



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

**“ADHERENCIA DE LAS ENFERMERAS A LA GUIA
CLINICA DE REANIMACION CARDIOPULMONAR EN
PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO EN LAS
AREAS CRITICAS COVID 19 EN UN HOSPITAL
NACIONAL DE CUSCO – 2022”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS
INTENSIVOS**

AUTOR:

**LIC. ZAMATA DURAN, MARICELA
<https://orcid.org/0000-0002-2656-3501>**

ASESOR:

**MG. PURIZACA CURO, ROXANA MARISEL
<https://orcid.org/0000-0002-9989-6972>**

LIMA – PERÚ

2022.

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **Zamata Duran, Maricela**, con DNI **47798628**, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **Título de especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos** (grado o título profesional que corresponda) de título **“adherencia de las enfermeras a la guía clínica de reanimación cardiopulmonar en pacientes con paro cardiorespiratorio en las áreas críticas covid 19 en un hospital nacional de cusco – 2022”** **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de **18%** y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de noviembre del año 2022.



Zamata Duran, Maricela
DNI: 47798628



Purizaca Curo, Roxana Marisel
DNI: 02894992

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación

¹ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

5. Porcentaje de similitud

INFORME DE ORIGINALIDAD - TURNITIN

ZAMATA_DURAN,_MARICELA_TRABAJO_ACADEMICO.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

18% INDICE DE SIMILITUD	18% FUENTES DE INTERNET	2% PUBLICACIONES	7% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	idoc.pub Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.udec.cl Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Santiago de Cali Trabajo del estudiante	1%

10	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1 %
11	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad de las Islas Baleares Trabajo del estudiante	1 %
13	www.enfermeria2017.sld.cu Fuente de Internet	1 %
14	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1 %
15	repositorio.udes.edu.co Fuente de Internet	1 %
16	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT	4
I. INTRODUCCION.....	5
II. MATERIALES Y METODOS.....	15
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	20
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.	22
ANEXOS	27

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION	28
ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO	36
ANEXO D. HOJA DE INFORME DE SIMILITUD.....	42

RESUMEN

Objetivo: Determinar la adherencia de las enfermeras a la guía de reanimación cardiopulmonar en paro cardiorrespiratorio en las áreas críticas COVID-19 de un hospital nacional de cusco 2022, **Material y método:** La presente investigación cuenta con enfoque cuantitativo, El diseño metodológico de la investigación es no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal. Las unidades muestrales estarán constituidas por 70 enfermeras asistenciales que tienen una antigüedad mínima de 18 meses laborando en las áreas críticas COVID-19 de un hospital nacional, El instrumento para la recolección de datos será el cuestionario: Comprende de enunciados mencionados a una serie de acciones que han sido elegidas en respuesta a los indicadores; está establecido por 20 ítems, de la siguiente manera: primera parte hace referencia a la presentación, la segunda parte referido a los datos generales, la tercera parte constituido por los ítems de las preguntas específicas referidos sobre la reanimación cardiopulmonar del adulto, **Resultados:** los resultados serán presentados en gráficos y tablas estadísticos, utilizando las medidas de tendencia central para el análisis cuantitativo. **Conclusiones:** la presente investigación brindará datos que contribuirán a la implementación de la adherencia de las enfermeras a la guía clínica de reanimación cardiopulmonar.

Palabras claves: (adherencia y cumplimiento terapéutico, Guía de Práctica Clínica, enfermeras, Paro Cardíaco, COVID 19) **(DeCs)**.

ABSTRACT

Objective: To determine the adherence of nurses to the cardiopulmonary resuscitation guide in cardiorespiratory arrest in the COVID-19 critical areas of a national hospital in Cusco 2022, **Material and method:** This research has a quantitative approach, The methodological design of the research It is non-experimental at a descriptive and cross-sectional level. The sample units will be made up of 70 care nurses who have been working in critical COVID-19 areas of a national hospital for a minimum of 18 months. The instrument for data collection will be the questionnaire: It contains statements referring to a series of activities that have been selected in response to the indicators; It is made up of 20 items, as follows: the first part refers to the presentation, the second part refers to the general data, the third part consists of the items of the specific questions referred to basic adult cardiopulmonary resuscitation, **Results :** the results will be presented in tables and statistical graphs, using the measures of central tendency for the quantitative analysis. **Conclusions:** the research will provide data that will contribute to the implementation of nurses' adherence to clinical guidelines for cardiopulmonary resuscitation.

Keywords: (adherence and therapeutic compliance, Clinical Practice Guideline, nurses, Cardiac Arrest, COVID 19) **(Decs)**.

I. INTRODUCCIÓN

En España, patrocinado por la Asociación española se han realizado diversos estudios referente el cumplimiento terapéutico (M.A. Paya, 1986; J.C. Pechere, 1993); similares investigaciones también se desarrollaron en la India, Israel, Estados Unidos y Arabia Saudita. La adherencia, considerada una forma de conducta en la salud, tiene que estar intrínsecamente relacionada con la motivación y los valores generales de salud; de igual manera, también estará cualificada por la vulnerabilidad percibida o por la experimentación de riesgo, así como por la utilidad de adherirse al tratamiento, la autoeficacia y la consideración de la severidad de la propia enfermedad. Como plantean Fishbein & Ajzen, 1980. “La importancia de las creencias como factores moduladores importantes en la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones médicas y/o de salud” (1).

Se considera que más del 20% de los medicamentos, son indicados en adultos mayores de 60 años, pero aproximadamente más del 40% de ellos no continúan la terapia prescrita por el profesional médico a cargo esto especialmente es de riesgo si consideramos que más del 70% de los pacientes adultos mayores enferman al menos una dolencia crónica que amerite medicación, La no-adherencia es un fenómeno a nivel mundial de fatales consecuencias; pérdida del registro de la enfermedad, incrementados montos en el sistema de salud por aumento en ingresos y reintrosos nosocomiales, mayores gastos familiares, pérdida de calidad de vida, etc (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), que explica la adherencia como “el nivel de la conducta de los usuarios: consumir su terapia indicada por su médico, continuar un régimen alimentario y realizar variación del estilo de vida, se corresponden con las sugerencias encomendadas de un personal asistencial”. Estos dos conceptos contemplan que la adherencia no solo implica la toma de los fármacos según la indicación médica, sino también el cumplimiento de otras

sugerencias tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras. (3).

La parada cardiorrespiratoria es causante primordialmente de afecciones cardíacas, como la extensión eléctrica en más del 75% de los pacientes y la falla mecánica en más del 15%. Son causas sumadas al shock hiperdinámicos o las variaciones de la ventilación. No obstante el corazón y los pulmones pueden fallar en primer lugar, los dos fenómenos pueden estar relacionados. La disfunción eléctrica es el mecanismo más frecuente de muerte súbita cardíaca, representando la fibrilación ventricular el ritmo principal en el parada cardiorrespiratorio prehospitalario hasta el (70%). En la fibrilación ventricular (FV) la disminución de la contracción global coordinada del miocardio ventricular lleva la pérdida inmediata del gasto cardíaco eficaz, produciéndose una parada circulatoria (4).

