición narrativa y/o grafica lo más detalladamente relacionada con la investigación.

3.5. Diseño de investigación

Diseño No experimental. En ello el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

Descriptivo transversal. Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

3.6. Población y muestra y muestreo

La población de estudio fue de 79 médicos especialistas, residentes y médicos generales que se encontraban laborando en las áreas antes descritas del Hospital Regional de Pucallpa en Junio de 2018.

La muestra fue obtenida a través de un tipo de muestreo probabilístico utilizando una fórmula estadística para estudios descriptivos, con el fin de que todos los estratos de interés, estén presentes en la muestra y por lo tanto sean un reflejo del universo.

Se utilizó la fórmula para estimación de proporciones:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N = Población total 79

Z = 1.96 valor de "Z" en distribución normal al 95% de confianza

p = Probabilidad de éxito 0,5

q = Probabilidad de fracaso 0,5

E = error muestral 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(79)}{(0.05)^2(79 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 65$$

El tamaño de la muestra se obtuvo a través de la fórmula antes descrita con un nivel de confianza de 95% (1.96) con un margen de error de 5%, con una proporción del 50%(0.5), obteniendo un resultado de 65 médicos; considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

-Profesional médico de ambos sexos pertenecientes al área de Emergencia, Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia, UCI y Sala de Operaciones del Hospital Regional de Pucallpa.

-Personal médico que participe voluntariamente en el cuestionario de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

-Personal médico que laboran en funciones administrativas, en las áreas del Hospital Regional de Pucallpa.

-Profesional médico que se encuentren con licencia o vacaciones.

-Personal Médico que no acepta participar en el estudio.

-Personal médico que no completase el cuestionario, llenado inadecuado y no siguiendo las orientaciones

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica que se utilizó es la entrevista, la cual se llevó a cabo durante la actividad laboral de los profesionales de la salud.

Instrumento

El instrumento que se utilizó es un cuestionario tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) sometido a criterio de expertos, el cual permitió conocer el nivel de

conocimientos, actitudes y prácticas adquirido por los profesionales de la salud desde el pregrado hasta ese momento. (**anexo 1**)

La característica fundamental de este procedimiento es la de utilizar un cuestionario en el que los encuestados contestan por sí mismos, sin intervención de la encuestadora.

El instrumento que se utilizó, fue previamente validado en la ciudad de Managua-Nicaragua en el 2017. Este fue aplicado en el personal médico, se encuentra en español y está basado en las directrices de AHA 2015.

El cuestionario está dividido en 4 secciones: 1) Datos sociodemográficos y, 2) evaluación en prácticas, las cuales están constituido con respuestas de opción múltiple, 3) evaluación teórica y 4) actitudinal, están constituido por preguntas cerradas, con un sola respuesta correcta.

La construcción de la sección 1 se basó en la identificación de potenciales factores relevantes que permitieran caracterizar a la población en estudio.

El cuestionario para medir el nivel de conocimiento está formado por 20 preguntas, se encuentra basado en las actualizaciones de las Guía de la American Heart Association (AHA) para RCP 2015.

Con respecto al nivel de conocimiento, y tomando en cuenta las directrices de la American Heart Association, que considera un puntaje mínimo satisfactorio de 84% en este tipo de pruebas, se estableció en 17 respuestas correctas el mínimo considerado como satisfactorio. La escala utilizada es de 0 a 20. El Nivel de Conocimientos se clasificó como Alto (17-20 respuestas correctas), Medio (12-16 respuestas correctas), y bajo (< 12 respuestas correctas).

Para la recolección de datos también se utilizó la escala de Likert, que son instrumentos de medición o pruebas psicológicas que frecuentemente son utilizadas para la medición de actitudes. La escala se construye en función de una serie de categorías que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente.

La Actitud se valorará en:

Positiva: 4 o más respuestas correctas.

Negativa: < 4 respuestas correctas.

Se entiende como práctica la actividad que se realice ante una RCP.

La práctica se valorará en :

Adecuada: ≥ 2 puntos.

No adecuada: ≤ 1 punto.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Previo la recolección de la información se solicitó autorización al director del Hospital Regional de Pucallpa. La fuente de información es primaria a través de encuestas al personal médico, previo consentimiento informado para participar en el estudio.

La evaluación se realizó a los médicos que cumplan con los criterios de selección.

Se les explicó el procedimiento de llenado de las encuestas y el objetivo de la investigación. Se les aclaró que los resultados se mantendrán en el anonimato. Se les entregó la Encuesta y un lapicero asignándoles 50 minutos para el llenado de esta. Se recogió las encuestas para realizar las pruebas estadísticas.

Para el procesamiento de los datos se asignó un valor numérico de acuerdo a las respuestas correctas equivalente a 1 punto y a la incorrecta 0 puntos. Se elaboró la Matriz de Datos para el análisis e interpretación de los datos. Se determinó la sumatoria de los puntajes totales y se delimitó el valor final de la variable.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se registró los datos en una hoja de cálculo del programa Excel 2013, después se analizó por el programa estadístico SPSS versión 21. El análisis descriptivo se marcó a través de tablas y gráficos.

Limitaciones:

1. El tamaño de la muestra del estudio fue pequeño, por el número bajo de respondedores, ya que algunos especialistas únicos en la institución se negaron a participar. Esto puede constituir un sesgo de selección ya que es posible que sólo los que tienen interés por el tema fueron los que respondieron.
2. los niveles de conocimiento de RCP avanzado se investigaron solo sobre una base teórica utilizando un cuestionario de 20 preguntas. Debido a esto, este estudio, no

comprobó las habilidades prácticas de los participantes. En consecuencia, aquellos que dijeron que estaban seguros de realizar RCP, pueden no ser competentes.

3. Por razones de construcción del nuevo Hospital, el estudio se realizó en la población médica que labora en la infraestructura de contingencia en los servicios de hospitalización de las diferentes áreas; no habiéndose estudiado a la población de médicos en la infraestructura de contingencia de consultorios externos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Datos socio-demográficos

Tabla 1. Características demográficas del personal médico en el Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

	Total	
	N°	%
EDAD	20-29	5 7,7%
	30-39	25 38,5%
	40-59	27 41,5%
	60 a más	8 12,3%
SEXO	Masculino	58 89,2%
	Femenino	7 10,8%

Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Durante la realización del estudio se logró entrevistar a 65 médicos, las principales características demográficas fueron edad entre 40-59 años (41,5%) y sexo masculino (89,2%) (Tabla 1). El promedio de edad fue de 43 años, la mediana de 42 años y las edades extremas fueron 26 y 71 años. El rango de 45 años y la moda de 37 años.

Tabla 2 Características profesionales del Personal médico de Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

	Total	
	N°	%
<u>Categoría profesional</u>		
General	29	44,6%
Residente	9	13,8%
Especialista	27	41,5%
<u>Especialidad</u>		
Ninguno	38	58,5%
Cirugía general	6	9,2%
Urología	1	1,5%
Traumatología	2	3,1%
Anestesiología	4	6,2%
Gineco-obstetricia	8	12,3%
Medicina interna	3	4,6%
Neurología	1	1,5%
Neumología	1	1,5%
Cardiología	1	1,5%
<u>Área de trabajo</u>		
Cirugía	20	30,8%
Sala de operaciones	5	7,7%
Medicina	14	21,5%
Gineco-obstetricia	16	24,6%
Emergencia	10	15,4%

Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Las principales características profesionales fueron las siguientes: médicos Generales y Especialistas con 44,6%(29) y 41,5%(27) respectivamente, solamente 13,8%(9) eran Residentes; la mayoría de especialistas eran Gineco-obstetras (12,3%), seguido por Cirujanos (9,2%), Anestesiólogos (6,2%) y médicos internistas (4,6%); las principales

áreas de trabajo fueron área de Cirugía, área de Gineco-obstetricia y área de Medicina con 30,8%, 24,6% y 21,5%, respectivamente.

Tabla 3. Años de experiencia Clínica y en Emergencias en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

	Total	
	N°	%
<u>Años de experiencia clínica</u>		
1-5 años	8	12,3%
6-10	14	21,5%
≥ 11	43	66,2%
<u>Años de experiencia en Emergencia</u>		
1-5	41	63,1%
6-10	7	10,8%
≥11	2	3,1%
Ninguno	15	23,1%

Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Encontramos que el 12,3% de los médicos cuenta con una experiencia clínica menor (1-5 años), el 21,5%(14) entre 6 a 10 años, y el 66,2%(43)de los de mayor experiencia (≥ 11 años).

Respecto a la experiencia en Emergencias el grupo de poca experiencia (1-5años) fue el de mayor participación con un 63,1% (41),seguido de un 10,8%(7) del grupo entre 6-10 años.

Tabla 4. Tipo y Año de certificación en Soporte Vital del personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

	<2010	2010-2014	2015-2017	Total	
				N°	%
<u>Certificación en Soporte Vital</u>					
Ninguno				15	23,1%
Básico	2	29	10	41	63,1%
Básico- Avanzado			9	9	13,8%

Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Del total de encuestados el 76,9%(50) recibieron algún tipo de certificación en soporte vital. El 63,1% recibió SVB y el resto (13,8%) en SVB-SVA.

Por otro lado, la certificación en SVB fue recibido en su mayoría (70,7%) entre el año 2010 -2014 y la certificación en SVB- SVA se recibió entre el año 2015-2017.

Tabla 5. Tipo y Año de Entrenamiento en Soporte Vital del personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

	<2010	2010-2014	2015-2017	Total	
				N°	%
<u>Entrenamiento en Soporte Vital</u>					
Ninguno				8	12,3%
Básico	2	33	12	47	72,3%
Básico- Avanzado			9	9	13,8%
Primeros Auxilios			1	1	1,5%

Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Se observó que la gran mayoría de los médicos(72,3%) recibió entrenamiento en soporte vital Básico y 13,8% recibió entrenamiento en Soporte vital Básico y avanzado. Sólo un médico recibió entrenamiento en Primeros Auxilios.