Se excluye el uso de los protocolos “Ver, escuchar y sentir la respiración” así garantizar la duración de asistencia del paro. Se instauran sugerencias para una RCP de elevada calidad (compresiones con frecuencia y profundidad adecuada, proporcionando una total reexpansión entre compresión y compresión y disminuir al mínimo los intervalos en las compresiones, eludiendo la desmesurada ventilación). En estos términos en las Guías 2010 se debe dar inicio con compresiones torácicas previa administración de la ventilación de auxilio (C-A-B en vez de A-B-C) (5).

Se aprecia que en los EE. UU. El número de usuarios que son atendidos durante el año por esta causa se encuentran entre 370 mil a 700 mil. En España no se conoce el número de muertos súbitamente que amerite Reanimación Cardiopulmonar Cerebral RCPC, aunque la cantidad estimada supera a los 17 mil pacientes y en Canadá son atendidos por esta razón más de 38 mil cada año en un país con una población cercana a los 35 millones El paro cardio respiratorio sin duda es una urgencia médica grave Los que se manifiestan intrahospitalariamente, demandan un seria dificultades de salud, comunitario, saludable y económico de gran impacto, informes internacional estiman que menos del 5% de los pacientes admitidos y

hasta más del 20 % de las fallecimientos requieren técnicas de (RCPC), una parte de estas reanimaciones se ocasionan fuera de los servicios de cuidados intensivos y a la fecha en el mejor de los eventos, solo uno de cada seis usuarios asistidos sobrevivirá y lograran ser dados de alta (6).

De esta manera, ante un paro cardiorrespiratorio, la correcta aplicación de los tratamientos se traduce como el éxito en la disminución en la mortalidad y morbilidad, todo está relacionado directamente con la forma, los tiempos y el orden en el que se inician las maniobras de resucitación. Es así como, en un paro cardiaco presenciado, el tiempo en el que se aplica y el retraso de la reanimación cardiopulmonar está en relación directa con el aumento de la tasa de mortalidad de paciente, este tema se aplica particularmente en situaciones de un paro cardiopulmonar por alguna arritmia que demanda desfibrilación ventricular (7).

Entre los diagnósticos propios del paro cardiaco que se manifiestan están los esfuerzos respiratorios escasos, la falta de pulso, la respiración agónica o el jadeo. No obstante, la ausencia de pulso carotideo o femoral es un criterio del diagnóstico fundamental, que el profesional de salud conoce; por otro lado, la palpación de dicho pulso no se aconseja actualmente que sea aplicado por personas que carecen de la formación médica. La parada respiratoria primaria se reconoce al encontrar el estridor grave con persistencia de pulso o la ausencia de esfuerzos respiratorios, potencialmente como inductora de una parada cardíaca en un lapso de tiempo corto. El procedimiento aplicable inicialmente, en esta circunstancia, incluye la exploración orofaríngea, la cual se realiza en busca de posibles cuerpos extraños, posterior a esto se aplica la maniobra de Heimlich, la cual consiste en colocar los brazos alrededor de la persona afectada, desde atrás, aplicando fuerte presión en la parte superior del abdomen, con los puños cerrados, sobre todo en un contexto en el que sea probable la aspiración (8).

Por otro lado, en nuestro país se diseñaron variedad de estudios que tienen el objetivo de calcular la preparación del personal de salud y evaluar los comportamientos del PCR, con el fin de buscar métodos para enfrentarla (9).

Estos paros cardíacos exhiben varias peculiaridades que se relacionan con los PC no monitoreados (intrahospitalarios o extrahospitalarios), ya que emergen en un entorno particular, en términos personales y materiales. En el presente trabajo de investigación se manejan los PC que suceden en el quirófano, de los cuales se excluyen los que pueden darse en la sala de recuperación posquirúrgica o en el área de hospitalización, debido a que las condiciones del diagnóstico, las condiciones de reanimación y las causas cambian con frecuencia. De igual manera, los PC que emergen en los servicios de reanimación tienden a los que se dan en el centro quirúrgico, esto términos de tratamiento y diagnóstico. El PSQ, denominado “Paro Cardíaco en Quirófano”, Son situaciones muy dramáticas, las cuales son temidas por cualquier reanimador anestesista, esto a pesar de que tenga un protocolo de tratamiento estandarizado y que su aparición se dé excepcionalmente (10).

Por su parte, la “American Heart Asociación”, en 1973, en su publicación sobre el RCP, describió las pautas iniciales que posteriormente fueron aplicadas y divulgadas a nivel nacional. Más adelante, en 1992, se fundó el Comité Internacional de Coordinación en Resucitación, ILCOR por sus siglas en inglés, en los cinco continentes. En los múltiples estudios que se realizaron a nivel mundial se investigó sobre el grado de conocimientos sobre RCP de los trabajadores de la salud, en los mismos es donde se demuestra que el nivel de conocimiento es inferior a lo establecido, de igual manera es inadecuado para otorgar una atención de calidad al paciente en PCR. En otros países también se desarrollaron estos estudios y los resultados fueron insatisfactorios.(11)

El pronóstico es malo de forma invariable en pacientes en coma con ausencia de reflejos pupilares o corneales o ausencia de respuestas motoras extensoras a los 3 días tras la parada cardíaca. Los pacientes con un estatus epiléptico mioclónico durante el primer día tras la parada cardíaca presentan un peor pronóstico (12).

Para iniciar el soporte vital, el “SV” debe iniciarse siempre ante toda parada cardiorrespiratoria (PCR), excepto cuando se detecte alguna de las siguientes

situaciones: Cuando al aplicar las maniobras de soporte vital produzca situaciones de lesión o riesgo de muerte en el reanimador. Si se trata de un paciente en estado terminal de una enfermedad incurable. Si se evidencia justificación del propio paciente, como testamentos, voluntades anticipadas, etc. o justificación escrita del médico tratante, todo con el fin de no realizar el soporte vital. En su defecto se puede presentar una orden bien documentada de «no ejercer reanimación cardiopulmonar (RCP) (13) .

En el manejo del PCP o paro cardiopulmonar, como indican López Messa, Herrero Ansola, Pérez Vela, & Martín Hernández. Las víctimas de un súbito paro cardiorespiratorio se conectan con la supervivencia. Esto representa la cadena de supervivencia, la cual fue utilizada hace casi 25 años por primera vez. Es así que dicha cadena de supervivencia sintetiza las uniones vitales necesarias para una resucitación exitosa. Las siguientes son acciones para tomar en cuenta: A la identificación precoz de la situación de urgencia y activación de los Sistemas de Emergencia Médicos (SEM). B. Reanimación Cardiopulmonar precoz. C. Desfibrilación precoz. D. Soporte Vital Avanzado (SVA). E. Cuidados post-reanimación (14).

En desfibriladores bifásicos con onda rectilínea o exponencial truncada, la energía inicial recomendada será de un mínimo de 150 J, mientras que para los que utilicen onda bifásica pulsada será de 120-150 J. Es muy importante, para evitar demoras y errores, la familiarización con el desfibrilador que se vaya a usar. No hay que detener las compresiones durante la carga del desfibrilador y hay que minimizar la pausa entre el cese de las compresiones torácicas y la aplicación de la descarga (pausa pre descarga); un retraso de incluso reducirá las probabilidades de que la descarga tenga éxito. Tras la descarga, sin comprobar el ritmo en la pantalla del monitor, inmediatamente, continúe las presiones torácicas y las ventilaciones La desfibrilación es una de las pocas participaciones que han evidenciado para garantizar el desenlace de los usuarios que padecen un PCR por fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular(15).

cardioversión manual dispositivo que proporciona suministrar descargas eléctricas y que requiere ser maniobrado por un personal capacitado. Consta de un aparato computarizado con pantalla que reconoce las anomalías rítmicas pero no las interpreta, de forma que el reconocimiento del ritmo cardíaco, la elección de la cantidad de potencia, la carga y la descarga de dicha dosificación deben ser determinada por el personal a cargo de la desfibrilación y el manejo (16). Factores Operativos: duración postura (anterolateral izquierda y antero posterior, Nivel de potencia (200;300 y 360 Joules), tanta la parte del ABCD envía usted 3 descargas sucesivas, una seguida de la otra, sin realizar RCP entre una descarga y la siguiente. No descuidar tiempo explorando si hay pulso (17).

Según la OMS define en el 2004 a la adherencia como el límite en que la conducta de un individuo corresponde con las sugerencias determinadas de un prestador de atención sanitaria, en relación con ingerir la prescripción médica dada, el seguimiento de una dieta o la corrección de estilos de vida, Este sentido destaca la intervención activa del usuario como el compromiso del personal sanitario para instaurar una comunicación que permita la toma y decisiones compartidas (18).

Las áreas críticas hospitalarias son aquellas donde se debe y es probable una mejor atención del paciente crítico, por la solidificación y requerimiento de personal y equipos biomédicos para así garantizar sostén a la función de órganos vitales, sea esta deficiencia producida por la enfermedad del usuario, o por la acciones diagnóstica o terapéutica (19).

De igual forma, el COVID-19, en diciembre de 2019 aparecieron los primeros casos de una neumonía que parecía viral en Wuhan, China. Posteriormente, se identificó el agente causal, el coronavirus SARS-CoV-2 (de Severe Acute Respiratory Syndrome) denominándose a la enfermedad COVID-19 (de Coronavirus Infectious Disease). Seis meses después, el SARS CoV-2 se había extendido a casi todos los países del mundo, infectando a más de 10 millones de personas, causando crisis sanitaria y económica mundial sin precedentes. La característica principal que ha facilitado que el SARS CoV-2 haya provocado una pandemia de rápida expansión

y difícil control es, entre otros factores, su rápida diseminación, sobre todo por gotas y contacto, causada en parte por el alto porcentaje de pacientes asintomáticos y presintomáticos con una elevada capacidad de transmitir la infección, que limitan la eficacia de las estrategias estándar de control basadas principalmente en la identificación y aislamiento de casos sintomáticos y sus contactos (20).

Álvarez, et al (21). 2021 en Ecuador, en su estudio titulado: “Gestión de enfermería en reanimación cardiopulmonar solo con las manos”. El enfoque fue cuantitativo. Tuvo un diseño descriptivo, correlacional, comparativo y de corte transversal. La muestra fue constituida por 75 personas, donde se aplicó una herramienta tipo cuestionario, el cual fue validado. Se obtuvieron los siguientes resultados: De los 75 participantes que se evaluaron, 9 de ellos (12 %), eran del sexo masculinos, y 66 de ellos (88%), de sexo femenino. En cuanto al nivel de educación, del total de entrevistados, 57 de ellos (76%), lograron el bachillerato, 61 de ellos (81%), fueron estudiantes de diversas especialidades. Por otro lado, en cuanto a características personales del total de entrevistados, 42 de ellos (56%), viven en el área urbana; 65 de ellos (86%), ejercen la religión católica; 51 entrevistados (68%), cuentan con oficio definido; 50 entrevistados (67%) se encontraban solteros, y finalmente 18 de ellos (24%), registraron contar con un conocido o familiar que falleció por paro cardíaco.

Julio y colaboradores, (22). 2019 En Cúcuta en su estudio titulado: “Nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar básica en estudiantes de enfermería de una institución de educación superior Cúcuta, 2019”. Su enfoque fue descriptivo, con corte transversal. Donde se midió el grado de comprensión, con una herramienta esbozada para dicho fin, que consto de 26 preguntas, la muestra elegida será la totalidad de la población, la que corresponde a todos los estudiantes de 8vo, 9no y 10mo ciclo de la universidad de Santander de la carrera de enfermería, los cuales participan de forma voluntaria y sincera en la encuesta que se realizará. Los resultados evidenciaron que: Los ítems donde se manifiesta un mayor dominio son los ítems 10 y 12, ya que estos 2 ítems tuvieron un alto porcentaje de acierto,

con cantidades de 93,2% y 96,6%, respectivamente; en contraste, el ítem 11, solo obtuvo un 22%, donde se respondió de manera acertada a la interrogante dada, con lo cual se dedujo que los estudiantes no se encuentran capacitados ni actualizados sobre las variaciones en el orden de la ejecución efectiva de las maniobras.