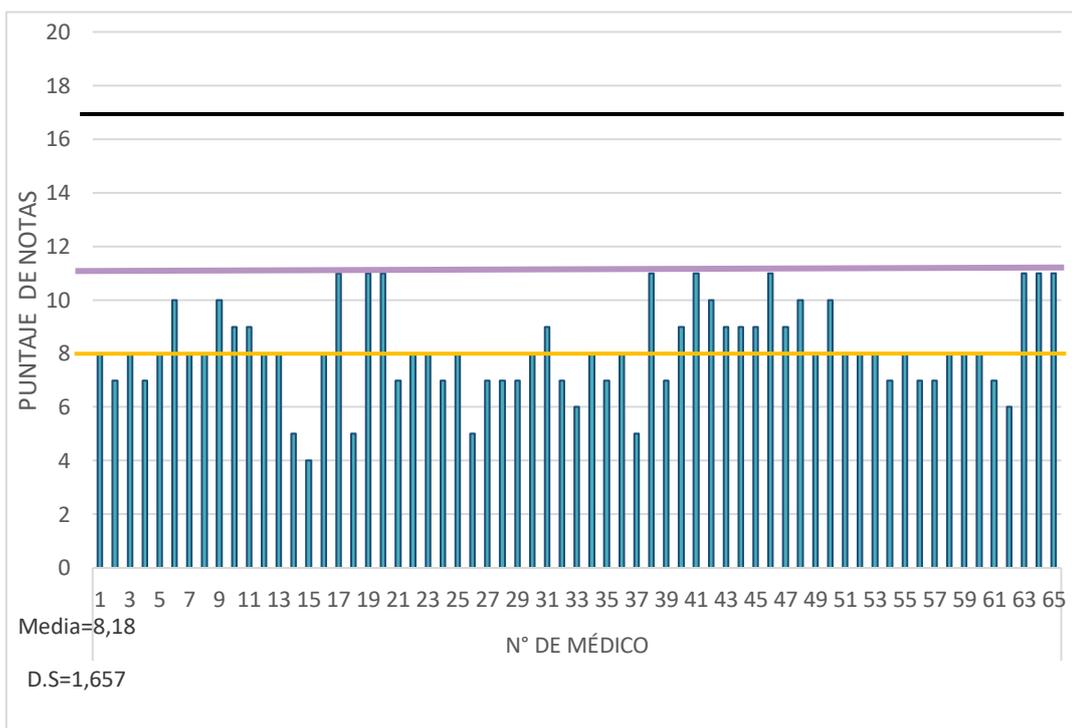
El entrenamiento en Soporte vital básico- Avanzado fue recibido su totalidad entre el 2015-2017. La mayoría del entrenamiento en soporte vital básico (70,2%) fue recibido entre el año 2010-2014.

Nivel de conocimientos

Para esta determinación se estableció que, una puntuación ≥ 17 puntos será un nivel de conocimiento "ALTO", 12- 16 puntos "MEDIO" y una puntuaje < 12 "BAJO". Los hallazgos encontrados para esta variable se describen en las siguientes gráficas:

Gráfica N° 1

Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado del personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

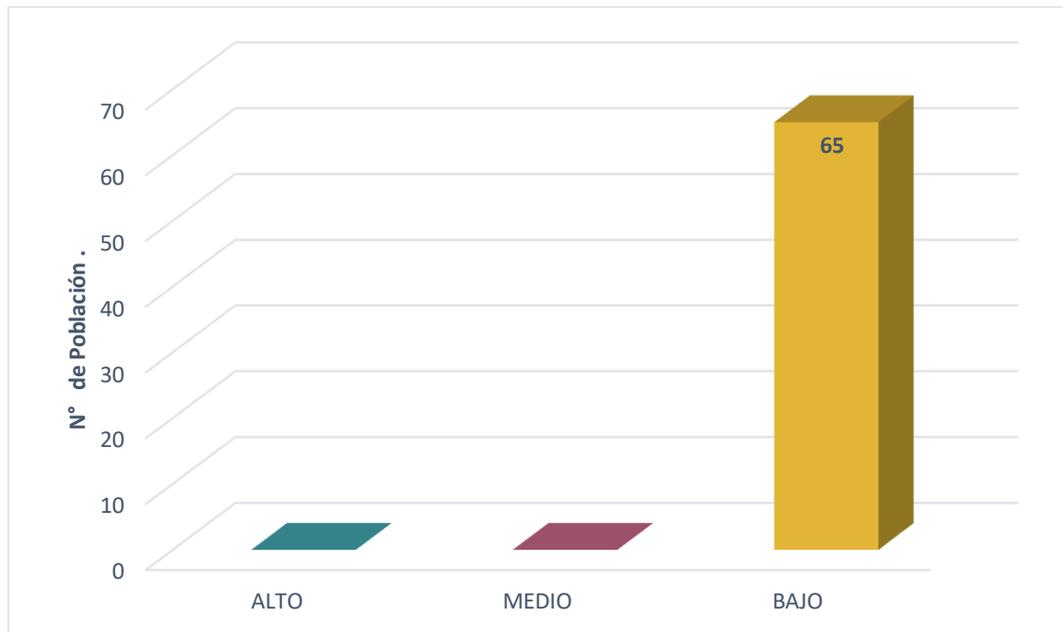


Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

El nivel de conocimientos de todos los médicos sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado fue bajo, debido a que el 100% de los médicos evaluados obtuvo un punteo < 12 puntos. El promedio obtenido por todo el grupo fue de 8.1 puntos. El punteo máximo fue de 11 puntos y el mínimo fue de 4. La diferencia entre la nota máxima y la mínima fue de 7 puntos (rango). La mediana y la moda fueron de 8 puntos cada una.

Gráfica N° 2

Nivel de conocimientos sobre RCP avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Tabla 6. Nivel de conocimientos por categoría profesional sobre RCP Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018.

	Categoría profesional								
	General		Residente		Especialista		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Puntajes									
4	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	1	1,5%	
5	2	6,9%	1	11,1%	1	3,7%	4	6,2%	
6	2	6,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,1%	
7	5	17,2%	2	22,2%	7	25,9%	14	21,5%	
8	9	31,0%	3	33,3%	10	37,0%	22	33,8%	
9	6	20,7%	1	11,1%	1	3,7%	8	12,3%	
10	3	10,3%	0	0,0%	2	7,4%	5	7,7%	
11	2	6,9%	1	11,1%	6	22,2%	9	13,8%	
Total	29	100%	9	100%	27	100%	65	100%	

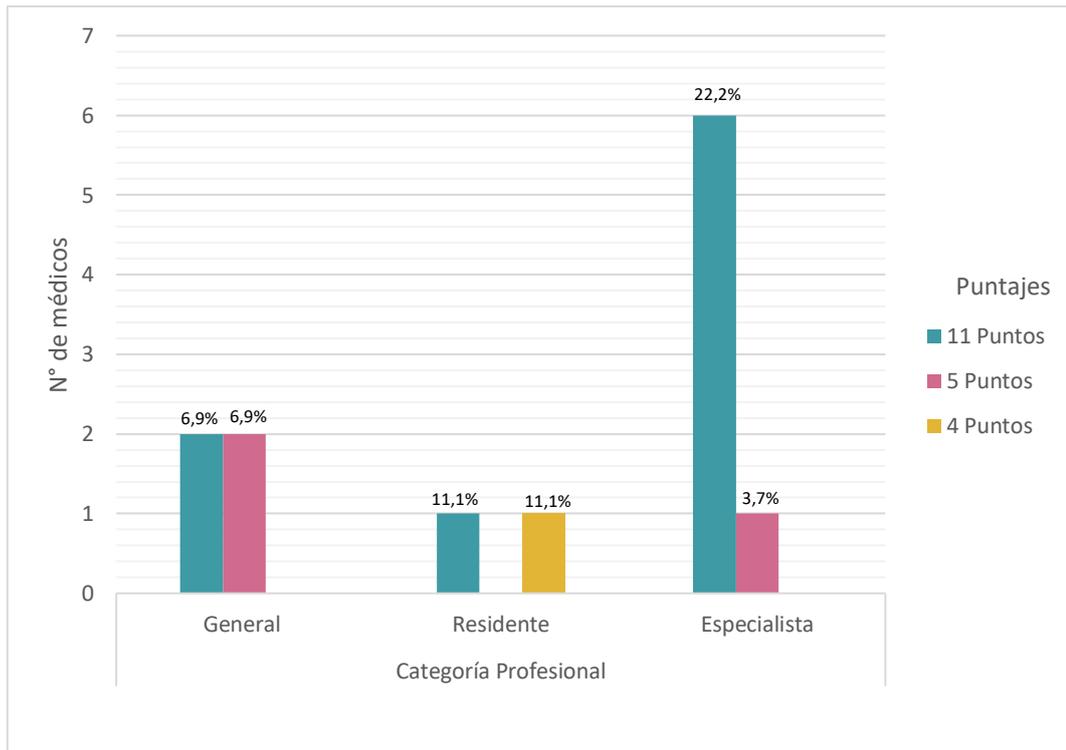
Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

El mayor puntaje fue 11 puntos,este en su mayoría lo obtuvieron los médicos especialistas en un 22,2%(6), seguido de los médicos generales con un 6,9%(2).

Por otro lado, los médicos residentes obtuvieron el mínimo puntaje de 4 puntos en un 11,1%(1).El mínimo puntaje obtenido por las otras categorías fue de 5 puntos,en su mayoría lo obtuvieron los médicos generales con un 6,9%.