Zamora (23). 2017, Guatemala, en su trabajo titulado: “Conocimientos básicos y actitudes sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en personal de salud. Hospital Materno Infantil Juan Pablo II, Guatemala, agosto 2017”, el cual tuvo por objetivo evaluar los conocimientos básicos y actitudes sobre reanimación cardiopulmonar (RCP), en personal de salud del Hospital Materno-Infantil Juan Pablo II. La metodología empleada fue descriptiva y transversal. De acuerdo a los materiales y métodos requeridos se hizo uso de un cuestionario valorando los conocimientos sobre Reanimación cardiopulmonar que constaba de 20 preguntas de múltiples opciones y las actitudes a través de un test de 14 preguntas, haciendo uso de la escala de Likert actualizada. Según los resultados podemos evidenciar que la población es de 61% de enfermeros y 39% de médicos, con predominio en mujeres y rango de edad promedio de 21-30 años. El estudio resultó que más del 90% de la población tuvo un puntaje subóptimo. Las actitudes sobre RCP, existe una desviación hacia las buenas y muy buenas actitudes en lo que respecta a RCP en general y guías, en cuanto al tema de desfibrilación reporta un porcentaje del 42% de los profesionales de salud que muestran malas, y muy malas actitudes. Se concluye que total de la población presentó un nivel subóptimo con < 84 puntos sobre el tema de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Pérez y colaboradores, (24). 2019, en Chiclayo en su presente investigación titulada: “Nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque-Chiclayo, 2017” la cual tuvo por objetivo general determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre RCP básica y avanzada. La metodología empleada en la investigación fue cuantitativa, descriptiva y transversal , la muestra estuvo constituida por 38 enfermeras, a quienes se les

aplicó el cuestionario elaborado por Osorio y adaptado por las autoras, teniendo una confiabilidad de 0.78 Kuder-Richarson. Según los resultados se puede apreciar que el 55,3% presentan un nivel medio de conocimientos sobre RCP, un 7,9 % tiene un nivel deficiente; en cuanto a reanimación cardiopulmonar básico presentan un nivel medio (47,4%) y el nivel deficiente (18,4%), solo el 34,2% alcanzó el nivel alto; en la RCP avanzada 52,6% posee nivel alto, el 31,6% un nivel medio y el 15,8 % nivel deficiente. Se concluye que las enfermeras del Hospital Regional Lambayeque poseen un nivel medio de conocimientos en RCP, en RCP Básico los puntos donde se encontraron falencias en la cadena de supervivencia y la técnica para apertura de vía aérea, en la RCP avanzada tuvieron mayores dificultades en responder las acerca del medicamento adrenalina y sobre la desfibrilación.

Reyes, (25). 2021, en Lima, en su estudio titulado: “Nivel de Conocimiento y la Eficiencia en la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada en los Profesionales de Salud del Servicio de Emergencia”. Tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se manejan los datos analizados con estadística directamente. La muestra de este estudio se integró, la cual fue por conveniencia, no probabilística, donde se seleccionó a 100 trabajadores de la salud, el cual estuvo constituido por 26 licenciados de enfermería, 39 trabajadores médicos y 35 asistentes. El instrumento que se utilizó fue la encuesta auto dirigida; el procedimiento que se aplicó fue el llenado de 2 cuestionarios, los cuales se entregaron a cada centro de análisis, brindando un tiempo no mayor a 45 minutos para su desarrollo. Donde se obtuvieron resultados que indicaron que: El 39% de los entrevistados es médico, siendo esta profesión la de mayor prevalencia en el centro de salud; por otro lado, el 26% de los entrevistados es licenciado en enfermería, finalmente, el 35% de los entrevistados es de profesión asistente, siendo estos los resultados finales de la muestra.

Arias, (26). 2020, en Jauja su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y Prácticas del personal de salud de enfermería de servicio de emergencia sobre reanimación cardio pulmonar en adultos del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja 2018”, el cual tuvo por objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas

sobre reanimación cardiopulmonar en adultos, la metodología empleada en la investigación fue correlacional con una muestra de 20 profesionales de enfermería de servicio de Emergencia del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, 2018. Se hizo uso de un cuestionario de conocimiento y una guía de observación. Según los resultados podemos apreciar que el 85,0% de los enfermeros alcanzaron un conocimiento regular y el 75,0% mostraron practicas adecuadas sobre reanimación cardiopulmonar en adultos. Se concluye que el nivel de conocimiento se relaciona significativamente con las prácticas sobre reanimación cardiopulmonar en enfermeros de servicio de Emergencia del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja.

La importancia del procedimiento de reanimación cardiopulmonar (RCP), es una destreza que se utiliza con el único fin de salvar vidas, este es un procedimiento muy necesario, sobre todo en áreas de mayor complejidad, una situación que se da con frecuencia es un ataque cardíaco (los latidos del corazón se detienen) o situaciones de cuasi atragantamiento (obstrucción de las vías respiratorias). La American Heart Association o AHA, (Asociación Estadounidense del Corazón), tiene entre sus objetivos, los procedimientos iniciales aplicar el RCP, realizando compresiones rápidas y fuertes en el pecho del paciente. Esta es una recomendación que se da al personal de primeros auxilios o a los espectadores, para la aplicación del RCP solo con las manos.

La justificación de la presente investigación nos dará a conocer la importancia de la adherencia a las guías de atención y cuidados del personal de enfermería para el mejor desenvolvimiento en dichos eventos presentados en las áreas críticas de un hospital nacional de cusco 2022.

Ante la elevada incidencia de usuarios que presenten parada cardiorrespiratorio a nivel extrahospitalario la demanda de las áreas criticas en incrementada por lo cual el personal de enfermería debe contar de conocimientos básicos en reanimación cardiopulmonar.

El objetivo del presente trabajo será determinar la adherencia del personal de enfermería a las guías de reanimación cardiopulmonar en pacientes con paro cardiorrespiratorio en las áreas críticas COVID 19 de un hospital nacional de cusco 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que nos basaremos a recolectar información con el fin de comprobar nuestra hipótesis, igualmente, el presente trabajo está encaminado a la medición de la variable. El diseño metodológico se basa en una investigación no intervenciones o no experimental, debido a que no existe manipulación deliberada de la variable, mi trabajo se basará en la observación de fenómenos existentes. Cuenta con un nivel descriptivo, porque la situación a estudiar nos brindará la información necesaria para el estudio. Finalmente, es de corte transversal, ya que el proceso de recolección de datos se dará en un determinado espacio temporal y en un determinado tiempo (27).

2.2. POBLACION MUESTRA Y MUESTREO

En la presente investigación se trabajará con 70 enfermeras asistenciales de las áreas críticas covid-19 que tienen una antigüedad mínima de 18 meses laborando.

Para definir los criterios de inclusión de mi trabajo de investigación, se considera:

- El personal de enfermería que trabaja en las áreas críticas covid19.
- Presentar la autorización de la jefa del personal de enfermería de uci y emergencia covid 19, los cuales deben de firmar el consentimiento informado posterior a la información que se brindará sobre los objetivos a los que se quiere llegar con el estudio.

Dentro los criterios de exclusión se presentan los siguientes:

- El personal de enfermería que se encuentren de vacaciones.
- Aquellos que no deseen participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.
- Licenciadas de enfermería y técnicos de uci y emergencia no covid-19.

- Personal de enfermería que es enviado a otros servicios a apoyar,
- personal de enfermería que tiene menos de 18 meses laborando asistencialmente.