Gráfico N°3

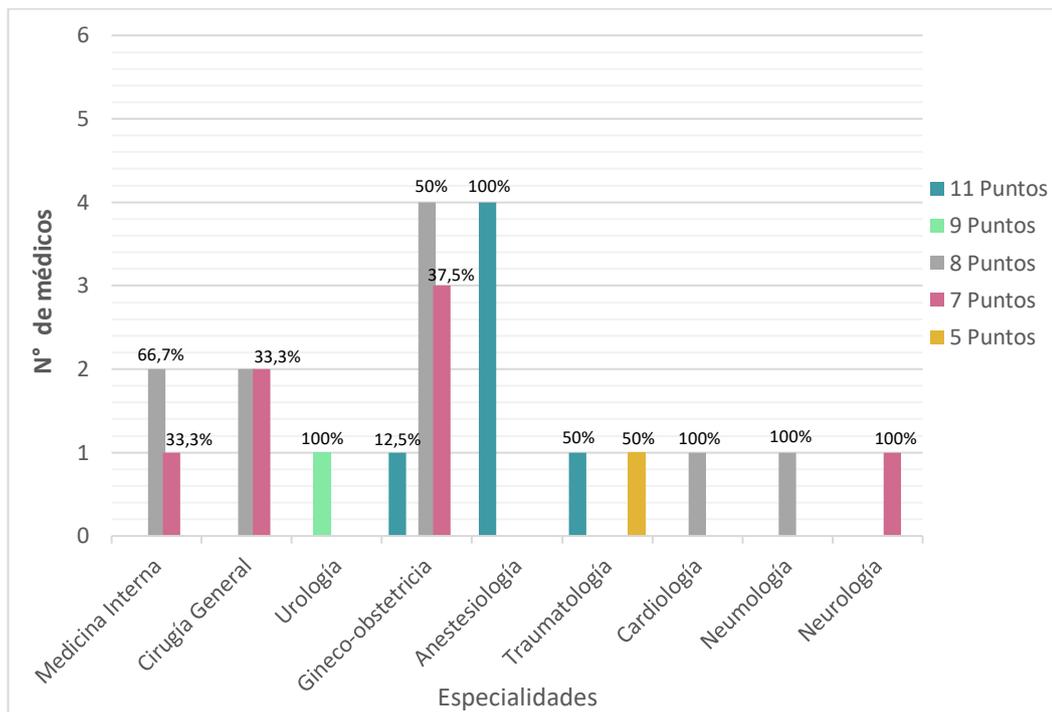
Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado por categoría profesional en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Gráfico N° 4

Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado por Especialidad en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



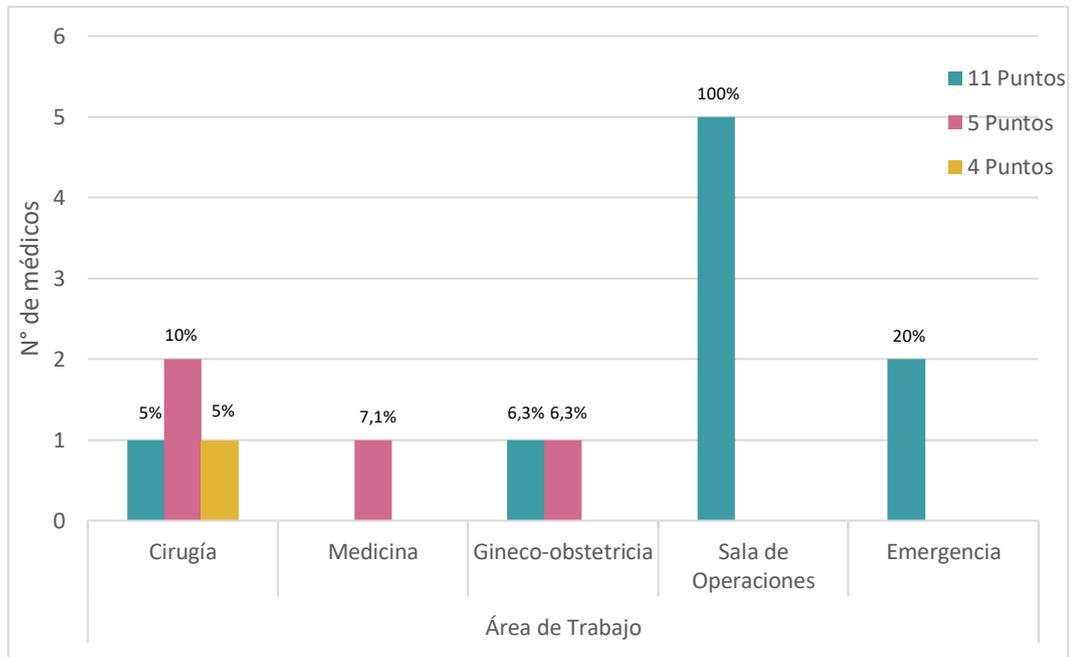
Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado

Según el tipo de especialidad, los anestesiólogos tuvieron mayor puntaje en conocimiento sobre RCP avanzado en un 100%(4), seguido por los Gineco-obstetras y los Traumatólogos con 12,5%(1) y 50%(1), respectivamente. También la especialidad de Traumatología obtuvo la puntuación más baja de 5 puntos. Otra especialidad, Urología obtuvo un puntaje en conocimiento sobre RCP avanzado de 9 puntos.

El Puntaje mínimo en otras especialidades como Medicina Interna, Cirugía General, Gineco obstetricia y Neurología fue de 7 puntos con un 33,3%; 33,3%; 37,5% ; 100% respectivamente.

Gráfico N°5

Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado por Área de Trabajo en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

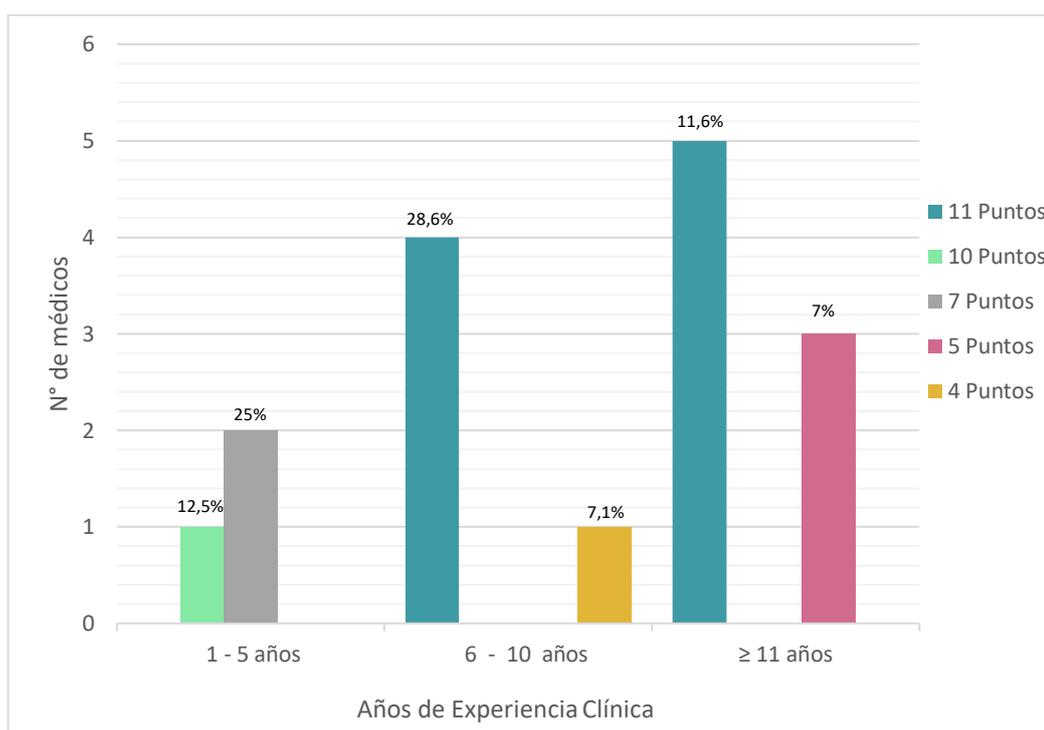


Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Según el área de trabajo, los que laboran en sala de operaciones en un 100%(5) obtuvieron un mayor puntaje en conocimiento sobre RCP avanzado, seguido por el área de Emergencia con un 20%(2). Se observa también que el 5%(1) del área de cirugía alcanzaron una puntuación mínima de 4 puntos.

Gráfico N° 6

Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado por años de experiencia clínica en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

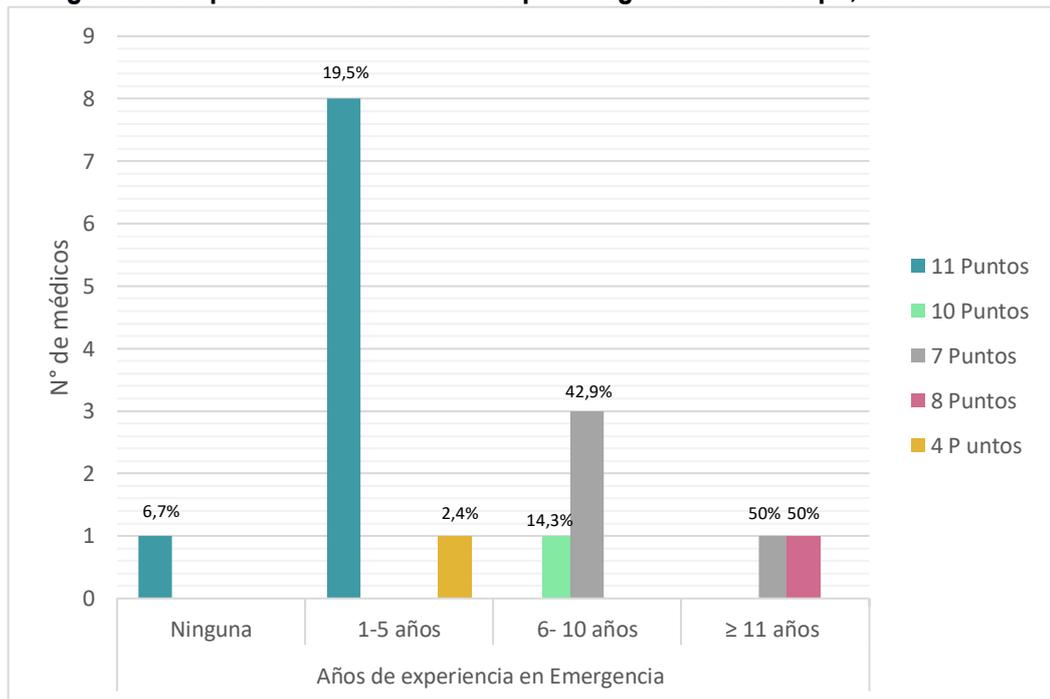


Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Según los años de experiencia clínica, el mayor puntaje obtenido sobre conocimiento en RCP avanzado es para el grupo de ≥ 11 años en un 11,6%(5), seguido por el grupo de entre 6 – 10 años con un 28,6%(4). El 7,1% (1) del grupo de 6 –10 años demostraron la puntuación más baja (4 puntos). El mayor puntaje obtenido por los médicos en el grupo de 1 -5 años de experiencia clínica fue de 10 puntos con un 12,5%(1).

Gráfico N° 7

Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado por años de experiencia en Emergencias en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



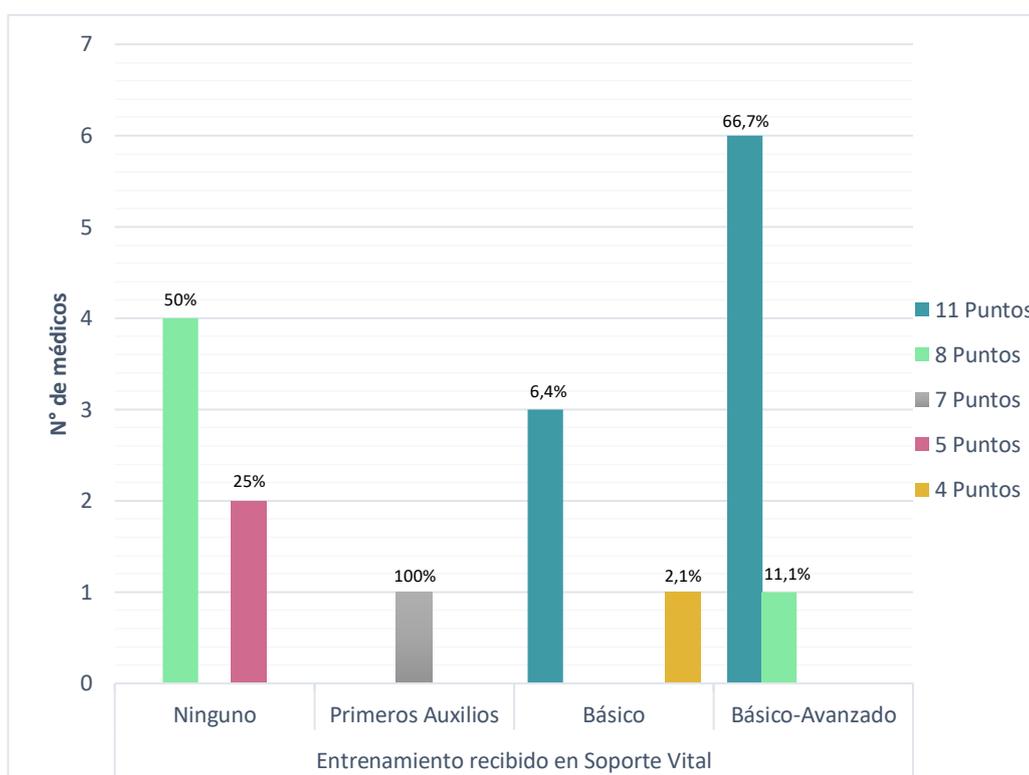
Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Según los años de experiencia en Emergencia, un 19,5% (8) de médicos del grupo de entre 1- 5 años obtuvieron el máximo puntaje(11 puntos) en conocimiento sobre RCP Avanzado, seguido por los médicos que no tenían ninguna experiencia en emergencias en un 6,7%(1).

Por otro lado, el grupo de entre 1- 5 años también obtuvo el menor puntaje (4 puntos) en un 2,4%(1). El 14,3%(1) del grupo de 6 a 10 años (experiencia media) y el 50 % de los de mayor experiencia, obtuvieron el mayor puntaje con 10 y 8 puntos, respectivamente.

Gráfico N° 8

Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado por entrenamiento recibido en Soporte Vital en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



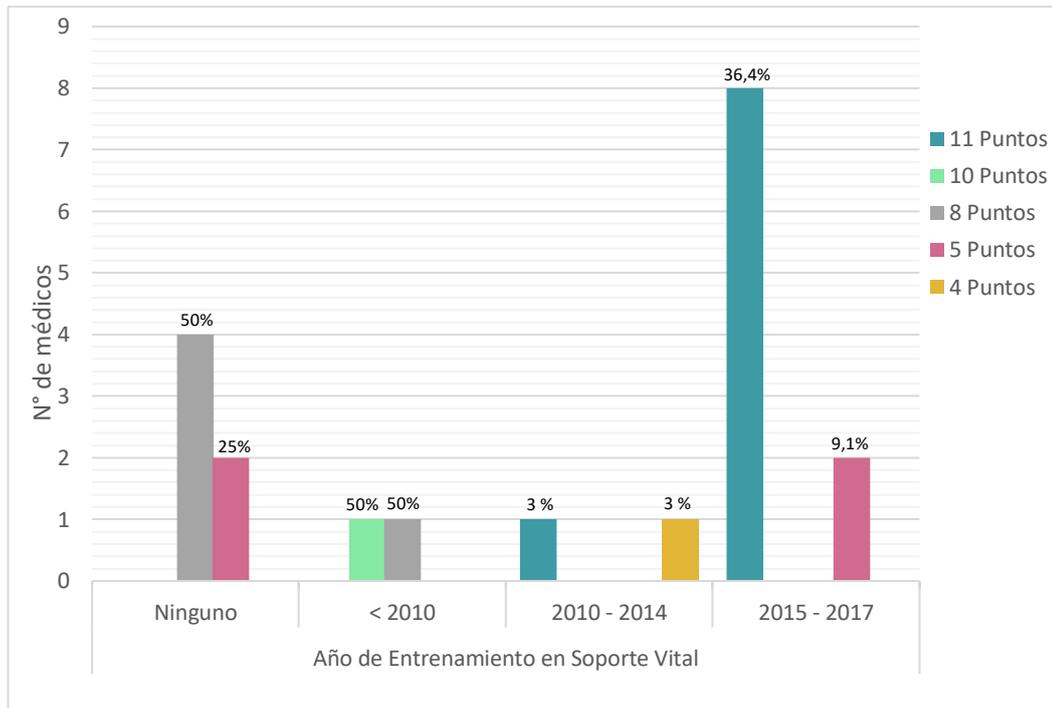
Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Del total de médicos que recibieron entrenamiento en soporte vital básico y Avanzado, el 66,7%(6) obtuvieron el mayor puntaje en conocimiento sobre RCP, seguido del 6,4%(3) de médicos que recibieron entrenamiento en soporte vital Básico.

El mínimo puntaje que se obtuvo fue de 4 puntos en un 2,1%(1) de los médicos que recibieron entrenamiento en soporte vital Básico. Los médicos que no recibieron ningún tipo de entrenamiento en un 50%(4) obtuvieron un puntaje de 8 puntos.

Gráfico N° 9

Nivel de conocimientos sobre RCP Avanzado por año de entrenamiento en Soporte Vital en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

Los médicos que recibieron entrenamiento en soporte vital los tres últimos años (2015-2017) obtuvieron el puntaje más alto (11 puntos) en un 36,4%(8).

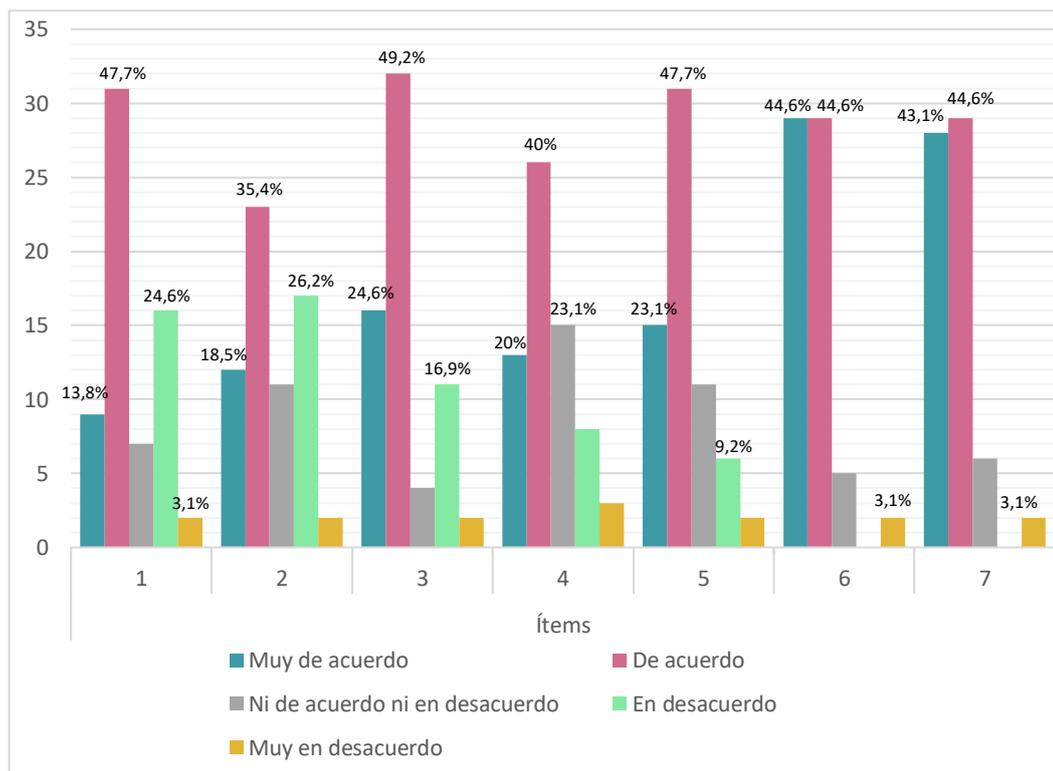
Del total de médicos que recibieron entrenamiento en soporte vital en los años 2010-2014 sólo un 3%(1) obtuvo el puntaje más alto y el otro 3% obtuvo la puntuación más baja (4 puntos). Aquellos médicos que recibieron entrenamiento en soporte vital los últimos nueve años obtuvieron un puntaje de 10 puntos en el 50%(1).