2.3. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de investigación es la adherencia de las enfermeras a la guía de reanimación cardiopulmonar, según su naturaleza, son cuantitativas y su escala es nominal

Definición conceptual:

Adherencia, en su forma conceptual, ha tenido muchos tipos de concepciones, entre ellas, en el campo médico, la Real Academia de la Lengua Española la define como: “Cada una de las bridas o superficies extensas de tejido conjuntivo que unen las vísceras entre sí o con las paredes del tronco, entorpecen la función de estas vísceras y producen dolores u otras molestias” según la OMS definió en el 2004 la adherencia como el límite en que la conducta de un individuo corresponde con las sugerencias determinadas de un prestador de atención sanitaria, en relación con ingerir la prescripción médica dada, el seguimiento de una dieta o la corrección de estilos de vida, Este sentido destaca la intervención activa del usuario como el compromiso del personal sanitario para instaurar una comunicación que permita la toma y decisiones compartidas (18).

Definición operacional.

Las adherencias sobre la reanimación cardiopulmonar se medirán a través de un cuestionario cerrado en escala de Likert y con otro cuestionario evaluativo sobre las adherencias de la variable, esto segmentado en dimensiones de la variable teóricos, actitudinales, académicos, geográficos, sociales, temporales y bilógicos.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS (VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO)

El instrumento se aplicará una prueba piloto con más del 8% teniendo un muestreo, equivalente a 13 estudiantes de enfermería y una población con características similares, estuvo constituido por estudiantes del 5to, 6to, 7mo y 8vo, ciclo de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Para su fiabilidad se utilizó la prueba de Alfa de Cronbach, obtuvieron como resultado un nivel de confiabilidad $\alpha = 0.73$ %, indicando que el instrumento sustenta una solidez interna dentro de lo admisible. Fue necesario detallar algunas interrogantes del cuestionario para su mejor comprensión. El instrumento fue elaborado por la investigadora; según lo que ha querido lograr y en base al marco teórico y considerando como modelo otros instrumentos de estudios similares : En el instrumento se consignaron lo siguiente: abarca enunciados referidos a una serie de actividades que han sido elegidos en respuesta a los indicadores; está establecido por 20 ítems, del método siguiente: primera parte hace referencia a la presentación, la segunda parte referido a los datos generales, la tercera parte constituido por los ítems de las preguntas específicas referidos sobre la reanimación cardiopulmonar básica del adulto.(28)

2.5. PROCEDIMIENTO DE PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Como primer paso solicitaremos la presentación en formato de carta que nos brinda la Universidad María Auxiliadora, la misma que se llevará hacia la oficina de capacitación e investigación del Hospital Nacional de Cusco, 2022, para solicitar la respectiva aprobación, posterior a esto se buscará coordinar con el responsable de las áreas críticas para realizar el procedimiento de obtención de datos, esto se realizará de acuerdo al cronograma establecido.

2.5.2. Aplicación de instrumentos de recolección de datos

El procedimiento de aplicación de los instrumentos se realizará presencialmente al personal de enfermería de las áreas críticas, antes del inicio de sus actividades y

del ingreso a sus respectivos turnos programados, el tiempo de duración del instrumento será aproximadamente de 10 a 15min.

2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se procederá a utilizar una matriz de base de datos en el programa ofimático de Microsoft Excel para el análisis estadístico, donde se confirmará y verificará la correcta recopilación y llenado de los datos obtenidos para iniciar la debida codificación y su exportación al programa estadístico de IBM llamado Statistical Package for Social Sciences o sus siglas IBM SPSS V.26, con el que se realizará el análisis estadístico descriptivo de la variable. Con el fin de lograr una mejor comprensión de los resultados se presentarán tablas y gráficos de estos.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación se tomarán en cuenta todos los aspectos éticos para la protección de los participantes y los principios bioéticos.

Principio de autonomía.

Se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación a su opinión, así mismo, será aplicado estrictamente a este estudio. Se abordará a la enfermera respetando la capacidad y al derecho que poseen cada una de ellas para decidir entre las opciones frente a las respuestas durante la encuesta (29).

Principio de beneficencia.

Se considerará estrictamente al principio de beneficencia, al vislumbrar lo necesario de la evaluación de las ventajas y desventajas, así como de los riesgos y beneficios de los procedimientos y de la investigación que se proponen, buscando objetivos de disminuir los riesgos y maximizar los beneficios obtenidos. Llevar a cabo estas acciones específicas es de carácter positivo, ya que encaminan el deber inquebrantable del personal de salud y procuran el bienestar de las licenciadas, quienes son parte del estudio y defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras (30).

Principio de no maleficencia.

Se hará referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Se proporcionará una breve explicación a las enfermeras, indicando que el presente trabajo de investigación no producirá daño alguno en su integridad o en su salud física e individual, ni dolor, ni sufrimiento, ni producirá incapacidades (31).

Principio de justicia.

Se valorará la actuación del presente estudio éticamente, con lo cual se aplicará el presente principio de justicia, el mismo que es un principio de carácter legislado y público; para verificar la debida actuación ante el rechazo y la discriminación en los procedimientos de investigación. Se tratará con respeto a las enfermeras de las áreas críticas COVID 19 quienes participarán en el presente estudio, así mismo, se referirá a todos de igual manera, sin distinción de credo, raza, edad, etnia, nivel económico, etc. se jerarquizarán adecuadamente las acciones a realizar (32).

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2021												2022																				
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL								
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Identificación del problema		X	X	X	x																												
buscar bibliografía			x	X	X																												
elaboración de la sección introducción : situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes			x	x	X	X																											
elaboración de la sección introducción : importancia y justificación de la investigación				x	x	x	X	X																									
elaboración de la sección introducción : objetos de investigación					x	x	x	X	X																								
elaboración de la sección material y método: enfoque y diseño de investigación						x	x	X	X	X																							
elaboración de la sección material y método: población, muestra y muestreo								x	x	x	X	X	X																				
elaboración de la sección material y método: técnicas e instrumentos de recolección de datos									x	x	x	X	X	X	X																		
elaboración de la sección material y método: aspectos bioéticos											x	x	x	X	X	X																	
elaboración de la sección material y método: método de análisis de información												x	x		x	X	X																
elaboración de aspectos administrativos de estudio													x		x	x	x	X	X	X													
elaboración de los anexos																x	x	X	X	X	X												
informe de índice de similitud (turnitin)																	x	x	x	X	X	X											
aprobación del proyecto																		x	x	x	x	X	X										
redacción del informe final: versión 1																			x	x	x	X	X										
sustentación de informe final																															X		

3.2 Recursos Financieros.

MATERIALES	2021			2022				TOTAL
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	S/.
Equipos								
Mouse	50							50
1 laptop	2000							2000
USB	40							40
Utiles de escritorio								0
Lapiceros		5						5
Hoja bond A4		30						30
Material bibliografico								0
Libros	50	60	50	40				150
Fotocopias	30	20	15	10	15	5	5	70
Impresiones	15	10	10	5	5	15	10	55
Otros								0
Movilidad	15	5	10	15	15	5	5	55
Alimentos	20	20	10	10	10	5	10	65
Llamadas	5	5	5	5	5	5	5	30
Recursos humanos								0
Digitadora	100		50		70	10	10	140
Imprevistos		70		80			5	155
TOTAL	2325	225	150	165	120	45	50	2845

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.