Actitudes

Para la identificación de las actitudes se utilizó una escala tipo Likert con 7 ítems, para la evaluación de los ítems se asignó categorías de respuestas positivas (“Muy de acuerdo”, “De acuerdo”), categoría de respuesta intermedia (“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”) y categorías de respuesta negativa (“En desacuerdo”, “Muy en desacuerdo”). En las categorías positivas el estar de acuerdo manifiesta una actitud positiva y en las categorías negativas el estar de acuerdo con ellas manifiesta una actitud negativa. Se analizó las categorías separadamente por cada ítem y después en el total de ítems se calificó una actitud positiva con 4 o más categorías de respuesta positiva.

Gráfico N° 10

Porcentaje de respuestas de acuerdo a la escala de valoración del cuestionario de actitudes sobre RCP, en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP Avanzado.

En el ítem 1, cuando se les preguntó si tienen la preparación suficiente para llevar a cabo una RCP, el 47,7%(31) de los médicos respondió estar “De acuerdo” y el 24,6%(16) de ellos respondió estar “En desacuerdo”. El 61,5%(40) de los médicos tuvo una actitud positiva al afirmar tener una preparación suficiente para llevar a cabo una RCP.

En el ítem 2, cuando se les preguntó si consideran conocer el protocolo del Hospital para realizar una RCP el 35,4%(23) respondió estar “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” en el 18,5%(12). Solo un 26,2% (17) de médicos respondió estar “En desacuerdo”. El 53,9% (35) de los médicos tuvo una actitud positiva al conocer el protocolo del Hospital para realizar una RCP.

En el ítem 3, cuando se les preguntó si es responsabilidad personal el estar preparado para realizar una RCP el 49,2%(32) de médicos respondió estar “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” en el 24,6%(16) ,y un 16,9% (11) manifestó estar “En desacuerdo”. El 73,8% (48) de los médicos es responsable en su preparación para una RCP.

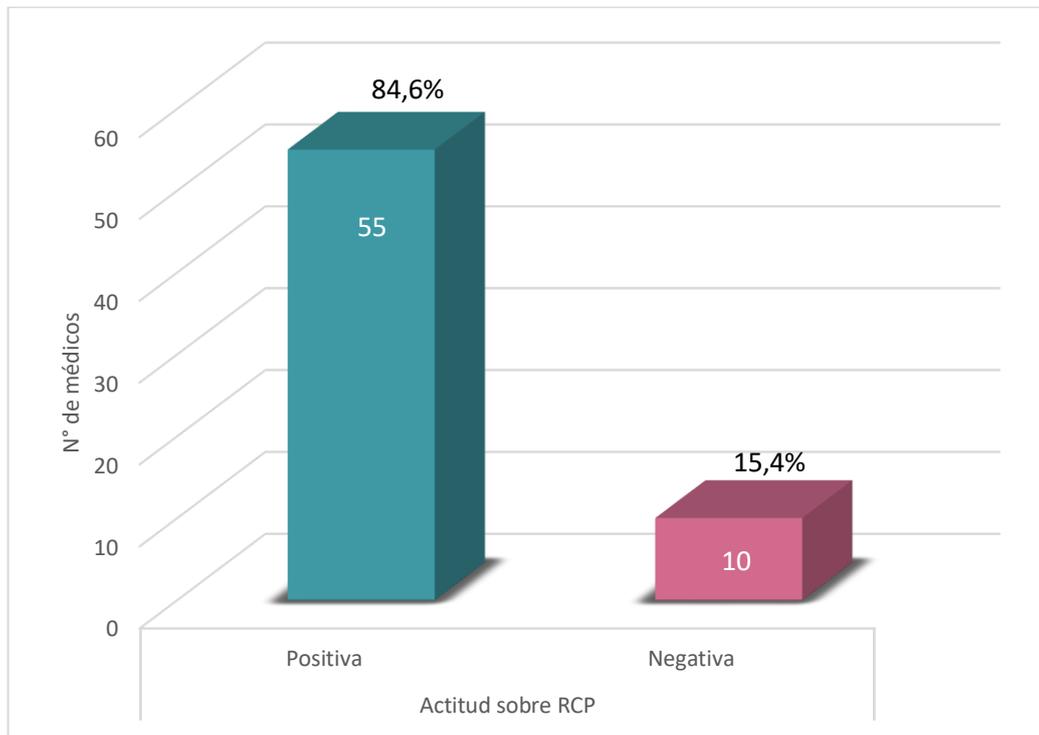
En el ítem 4, cuando se les preguntó si es responsabilidad del Hospital ofrecerle entrenamiento para realizar una RCP el 40%(26) de los médicos respondió estar “De acuerdo” y un 23,1%(15) de ellos manifestó indecisión. El 60%(39) de los médicos refiere que es responsabilidad del Hospital el entrenamiento en RCP.

En el ítem 5, cuando se les preguntó su disposición de realizar una RCP en situaciones necesarias fuera del entorno Hospitalario y la importancia de estar actualizado al respecto(ítem 7) el 47,7%(31) y 44,6%(29) , comparativamente, afirmó estar “De acuerdo”. El 70,8% (46) están dispuestos a realizar una RCP fuera del Hospital si surge la necesidad y el 87,7%(29) considera importante estar actualizado en RCP.

En el ítem 6, cuando se les preguntó si creen que los resultados obtenidos en una RCP dependen de la calidad de conocimiento y experiencia al respecto, el 89,2%(58) respondió con categorías positivas, un 44,6%(29) en “Muy de acuerdo” y el resto en “De acuerdo”. Solo un 3,1%(2) de médicos estuvo en “Muy desacuerdo”. El 89,2% consideran que los resultados de una RCP dependen del conocimiento y experiencia en RCP.

Gráfico N° 11

Actitudes sobre RCP en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP.

En la figura 11 se puede observar que la gran mayoría de los médicos percibe tener una actitud positiva (84,6%) frente a una situación en la que tengan que realizar Reanimación Cardiopulmonar.

Prácticas

Se valoró las prácticas en adecuadas con ≥ 2 puntos y las prácticas No adecuadas con ≤ 1 punto.

Las respuestas a cada ítem recibieron puntuaciones de uno (1 ó más RCP fuera del Hospital, ≥ 10 RCP en el Hospital y autopercepción apto para realizar una RCP), en caso contrario recibieron un puntaje de 0.

Tabla 7 Prácticas sobre RCP en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

	Total	
	N°	%
<u>N° de RCP fuera del Hospital</u>		
Ninguno	43	66,2%
1 ó más	22	33,8%
<u>N° de RCP en el Hospital</u>		
0 – 9	61	93,8%
≥ 10	4	6,2%
<u>Autopercepción para realizar una RCP</u>		
No apto	35	53,8%
Apto	30	46,2%

Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP.

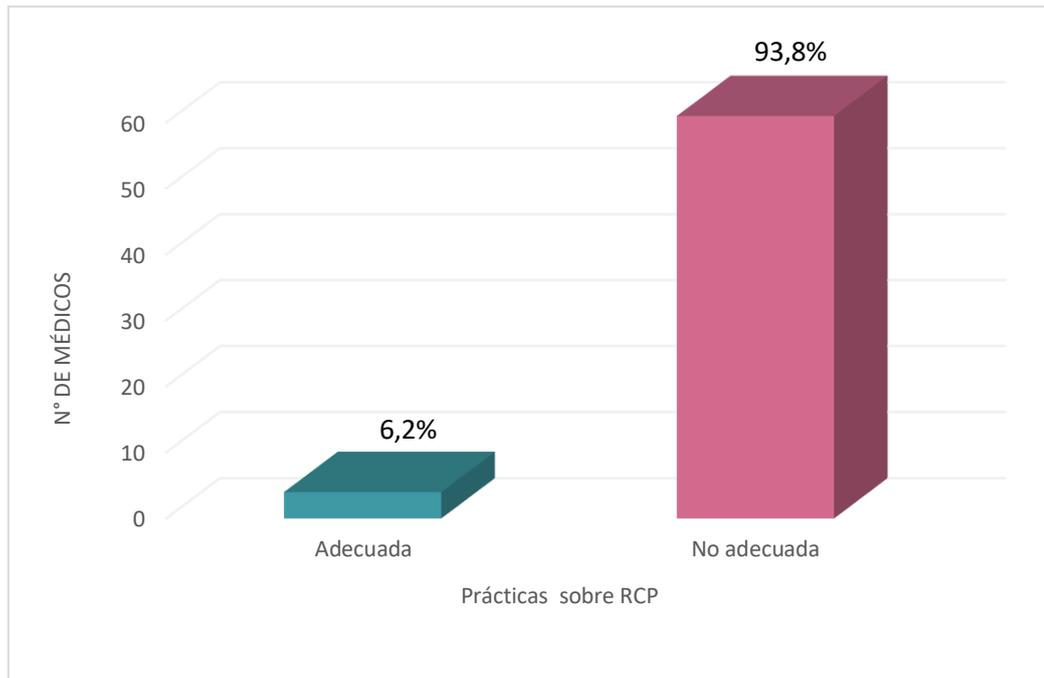
Con respecto a las prácticas, un 66,2%(43) de los médicos no habían realizado ninguna RCP fuera del hospital y se observó que tuvieron el mayor número de RCP (1 ó más) el 33,8%(22) de ellos. Sólo un 6,2 %(4) de médicos habían tenido un mayor número de RCP en el Hospital.