1. Arias YG. La adherencia terapéutica. Rev Cuba Med Gen Integr. 2001;17(5):502–5. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi16501.pdf>
2. Enrique-Silva G, Galeano E, Orlando-Correa J. Adherencia al tratamiento Compliance with the treatment. Acta Médica Colomb [Internet]. 2005;30:268–73. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
3. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia Al Tratamiento: Concepto Y Medición. Hacia la promoción la salud. 2016;0121–7577(2462–8425):117–37. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
4. Lucio Peña G, Fuentes Leonardo AM. Nursing process in advanced cardiopulmonary resuscitation. Arch Cardiol México. 2002;72 Suppl 1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12001861/>
5. Escalante-Kanashiro R. Guías de Reanimación Cardiopulmonar. Acta Médica Peru. 2010;27(4):281–5. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a12v27n4.pdf>
6. Ramos B, Sainz B, Castañeda O, Zorio Y. Paro cardio-respiratorio, características clínico epidemiológicas en el Servicio de Urgencias y Emergencias. Rev Cuba Cardiol y Cirugía Cardiovasc. 2014;20(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2014/ccc141b.pdf>
7. Rodriguez M de los A, Montero J. Aprendizaje de la guía de reanimación cardiopulmonar. Influencia del grado académico y la experiencia laboral en urgencias. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008;(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081b.pdf>
8. Myerburg RJ. 63 - Abordaje de la parada cardíaca y las arritmias potencialmente mortales [Internet]. 26th Editi. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. Elsevier Espa#241;a, S.L.U.; 2017. 352–356 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-91113-033-8/00063-X>

9. Machado M, Roque R, Barrios I, Ortega J, González J, Quintana I. Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso. Rev Cuba Anesthesiol y Reanim. 2010;9(2). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v9n2/ane04210.pdf>
10. Carry P-Y, Gueugniaud P-Y. Reanimación cardiopulmonar hospitalaria. EMC - Anestesia-Reanimación [Internet]. 2015;41(1):1–12. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1280-4703\(14\)69725-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1280-4703(14)69725-5)
11. Martínez Llópiz Y, Fernández Mesa C. Conocimientos de reanimación cardiopulmonar en el Servicio de Medicina Interna: Escenario de los carros de paro. CorSalud. 2017;9(4):263–8. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v9n4/cs08417.pdf>
12. Cardiorrespiratoria P, Cerebral M, Academy A, Bulbar L. P © 2020. 2022. <https://www.clinicalkey.es#!/content/book/3-s2.0/B9788491137238000141?scrollTo=%23hl0000733>
13. Camacho C. Soporte Vital Avanzado en el adulto: Recomendaciones ILCOR 2010 [Internet]. Second Edi. Anestesiología. Elsevier España, S.L.U.; 2010. 192–203 p. Available from: <http://anestesiología.org/2010/soporte-vital-avanzado-en-el-paciente-adulto-recomendaciones-2010/>
14. López B, Hernández M, Pérez J, Molina R, Herrero P. Novedades en métodos formativos en resucitación. Med Intensiva. 2011 Oct;35(7):433–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569111000842>
15. Lagos P. Desfibrilación. Rev Chil Anes [Internet]. 2012;28–35. Available from: <https://revistachilenedeanaestesia.cl/Pll/revchilanestv41n01.06.pdf>
16. Al P, Las EN. Puesta al día en las técnicas. 2006;4(4):241–5. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-puesta-al-dia-recomendaciones-toma-articulo-S0210569119301858>
17. Fasquelle GP, Rene Salinas O, Arturo Fonseca R, Martinez Cruz R, Alberto Chinchilla J. Desfibrilación Cardíaca Cardiac Defibrillation. Rev Med Hondur. 1997;65(2):65–9. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1997/pdf/Vol65-2-1997-5.pdf>

18. Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia Terapéutica: Conceptos, Determinantes. Rev Med Hond [Internet]. 2016;84(125):125–32. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
19. Schnitzler E. Calidad en Áreas Críticas. 2014; https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Emergencias_y_Cuidados_Criticos/PDFs/schnitzler_areas_criticas.pdf
20. Castro P, Muñoz J, Soriano Á, Gascón J, Nicolás M. Gripe, COVID-19 y otras infecciones [Internet]. Second Edi. Enfermo crónico y emergencias. Elsevier España; 2022. 661–680 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-9022-822-7/00066-0>
21. Álvarez F, Mesa I, Ramírez A. Gestión de enfermería en reanimación cardiopulmonar solo con las manos Nursing management in hands-only cardiopulmonary resuscitation. REDALYC. 2020;14(2). Available from: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712004/html/>
22. Arias, Lady, Garcia M. Nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar básica en estudiantes de enfermería de una institución de educación superior en Cúcuta-2019. Universidad de Santander; 2019. Available from: <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/82b845d2-6350-4277-8c26-8fcac831b215/content>.
23. Zamora D. “Conocimientos básicos y actitudes sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en personal de salud Hospital Materno Infantil Juan Pablo II, Guatemala, agosto 2017.” Universidad Rafael Landívar; 2017. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrzd/2017/09/18/Zamora-Daniel.pdf>.
24. Perez M, Cuenca D. Nivel de conocimientos del profesional de Enfermería sobre reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque - Chiclayo, 2017. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019. Available from: <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9500/P%c3>

- [%a9rez Abad y S%c3%a1nchez Cuenca.pdf?sequence=5&isAllowed=y.](#)
25. Reyes N. Nivel de Conocimiento y la Eficiencia en la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada en los Profesionales de Salud del Servicio de Emergencia Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú. Lima - Perú 2021. Universidad Privada Norbert Wiener; 2021. Available from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3151069>.
 26. Arias L. “Nivel de conocimiento y Prácticas del personal de salud de enfermería de servicio de emergencia sobre reanimación cardio pulmonar en adultos del Hospital Domingo Olavegoya – jauja 2018.” Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2020. Available from: https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/5997/2EN_ED126A72.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 27. Sanchez Capcha DY. Nivel de estrés laboral en el personal de enfermería del servicio de emergencia de la clínica Maison de Santé. 2020; Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4146>
 28. Muña Quispe PR. Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto por estudiantes de enfermería Universidad Nacional del Altiplano Puno- 2016. Univ Nac del Altiplano [Internet]. 2016;1–84. Available from: <http://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/2875>
 29. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2015;28(2):228–33. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 30. Bioeti I de la. Concepto y principios de la bioetica. Hjc. 2011;1:5. Available from: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB05257D18006D362B/\\$FILE/ceboax-0105.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB05257D18006D362B/$FILE/ceboax-0105.pdf)
 31. Siruana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010;22(Marzo):121–57. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-

92732010000100006.

32. Almiñana M, Balagué L, de Castro C, Fernández MJ, Llor C, Marquet R, et al. Los 4 principios básicos de Bioética. Soc Catalana Med [Internet]. 2002;1–24. Available from: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_540_EBLOG_1848.pdf

ANEXOS

Anexo A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

título: adherencia de las enfermeras a la guía clínica de reanimación cardio pulmonar en pacientes con paro cardiorrespiratorio en las áreas críticas COVID 19 en un hospital nacional de cusco- 2022

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGUN SU NATURALEZA Y	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL
ADHERENCIA DE LAS ENFERMERAS	CUANTITATIVA DE ESCALA NOMINAL	Adherencia, en su forma conceptual, ha tenido muchos tipos de concepciones, entre ellas, en el campo médico, la Real Academia de la Lengua Española la define como: "Cada una de las bridas o superficies extensas de tejido conjuntivo que unen las vísceras entre sí o con las paredes del tronco, entorpecen la función de estas vísceras y producen dolores u otras molestias" La OMS definió en el 2004 la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida (18).	La adherencia sobre la reanimación cardiopulmonar se medirá a través de un cuestionario cerrado en escala de Likert y con otro cuestionario evaluativo sobre las adherencias de la variable, esto segmentado en dimensiones de la variable teóricos, actitudinales, académicos, geográficos, sociales, temporales y biológicos.	Aspectos Generales:	1. Definición de paro cardiorrespiratorio	-Detención súbita de la actividad cardíaca y respiratoria, potencialmente reversible.	Respuesta Correcta (01) Respuesta Incorrecta (0)
					2. Definición de reanimación cardiopulmonar básica.	-Un conjunto de maniobras para restaurar las funciones cardíacas y respiratorias.	
				Actuaciones previas a RCP básica.	1. Secuencia correcta de pasos iniciales frente a un paro cardiorrespiratorio.	-Reconocimiento de paro cardiorrespiratorio, activación del sistema de respuestas a emergencias local, maniobras de reanimación precoz y desfibrilación temprana	
					2. Valoración de la seguridad del escenario.	-Confirmar la seguridad de la escena y seguridad del paciente y del reanimador	
					3. Reconocimiento de signos del paro cardiorrespiratorio.	-Evaluación de signos de vida (No responde, Ausencia de pulso y respiración).	
					4. Posición y superficie adecuada para iniciar RCP básica.	-Sobre una superficie rígida (suelo), y una posición supina.	
					5. Técnica correcta de aplicación de reanimación Cardiopulmonar.	1) Arrodillado a la altura del tórax de la víctima. 2) Colocarse verticalmente sobre el tórax manteniendo los brazos rectos. 3) Colocar el talón de la otra mano encima de la primera. 4) Deprimir el tórax. VAN...	
					6. Arteria indicada para la evaluación del pulso:	-La arteria carótida.	
				Maniobras de reanimación cardiopulmonar básica:	1. Secuencia correcta de ejecución de las maniobras de RCP básica.	-Compresiones, Vía aérea y Respiración.	
					2. Compresiones torácicas adecuadas en: - lugar - profundidad - frecuencia	-En el centro del tórax. - De 5 hasta 6 cm. - De 100 hasta 120 por minuto.	
					3. Tiempo indicado para la suspensión de compresiones torácicas.	-De 5 a 10 segundos -Después	
					4. Tiempo indicado de cambio entre dos reanimadores.	-Después de 5 ciclos de reanimación o 2 minutos.	
					5. Forma correcta de la apertura de la vía aérea: - sin lesión cervical - con sospecha de lesión cervical	-Maniobra "frente - mentón". -Maniobra de "tracción o de empuje mandibular".	
					6. Características adecuadas en la ventilación: -tempo -relacion compresiones/ventilaciones	Administrar 2 ventilaciones de 1 segundos cada una, pero si debe expandir el tórax. 30 Compresiones/2 ventilaciones	
7. Reevaluación del pulso.	-Después de 5 ciclos o 2 minutos de RCP básica.						
8. Suspensión de la reanimación cardiopulmonar. ÍNDICE	-Cuando haya transcurrido más de 15 minutos de reanimación cardiopulmonar y persiste la ausencia de actividad cardíaca. -Cuando existe criterio inequívoco de muerte irreversible. -Cuando el paro cardiorrespiratorio es la consecución de un proceso patológico terminal e irreversible.						

Anexo B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

I. Presentación. CUESTIONARIO. ADHERENCIA DE LAS ENFERMERAS A LA GUIAS CLINICAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO EN LAS AREAS CRITICAS COVID 19 DE UN HOSPITAL NACIONAL DE CUSCO 2022.

El mismo que es de carácter anónimo y sus respuestas serán de uso para la investigación por lo que solicito a bien responder todas las preguntas que a continuación se presentan. Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad.....
2. Sexo
M () F ()
3. Capacitaciones a.
a. SI () b. NO ()
Institución que la capacito.....
4. ¿Ha participado usted en maniobras de Reanimación Cardiopulmonar en situaciones reales?
a. SI ()
b. NO ()
Cuantas veces.....

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

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. El paro cardiorrespiratorio se define como:

- a. Es la interrupción repentina de la respiración, falta de oxígeno en los pulmones.
- b. Detención súbita de la actividad cardiaca y respiratoria, potencialmente reversible.
- c. Una lesión o infección en el sistema nervioso central.
- d. El cese brusco de la actividad del sistema circulatorio.

2. La reanimación cardiopulmonar básica se define como:

- a. Un conjunto de acciones para restablecer la función respiratoria.
- b. Un cese inesperado brusco de las funciones respiratorias y circulatorias.
- c. Un conjunto de maniobras para restaurar las funciones cardiacas y respiratorias.
- d. Realizar compresiones torácicas, para restaurar la parada cardiaca.

3. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a la valoración del escenario?

- a. Confirmar la seguridad de la escena, seguridad del paciente y del reanimador.
- b. Iniciar reanimación de inmediato con énfasis en las compresiones.
- c. Realizar maniobras de reanimación precoz.
- d. Valorar la seguridad del paciente.

4. ¿Cuál de los siguientes enunciados son signos de paro cardiorrespiratorio?

- a. No respira o lo hace con anormalidad (jadea o boquea)

- b. No responde a ningún estímulo.
- c. No hay pulso tomado en 10 segundos o menos.
- d. Todas son correctas.