Por otro lado, aquellos médicos que referían tener menor número de RCP tuvieron la autopercepción de no estar aptos para realizar una RCP (53,8%).

Con estos resultados, se observó que 93, 8%(61) de médicos poseía prácticas No adecuadas sobre RCP (Gráfico 12).

Gráfico N° 12

Prácticas sobre RCP en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018.



Fuente: información obtenida del cuestionario para médicos sobre RCP.

4.2. DISCUSIÓN

De acuerdo con el estudio titulado "Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa, 2018" el 89,2% de los médicos que participaron fueron de sexo Masculino y la edad en el 41,5% fue entre 40- 59 años, estos datos indican que el personal médico que labora en el Hospital Regional de Pucallpa es relativamente madura. Esto es comparable al estudio realizado en personal de salud en Perú (Romualdo G.,2015) donde un 58% tiene una edad comprendida entre 41- 50 años.

Por el contrario un estudio realizado para anestesiólogos en Etiopia (Girma B. et al 2017) refiere que el 54%(81) de los participantes eran de sexo masculino pero el 57.3% (86) tenían entre 20 y 30 años.

Los participantes tenían conocimientos inadecuados sobre RCP Avanzado. El 100% (N=65) de la población obtuvo un puntaje por debajo de <12 puntos, lo que significa que los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar Avanzado en los médicos del Hospital Regional de Pucallpa, están en un nivel "Bajo", con un promedio global de 8,1 puntos. Esto puede deberse a que un porcentaje considerable no ha recibido entrenamiento en los últimos 3 años (61,4%).

La *American Heart Association* (AHA) recomienda que los médicos deben recibir entrenamiento sobre RCP cada 2 años, ya que la retención de conocimientos y habilidades se pierde entre los 6 meses a 1 años después del último entrenamiento recibido (13).

Se observó que el puntaje más alto fue el de 11 puntos y en su mayoría lo obtuvieron los especialistas en anestesiología(100%), que laboran en sala de operaciones, igualmente lograron mayor rendimiento(11,6%) los que tuvieron más años de experiencia Clínica (\geq 11años);igualmente en aquellos médicos que presentaron años de experiencia en Emergencias entre 1-5 años en los últimos años(19,5%) y un entrenamiento en Soporte vital básico- avanzado(66,7%) recibido en los últimos tres años.

Resultados similares se encontraron en Cuba (Martínez Y. et al ,2016) donde el 75% de la población en general alcanzó una puntuación por debajo de 60 puntos (Nivel de

conocimiento bajo). Ningún participante alcanzó el conocimiento alto (100-85 puntos). La máxima puntuación fue de solo 77,5 puntos y lo obtuvieron los médicos internistas en un 75%(12), con una experiencia laboral entre 1-5 años(50%) y con entrenamiento en RCP en 20%. Igualmente en Guatemala (Ramírez R.,2012) el 100% de los médicos residentes de Pediatría tuvieron un Nivel de conocimiento “suboptimo” al obtener un punteo < 85 puntos; así mismo en Paraguay(López G. et al ,2017) el 83,7%(113)de los médicos Residentes presentaron un nivel no satisfactorio, al no responder correctamente al menos 17 preguntas del cuestionario, se evidenció un déficit importante del conocimiento en RCP en ambos estudios, esto coincide con los resultados encontrados en esta investigación.

Por el contrario, un estudio realizado en Nicaragua (Pérez F., 2017); el conocimiento que tenían la mayoría de los médicos sobre RCP fue un muy buen conocimiento (28%), seguido por regular conocimiento (26%) y bueno e inadecuado con 23% cada uno. Pero, en lo que si coincide el estudio de este autor referida con el presente, es que el encontró el mejor conocimiento en su mayoría en los especialistas (35%), de estos los anestesiólogos y médicos de emergencia tuvieron mejor conocimientos sobre RCP(Muy bueno) con 50% cada uno, sala de operaciones fue el área de trabajo con muy buen conocimiento de RCP en un 50%, y aquellos que recibieron entrenamiento en soporte vital en un 27%(9). En el presente estudio se encontraron resultados similares.

Los resultados encontrados confirman nuestra hipótesis nula, lo que apunta a que el nivel de conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, es bajo.

El 84,6% de los médicos tienen una actitud positiva hacia diversos aspectos relacionados con la RCP. El 61,5% afirmó tener una preparación suficiente para llevar a cabo una RCP, el 53,9% conoce el protocolo de RCP de su Hospital, el 73,8% es responsable en su preparación y un 60% confiere responsabilidad del entrenamiento a la institución; estos resultados indican que nuestra población tiene buena predisposición para ser capacitados y observan la necesidad de que las instituciones donde laboran se involucren en el proceso de adquirir dicha formación. El 70,8% están dispuestos a realizar una RCP fuera del Hospital si surge la necesidad y un 89,2% resalta la importancia del conocimiento, experiencia y actualización para realizar RCP (87,7%).

Pérez F.(2017), también observó actitudes positivas en su población, un 82%(32).El 61,5% afirmó tener una preparación suficiente para llevar a cabo una RCP, el 36% conoce el protocolo de atención sobre RCP,el 87 % Considera que es responsabilidad personal estar preparado para poder realizar una RCP,el 82% responsabiliza a la institución el recibir entrenamiento, un 82% estaban dispuestos a realizar RCP si surge la necesidad y el 92% coincide que es importante el conocimiento ,experiencia y actualización para realizar RCP. Otros estudios realizados en Etiopia (Girma B. et al, 2017), obtuvieron que la mayoría de los participantes, 60%, estaba completamente de acuerdo en que el entrenamiento debe repetirse a menudo, y es responsabilidad de su empleador. 32% de ellos completamente de acuerdo que su falta de confianza en sí mismos los influye al iniciar La RCP y el 48% de ellos concuerdan completamente en que la falta de entrenamiento los influye al iniciar la RCP; igualmente en Hong Kong(Ky Lee P. et al,2015) la mayoría de los médicos tuvo una actitud positiva, el 96% de los encuestados estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que las habilidades de RCP deben actualizarse regularmente. La mayoría de los encuestados también confiaban en realizar RCP dentro de la clínica (88.2%) o en la calle (79.2%).Estos estudios coinciden con los resultados encontrados en la investigación.

Los resultados encontrados confirman nuestra hipótesis de investigación, que indica que las actitudes sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018, son positivas.

Por último, referente a las prácticas los resultados muestran que los médicos tienen prácticas no adecuadas sobre RCP(93, 8%). un 66,2%(43) de los médicos no ha realizado ninguna RCP fuera del Hospital, de todos los médicos que tuvieron experiencia en RCP intrahospitalaria, la mayoría de ellos (93,8%) hicieron RCP en número insuficiente(0-9 RCP) y el 53,8%.tuvieron la autopercepción de no estar aptos para realizar una RCP.Esto podría deberse a que solo el 23,1%(15) de nuestra población laboraba en áreas con mayor exposición a PCR(SOP y Área de Emergencia).

Sin embargo, en un estudio realizado en Nigeria (Olajumoke A. et al,2012) el 35 (53.85%) de los médicos participaron activamente en la reanimación de pacientes, 27 (41.54%) rara vez participaron en la reanimación de pacientes, mientras que 3 (4.62%) nunca participaron en la reanimación de pacientes después de su graduación, de la escuela de

medicina. Así mismo, en el estudio realizado en Nicaragua (Pérez F., 2017); se encontró que el 67%(26)de los médicos habían realizado mayor número de RCP (≥ 10 RCP) dentro del Hospital y estos tenían la autopercepción de estar aptos para realizar RCP.Estos resultados son contrarios al encontrado en la investigación. Pero en lo que coincide el estudio realizado por Pérez con el nuestro, es que la gran mayoría de los médicos no había realizado RCP fuera del Hospital, 67%(26).

Los resultados encontrados confirman nuestra hipótesis nula,lo que apunta a que las prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Avanzado en personal médico del Hospital Regional de Pucallpa,2018,no son adecuadas.

CONCLUSIONES:

1. La mayoría de los entrevistados, son mayores de 40 años(41,5%), con predominio sexo masculino (89,2%), predominaron los médicos generales(44,6%), entre especialistas predominó Gineco-obstetricia (12,3%), en relación a las áreas, predominó Cirugía (30,8%), la mayoría presentó mayor experiencia clínica (66,2%)y demostraron poca experiencia en emergencia (63,1%). Además, la mayoría reportó haber recibido entrenamiento que lo hicieron sobre todo entre el 2010- 2014 y certificación en soporte vital otorgado en ese mismo periodo.

2. El 100% del personal médico del Hospital Regional de Pucallpa tienen un nivel bajo de conocimiento sobre RCP Avanzado. El promedio obtenido por todo el grupo fue de 8.1 puntos. El mayor rendimiento lo mostraron los especialistas en anestesiología que laboraban en sala de operaciones, igualmente lograron mayor rendimiento los que tuvieron más años de experiencia Clínica (≥ 11 años); igualmente en aquellos médicos que presentaron años de experiencia en Emergencias entre 1-5 años en los últimos años; de modo similar tuvieron mayor rendimiento los que afirmaron tener un entrenamiento en Soporte vital básico- avanzado recibido en los últimos tres años.

3. De los médicos encuestados la mayoría de ellos tienen actitudes positivas sobre RCP, y la mayoría de ellos afirman que los resultados obtenidos en una RCP dependen de la calidad de conocimiento y experiencia; así como la mayoría de ellos reconoció la importancia de estar actualizado al respecto; demostrándose también actitudes positivas pero en menor porcentaje en los demás ítems.

4. La mayoría de los médicos presentaron prácticas no adecuadas sobre RCP(93,8%), la mayoría de ellos no ha realizado ninguna RCP fuera del Hospital; todos los médicos tuvieron experiencia en RCP intrahospitalaria, pero la mayoría de estos(93,8%)hicieron RCP en número insuficiente.

RECOMENDACIONES:

1. Incluir la RCP como parte del plan de estudios de nuestra Escuela de Medicina y realizar una mayor exposición clínica a situaciones de reanimación, con la finalidad de tener una buena base en conocimiento y habilidades desde el pregrado.
2. Fortalecer las enseñanzas en las instituciones Hospitalarias, con capacitaciones de acuerdo a los protocolos estandarizados en RCP, sobre todo el básico.
3. Realizar simulacros de paro en diferentes áreas críticas de forma más periódica para incitar al personal a mejorar el nivel de atención de RCP, sobre todo el básico.
4. Solicitar certificado válido en RCP como requisito para acceder a un puesto de trabajo a todo el personal de salud más aún si es en áreas críticas.
5. A las instituciones hacer que la asistencia al programa de capacitación en RCP sea obligatoria para todo el personal de salud.
6. Con el objetivo de tener conclusiones más significativas es importante promover nuevos estudios en lo posibles multicéntricos y con mayor número de participantes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cardiopatías y género. Bibliomed [Internet]. 2017 Ene [citado Día Mes Año];24(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/12/bibliomed-enero-2017.pdf>.(1)
2. Vigo Ramos,J. Muerte súbita cardíaca: la importancia de la desfibrilación temprana y la resucitación cardiopulmonar. CorSalud [Internet]. 2014 [Consultado 22 Nov 2017]; 6(47). Disponible en: <http://www.cardiovcl.sld.cu/corsalud/2014/v6s1a14/rcp.pdf>
3. Sonia Escudero Vidal.Paró cardíaco y reanimación según reporte utstein.Actas peru anesthesiología. [Internet].2011[Consultado 12 DIC 2017];19:48-58. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas_anestesiologia/v19n2/pdf/a02v19n2.pdf
4. Olga Del Pilar Huaccha Pastor.Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en estudiantes de medicina según la actualización 2015 de la guía de reanimación cardiopulmonar de la asociación americana del corazón. [tesis].Trujillo:Universidad Nacional de Trujillo;2017. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9594/HuacchaPastor_O.pdf?sequence=1
5. Humberto Flisfisch Y et al.Actualización en paro cardiorespiratorio y resucitación cardiopulmonar. Rev. Medicina y Humanidades [Internet].2014 [citado 12 nov 2017];6(1):29-30. Disponible en: http://medicinayhumanidades.cl/ediciones/2014/numero_unico/05_ACTUALIZACION%20EN%20PCR_RESUCITACION.pdf.
6. American Heart Association. Resumen de estadísticas de 2017 Enfermedad del corazón y ataque cerebral. [Internet]. [Consultado 12 DIC 2017]. Disponible en:

- http://www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_491392.pdf
7. Congreso de la república. Comisión de Salud y Poblacion, periodo anual de sesiones 2014-2015. [Internet]. Perú. [Consultado 28 Dic 2017]. Disponible en:[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/32CC960C1BBC558D05257D9300608ECD/\\$FILE/SALUD_27872013PE_Txt.Fav.Sust.Mayor%C3%ADa.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/32CC960C1BBC558D05257D9300608ECD/$FILE/SALUD_27872013PE_Txt.Fav.Sust.Mayor%C3%ADa.pdf).
 8. Sonia Escudero Vidal. Paro cardiaco y reanimación según reporte utstein. Actas peru anestesiología. [Internet]. 2011 [Consultado 12 DIC 2017]; 19:48-58. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas_anestesiologia/v19n2/pdf/a02v19n2.pdf
 9. Valdez Huarcaya et al. Análisis de situación de salud del Perú [Internet]. Lima; 2013 [mayo 2018]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
 10. Congreso de la república. Comisión de Salud y Población, periodo anual de sesiones 2014-2015. [Internet]. Perú. [Consultado 28 Dic 2017]. Disponible en:[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/32CC960C1BBC558D05257D9300608ECD/\\$FILE/SALUD_27872013PE_Txt.Fav.Sust.Mayor%C3%ADa.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/32CC960C1BBC558D05257D9300608ECD/$FILE/SALUD_27872013PE_Txt.Fav.Sust.Mayor%C3%ADa.pdf).
 11. Diariomedico. [Internet]. Lima: Diariomedico; 2015 [consultado 22 nov 2017]. URL disponible en: <http://www.diariomedico.pe/?p=8335>
 12. Minsa. Minsa promueve estilos de vida saludable para prevenir problemas cardiovasculares. [Internet]. Peru; 29 de septiembre del 2016 [Consultado 8 nov 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=20847>
 13. Aranzábal-Alegria G. et al. Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú. rev colomb anestesiol [Internet]. 2017 [citado 14 Nov 2017]; 45(2):114–121. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334717300047#!>
 14. Gloria Janet Romualdo Quillahuaman. Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal de salud del Policlínico Fiori – EsSalud. SMP – Lima. 2015 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

- [citado 2017 Nov 20]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5136/1/Romualdo_Quillah_uaman_Gloria_Janet_2015.pdf
15. Indira Gisella Reyes Moran. Nivel de conocimientos del profesional de salud sobre reanimación cardiopulmonar básico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal Lima - Perú 2016. [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5911/1/Reyes_mi.pdf
 16. Girma, Bedilu & Goshu Eyayalem, Melese & Melese Kidest, Getu. Assessment of knowledge, attitude and associated factors of cardiopulmonary resuscitation among anesthetists working in governmental and private hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: Institutional based cross-sectional study. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*. [Internet]. 2017[mayo 2018]; 9. 17-21. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/315954886_Assessment_of_knowledge_attitude_and_associated_factors_of_cardiopulmonary_resuscitation_among_anesthetists_working_in_governmental_and_private_hospitals_in_Addis_Ababa_Ethiopia_Institutional_based_cr
 17. Olajumoke T, Afolayan J, Raji S, Adekunle M. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR - CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICAS EN EL ESTADO OSUN, NIGERIA. *Revista del Colegio de Cirujanos de África Occidental* [Internet]. 2012[mayo 2018]; 2 (2): 23-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4767296/>
 18. KY Lee P. et al. Attitudes and confidence towards cardiopulmonary resuscitation and use of the automated external defibrillator among family physicians in Hong Kong. *The journal of the Hong Kong College of Family Physicians* [Internet]. 2015[mayo 2018]; 37(3). Disponible en: http://www.hkcfp.org.hk/Upload/HK_Practitioner/2015/hkp2015vol37sep/original_article.html
 19. Becerra falconí D. et al. valoración de los conocimientos y actitudes de reanimación cardiopulmonar en el personal de emergencia del Hospital San Francisco de Quito y del hospital IESS Ibarra, 2017. [tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2018. [citado 2018 mayo 22]. Disponible

en:<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14763/TESIS%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. López-González Aldo y et al. Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica y avanzada de adultos de médicos residentes de un hospital de tercer nivel en Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [Internet] 2017[28 dic 2017];15(1). Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n1/1812-9528-iics-15-01-00063.pdf>
21. Pérez Fernández Freddy J. Conocimientos del personal médico sobre resucitación cardiopulmonar avanzado en área de choque, sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero a febrero del 2017. 2017[Internet] [citado 10 Feb 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4588/1/96839.pdf>
22. Yusmani Ilario Martínez Llópiz, Carlos Fernández Mesa. Conocimientos en reanimación cardiopulmonar en Servicio de Medicina Interna, escenario de los Carros de Paro [Internet]. 2016 [citado 10 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/109/78>
23. Ramirez Caballeros R. Conocimientos y actitudes sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) en residentes de Pediatría del Hospital Roosevelt Durante noviembre de 2012 [tesis]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar;2013. [citado 2018 mayo 22]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/03/Ramirez-Rodolfo.pdf>
24. Luis Ernesto Balcázar et al. Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. Rev Esp Méd Quir 2015;20(2):248-255. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/473/47345917021.pdf>
25. Sánchez García, Ana et al. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Enferm. glob [Internet]. 2015[citado 14 Nov 2017];14 (39). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/administracion3.pdf>
26. Tiscar González V. et al, Cuestionario sobre conocimientos y actitud de enfermería ante la parada cardiorrespiratoria. Creación y grupo piloto. Nure Inv.[Internet].

- 2015[citado 14 Nov 2017]; 12(77):2-3. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/680>
27. Gorion Peramat E. [Internet].Madrid:signosvital20; [consultado 20 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://signosvital20.com/analisis-de-las-nuevas-guias-aha-y-erc-2015-soporte-vital-avanzado-en-el-adulto-1a-parte/>
28. AHA [Internet].US: American Heart Association. [citado 20 noviembre 2017]. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-7-adult-advanced-cardiovascular-life-support/>

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre reanimación cardiopulmonar avanzado en el Hospital Regional de Pucallpa, 2018.