5. ¿Cuál de las opciones siguientes es la secuencia correcta de pasos iniciales ante un paro cardiorrespiratorio?

- a. Realizar una llamada de emergencia, colocar vía periférica, reanimación precoz.
- b. Reconocimiento inmediato del paro cardiorrespiratorio y activación del sistema emergencias local, reanimación precoz, desfibrilación temprana.
- c. Activar el sistema de emergencias local, evalúa el estado de conciencia, reanimación precoz.
- d. Realizar masajes cardíacos, mantener vía aérea permeable, ventilar al paciente.

6. ¿Cuál es la posición y superficie adecuada para iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica?

- a. Sobre una superficie rígida y una posición supino.
- b. Sobre una superficie plana y una posición decúbito dorsal.
- c. En el lugar y la posición encontrada inicialmente a la víctima.
- d. No se considera lugar, ni posición.

7. Enumere la secuencia correcta de la técnica que debe tener el reanimador al realizar reanimación cardiopulmonar básica: a.

- a. Arrodillado a la altura del tórax de la víctima(1)
- b. Deprimir el tórax. (4)
- c. Colocarse verticalmente sobre el tórax manteniendo los brazos rectos(2)
- e. Colocar el talón de la otra mano encima de la primera. (3).

8. La arteria indicada para determinar la presencia de pulso en un paciente adulto en paro cardiorrespiratorio es:

- a. La arteria femoral
- b. La arteria poplítea
- c. La arteria carótida
- d. La arteria braquial.

9. ¿Cuál es la secuencia correcta de ejecución de las maniobras de la reanimación cardiopulmonar básica?

- a. Respiración, Vía aérea y Compresiones.
- b. Vía aérea, Respiración y Compresiones.
- c. Compresiones, Vía aérea y Compresiones.
- d. Compresiones, Vía aérea y Respiración.

10. El lugar indicado para la realización de las compresiones torácicas en el adulto es :

- a. 2 dedos debajo del apéndice xifoide.
- b. 3 dedos encima del apéndice xifoide.
- c. 2 dedos encima del apéndice xifoide.
- d. En el centro del tórax.

11. ¿Cuál es la profundidad de las compresiones torácicas en el adulto recomendada por las Guías de la Asociación Americana del corazón?

- a. Mayor a 2cm.
- b. Mayor a 3cm.
- c. Al menos 4cm.
- d. De 5 hasta 6 cm.

12. ¿Cuál es la frecuencia de compresión torácica en el adulto recomendada por las Guías de la Asociación Americana del corazón (AHA)?

- a. 80 por minuto.
- b. De 100 hasta 120 por minuto.
- c. De 90 a 100 por minuto.
- d. 150 por minuto.

13. ¿Cuánto tiempo se puede suspender las compresiones torácicas para realizar las ventilaciones?

- a. De 5 a 10 segundos
- b. De 10 a 15 segundos
- c. De 15 a 20 segundos
- d. No se suspende nunca.

14. ¿Cada cuánto tiempo deben alternarse los reanimadores, para mantener Reanimación cardiopulmonar, de alta calidad y eficaz?

- a. Después de cada ciclo de Reanimación cardiopulmonar.
- b. Después de 5 ciclos de reanimación cardiopulmonar o 2 minutos.
- c. Después 6 ciclos de Reanimación cardiopulmonar.
- d. Después 10 ciclos de Reanimación cardiopulmonar.

15. La técnica adecuada en la apertura de la vía aérea en un paciente inconsciente sin lesión cervical es :

- a. Colocación de tubo oro faríngeo
- b. Maniobra "frente – mentón".
- c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
- d. Barrido con el dedo de cuerpos extraños.

16. Cuando se sospecha de lesión cervical la técnica adecuada que se debe utilizar para la permeabilidad de la vía aérea es:

- a. Hiperextensión de cuello
- b. Barrido con el dedo de cuerpos extraños
- c. Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"
- d. Colocación de tubo oro-faríngeo.

17. Las ventilaciones adecuadas tienen las siguientes características:

- a. 1 ventilación de 2 segundos cada una, debe expandir el tórax.
- b. 1 ventilación de 1 segundo cada una, pero no importa que no expanda el tórax.
- c. 2 ventilaciones de 2 segundos cada una, pero no importa que no expanda el tórax.
- e. 2 ventilaciones de 1 segundo cada una, debe expandir el tórax.

18. ¿Cuál es la relación de compresiones torácicas y ventilaciones en un adulto en reanimación cardiopulmonar básica?.

- a. 10 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
- b. 15 compresiones seguidas de 2 respiraciones
- c. 20 compresiones seguidas de 2 respiraciones
- d. 30 compresiones seguidas de 2 respiraciones

19. ¿Después de cuantos ciclos de reanimación cardiopulmonar Ud. Reevalúa el pulso?

- a. Después de 5 ciclos o 2 minutos de Reanimación cardiopulmonar.
- b. Después de 3 ciclos o 1 minuto de Reanimación cardiopulmonar.
- c. Después de 4 ciclos y 2 minutos de Reanimación cardiopulmonar.
- d. No se reevalúa el pulso.

20. ¿Cuáles son las situaciones en las que se debe suspender las maniobras de Reanimación cardiopulmonar?

- a. Cuando haya transcurrido más de 15 minutos de reanimación cardiopulmonar y persiste la ausencia de actividad cardiaca.
- b. Cuando existe criterio inequívoco de muerte irreversible.
- c. Cuando el paro cardiorrespiratorio es la consecución de un proceso patológico terminal e irreversible.
- d. Todas son correctas.

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Adherencia de las enfermeras a la guía de reanimación cardiopulmonar en pacientes con paro cardiorespiratorio en las áreas críticas de un hospital nacional de Cusco. 2022.

Nombre de los investigadores principales:

Maricela Zamata Duran

Propósito del estudio: Determinar la Adherencia de las enfermeras a la guía de reanimación cardiopulmonar en pacientes con paro cardiorespiratorio en las áreas críticas de un hospital nacional de Cusco 2022.

Beneficios por participar: Tiene la oportunidad de saber los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que será beneficioso en su desenvolvimiento profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo el investigador puede conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Maricela Zamata Duran investigadora.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse a Maricela Zamata Duran alumna de la Universidad María Auxiliadora, correo electrónico: maricelazamataduran@gmail.com.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio

Apellidos y Nombre del Participante :	Firma
N° de DNI o Pasaporte	
N° de Telefono: Fijo o Celular	
Hotmail/Gmail:	
Apellido y Nombre del Investigador:	Firma
Numero de Documento de Identidad	
Numero de Celular	
Apellido y Nombre del encargado de la encuesta	
Numero de Documento de Identidad	
Numero de celular	

*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.

Firma del participante