I. Datos Generales:

Por favor, responda las preguntas abiertas y marque la respuesta que crea correcta en las preguntas de selección múltiple. Sólo una respuesta por pregunta.

1. N°. de ficha: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: a) Femenino b) Masculino
4. Tipo de médico: a) Especialista b) Residente c) General
5. Especialidad Medica: _____
6. Área donde trabaja:
 - a) Área de emergencia
 - b) Sala de operaciones
 - c) Unidad de Cuidados Intensivos
 - d) Área de medicina
 - e) Área de ginecoobstetricia
 - f) Área de cirugía
7. Especifique el estado actual de certificación y año en que lo obtuvo:
 - a) Soporte vital básico (SVB): _____

- b) Soporte vital cardiovascular avanzado (SVCA):_____
 - c) Soporte vital pediátrico avanzado (SVPA):_____
 - d) Soporte vital avanzado en trauma (SVAT):_____
 - e) Ninguno
8. Diga los años de experiencia laboral clínica:_____
9. Diga los años de experiencia laboral de urgencias:_____
10. Diga si ha recibido entrenamiento en Soporte Vital y el año en que lo recibió:
- a) Básico (SVB):_____
 - b) Avanzado (SVA):_____
 - c) Primeros auxilios:_____
 - d) Otros (especificar):_____
 - e) Ninguno

II. Conocimientos:

Por favor, marque la respuesta que crea correcta. Sólo una respuesta por pregunta.

11. Cuál es el primer paso a realizar ante un paciente que se observa tumbado en el piso.
- a. Pongo en marcha la secuencia de pasos.
 - b. Evalué si la víctima responde y compruebo si respira.
 - c. Activo el sistema de emergencia Médicas.
 - d. Inicio las compresiones.
12. Cuáles son los pasos de la cadena de sobrevivencia
- a. Reconocimiento inmediato del paro cardiorrespiratorio y activación del sistema de respuesta – compresiones – desfibrilador – soporte vital avanzado –cuidados integrales
 - b. Reconocimiento inmediato del paro cardiorrespiratorio y activación del sistema de respuesta – verificar vía aérea – compresiones – soporte vital avanzado – desfibrilador – cuidados integrales
 - c. Vía aérea – compresiones – ventilación - elevación frente mentón – llamar a un salvavidas.
 - d. Vía aérea - Compresiones – ventilaciones – DEA - Reconocimiento inmediato del paro cardiorrespiratorio y activación del sistema de respuesta
13. ¿Cuál es la secuencia correcta de los pasos de SVB, según Las Guías de la AHA de 2015?

- a. A-B-C [Airway, Breathing, Chest compressions (vía aérea, respiración, compresiones torácicas)].
 - b. C-A-B [Chest compressions, Airway, Breathing (compresiones torácicas, vía aérea, respiración)].
 - c. C-B-A [Chest compressions, Breathing, Airway (compresiones torácicas, respiración, vía aérea)].
 - d. B-C-A [Breathing, Chest compressions, Airway (compresiones torácicas, respiración, vía aérea)].
14. Las compresiones que se deben de realizar por minutos son:
- a. Más de 100 por minuto.
 - b. Al menos 100 a 120 por minuto.
 - c. mínimo 100 por minuto.
 - d. Menos de 100 por minutos.
- 15.Cuál de los siguientes ritmos cardiacos no pertenece los ritmos propios del paro cardiorrespiratorio
- a. Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP) .
 - b. Asistolia
 - c. Actividad eléctrica sin pulso
 - d. Fibrilación auricular.
16. Para aplicar una RCP básica de alta calidad, según las nuevas recomendaciones deberemos: (indica la incorrecta)
- a. Permitir una descompresión torácica completa después de cada compresión.
 - b. La profundidad de las compresiones debe ser al menos, 5 cm, en adultos.
 - c. Reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones torácicas.
 - d. Comprimir con una frecuencia menor de 100 cpm.
17. ¿Cuál es el fármaco que se da apropiadamente en la actividad eléctrica sin pulso?
- a. Atropina 0,5 mg
 - b. Atropina 1 mg
 - c. Adrenalina 1 mg 1/10 000
 - d. Adrenalina 1 mg 1/1 000
 - e. No lo sé
- 18.¿Cuál es la vía ideal de administración de Adrenalina durante el paro cardiaco?

- a. IV
 - b. IM
 - c. Intracardiaco
 - d. Sub cutáneo
 - e. No lo sé
19. ¿Qué fármaco no se utiliza en SVB para revivir un paro cardiaco?
- a. Atropina
 - b. Adrenalina
 - c. Amiodarona
 - d. Vasopresina
 - e. No lo sé
20. En caso de pacientes que presenta una adicción (conocida o sospechada a sustancias opiáceas y que no respondan, que no respiren normalmente pero que tenga pulso sería razonable:
- a. Administrar naloxona por vía intramuscular o intranasal.
 - b. Prestar soporte vital básico.
 - c. La respuesta a y c son verdaderas
 - d. Ninguna
21. ¿Qué error es común y a veces mortal durante el tratamiento de un paro cardiaco?
- a. No obtener acceso vascular
 - b. Periodos prolongados sin ventilaciones
 - c. No realizar intubación endotraqueal
 - d. Interrupciones prolongadas de las compresiones torácicas.
22. ¿Qué acción forma parte de unas compresiones torácicas de alta calidad?
- a. Garantizar una descompresión torácica completa.
 - b. Administrar compresiones torácicas sin ventilación
 - c. Administrar entre 60 y 100 compresiones por minuto con una relación de 15:2
 - d. Administrar compresiones continuas con una profundidad de 3,75 cm.
23. ¿Cuál es la situación que mejor describe la actividad eléctrica sin pulso?
- a. Asistolia sin pulso
 - b. Ritmo sinusal normal pero sin pulso palpable
 - c. Torsades de pointes con pulso

- d. Taquicardia ventricular con pulso.
24. ¿Cuál es la mejor estrategia para realizar RCP de alta calidad en un paciente con un dispositivo avanzado para la vía aérea?
- Administrar compresiones y ventilaciones con una relación de 15:2
 - Administrar compresiones y ventilaciones con una relación de 30:2
 - Administrar una sola ventilación cada 6 segundos durante la pausa de las compresiones.
 - Administrar una sola ventilación cada 6-8 segundos durante la pausa de las compresiones.
25. . El uso de la capnografía en pacientes intubados.
- Permite supervisar la calidad de la RCP.
 - Mide los niveles de oxígeno en los alveolos
 - Determina el nivel del dióxido de carbono inspirado en relación con el gasto cardiaco.
 - Detecta las anomalías electrolíticas tempranamente durante el manejo del código.
26. ¿Qué práctica es segura y eficaz en la secuencia de desfibrilación?
- Detener las compresiones torácicas cuando se carga el desfibrilador.
 - Asegurarse que no circula oxígeno sobre el tórax del paciente durante la descarga.
 - Determinar la presencia de pulso inmediatamente después de la descarga.
 - Anunciar de forma imperativa “despejen” después de administrar la carga con el desfibrilador.
27. ¿Qué fármaco y en que dosis está recomendado para tratar a un paciente con fibrilación ventricular persistente?
- 2 mg de atropina
 - 300 mg. de amiodarona.
 - 1 mg/kg de vasopresina
 - 2 mg/kg por minuto de dopamina.
28. Un paciente con insuficiencia respiratoria está apneico, pero sigue teniendo pulso fuerte. La frecuencia cardiaca desciende súbitamente a 30 lpm. ¿Qué intervención tiene mayor prioridad?
- Bolo iv de atropina
 - Infusión iv de adrenalina

- c. Aplicación de marcapasos transcutáneo.
 - d. Maniobras simples de vía aérea y ventilación asistida.
29. ¿Cuál es el método más fiable de confirmación y monitorización de la localización correcta de un tubo endotraqueal?
- a. Auscultación de 5 puntos.
 - b. Capnografía colorimétrica
 - c. Capnografía continua
 - d. Uso de detectores esofágicos.
30. Si disponemos de un monitor-desfibrilador manual, la monitorización inicial de la actividad cardiaca en un paciente que acaba de padecer un PCR presenciado debe realizarse de la siguiente forma:
- a. Encender el monitor desfibrilador, seleccionar la derivación II y monitorización con palas.
 - b. Encender el monitor desfibrilador, seleccionar la derivación II y monitorización con electrodos adhesivos colocados en el tórax.
 - c. Encender el monitor desfibrilador, seleccionar la derivación II y monitorización con electrodos adhesivos colocados en los miembros.
 - d. Realizar ECG de 12 derivaciones.

Valore cada ítems de 1 al 5, marcando con una "X" donde:

- 5: Muy de acuerdo.
- 4: De acuerdo.
- 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 2: En desacuerdo.
- 1: Muy en desacuerdo.

No.	Ítems	5	4	3	2	1
31	Considera que tiene la preparación suficiente para llevar a cabo una RCP.					
32	Considera que conoce el protocolo del hospital para realizar una RCP.					
33	Considera que es responsabilidad personal estar preparado para poder realizar una RCP.					
34	Considera que es responsabilidad del hospital ofrecerle entrenamiento para poder realizar una RCP.					
35	Considera fuera del hospital también tiene la obligación de realizar una RCP, en caso necesario.					

36	Cree que los resultados de la RCP dependen de la calidad de su conocimiento y experiencia en RCP.					
37	Considera que es importante estar actualizado en RCP.					

38. Diga cuantas RCP ha realizado fuera del hospital: _____

39. Diga cuantas RCP ha realizado en el hospital: _____

40. Cuál es su autopercepción para realizar una RCP:

a. Apto.

b. No apto.