



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

## TÍTULO

**“Conocimientos sobre Soporte Vital Básico  
en el personal del Hospital Isidro Ayora en la  
ciudad de Loja”**

Tesis previa a la  
obtención del título de  
Médico General

**AUTORA:** Ana Gabriela Godoy Ríos.

**DIRECTORA:** Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez, Esp.

Loja – Ecuador

2017

**CERTIFICACIÓN.**

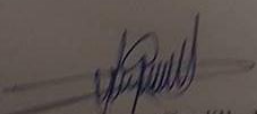
**Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez, Esp.**

**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICO:**

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración de tesis de grado titulado: "CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO DICIEMBRE 2015-JUNIO 2016" de autoría de la estudiante Ana Gabriela Godoy Ríos, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:

  
**Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez, Esp.**  
**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Ana Gabriela Godoy Ríos, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:  .....

Cedula: 1105906125

Fecha: 19/09/2017

Ana G, Godoy R,

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Ana Gabriela Godoy Ríos, declaro ser autora de la tesis titulada: "CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO DICIEMBRE 2015-JUNIO 2016", como requisito para optar al grado de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 19 días del mes de septiembre del 2017

Firma: 

Autora: Ana Gabriela Godoy Ríos

Cedula: 1105906125

Dirección: Panamá y Tnt. Maximiliano Rodríguez

Correo Electrónico: anibanany@outlook.es

Teléfono: 2562460

Celular: 0991739666

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis:

Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez, Esp.

Tribunal de Grado:

Presidente del Tribunal

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Esp.

Miembro del Tribunal

Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso, Esp.

Miembro del Tribunal

Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdivieso, Esp.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación, está dedicado con todo cariño a todos aquellos servidores de la salud que prestan su ayuda para mejorar la calidad de atención, a mis padres en gratificación a sus constantes esfuerzos habiendo recibido de ellos su dedicación, cariño y apoyo incondicional; quienes son mi mejor ejemplo de lucha enseñándome a ser constante en lo que me propongo, a no derrumbarme ante nada y siempre salir de frente. A mi abuelita, que está en el cielo y es mi ángel que me guía paso a paso para ser mejor y cumplir mis sueños, a mis hermanas, y amigos de aula con quienes durante mi formación académica compartí los mejores años de mi vida. Además a aquella persona que llena mi corazón, por hacerme ver la vida con una sonrisa, pero sobre todo por su apoyo en los momentos difíciles.

Y a todas las personas que de una u otra forma me permitieron culminar este propósito.

## **AGRADECIMIENTO**

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a Dios, por el regalo de la vida y la oportunidad de día a día luchar por mis sueños, teniendo presente que ni la hoja de un árbol se mueve sin su voluntad; a la Universidad Nacional de Loja, por haberme acogido en sus aulas y ser principal fuente de enseñanza y estímulo a la superación diaria, a Cruz Roja Ecuatoriana Loja quien me ayudo a formarme como facilitadora de cursos quien me brindo su ayuda para trabajar y dejar mi huella en su corazón, a mi familia y a todos quienes contribuyeron para el desarrollo de la presente investigación, de manera especial a la Dra. Angélica Gordillo, por su valioso asesoramiento y colaboración desinteresada que me llevo a la culminación del presente trabajo investigativo.

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DIRECTOR.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
<b>1. TÍTULO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>4. REVISIÓN DE LITERATURA .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Parada cardio respiratoria .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.1. Definición .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.2. Etiología .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.2.1. Origen cardiaco .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.2.2. Origen respiratorio.....</b>	<b>9</b>
<b>4.1.2.3. Origen neurológico. ....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.2.4. Origen traumatológico .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.2.5. Otras causas .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.3. Reanimación cardiopulmonar .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.3.1. Soporte vital básico .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.1.1. Actuaciones para dar SVB y activación de servicio de .....</b>	<b>11</b>
<b><i>Emergencias .....</i></b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.1.2. SVB para adultos .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.1.2.1. Secuencia del soporte vital básico .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.1.2.2. Desfibrilador externo automático (DEA) para adultos y niños a partir de 8 años...12</b>	<b>12</b>
<b>4.1.3.1.2.3. SVB para niños a partir de 1 año hasta la pubertad.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.3.1.2.3.1. Secuencia SVB/BLS Pediátrico con 1 Reanimador: .....</b>	<b>13</b>

4.1.3.1.2.3.2.	<i>Localización del Pulso en la Arteria Femoral:</i>	14
4.1.3.1.2.3.3.	<i>Secuencia SVB/BLS Pediátrico en niños con 2 reanimadores:</i>	14
4.1.3.1.2.3.4.	<i>Ventilación con dispositivos de barrera en Niños:</i>	15
4.1.3.1.2.4.	<i>Soporte vital básico para lactantes:</i>	15
4.1.3.1.2.5.	<i>Importancia de ventilaciones en niños y lactantes:</i>	16
4.1.3.1.2.6.	<i>Desfibrilador externo automático para lactantes y niños de 1 a 8 años</i>	17
4.1.4.	<b>Identificación y manejo del OVACE</b>	18
4.1.5.	<b>Obstrucción de la vía aérea leve en paciente consciente</b>	19
4.1.6.	<b>Obstrucción de la vía aérea severa en paciente consciente</b>	19
4.1.7.	<b>Obstrucción de la vía aérea en paciente inconsciente</b>	20
5.	<b>MATERIALES Y METODOS</b>	21
5.1.	<b>Tipo de estudio</b>	21
5.2.	<b>Área de estudio</b>	21
5.2.1.	<b>Universo:</b>	21
5.2.2.	<b>Muestra:</b>	22
5.2.3.	<b>Tipo de Muestreo</b>	22
5.2.4.	<b>Métodos, técnicas e instrumentos recolección de datos:</b>	22
5.2.5.	<b>Variables del presente estudio</b>	22
5.2.6.	<b>Procedimiento:</b>	22
6.	<b>RESULTADOS</b>	23
7.	<b>DISCUSIÓN</b>	27
8.	<b>CONCLUSIONES</b>	29
9.	<b>RECOMENDACIONES</b>	30
10.	<b>BIBLIOGRAFÍA:</b>	31
11.	<b>ANEXOS</b>	34



## **1. TÍTULO**

**CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL PERSONAL  
DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA**

## 2. RESUMEN

Estudios según Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice que las Enfermedades Cardio Vasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Los Objetivos fueron determinar el nivel de conocimientos en Soporte Vital Básico (SVB/BLS) del personal operativo del Hospital General Isidro Ayora, saber que personal operativo del Hospital Isidro Ayora tenía conocimientos sobre SVB/BLS, medir mediante un cuestionario otorgado por Cruz Roja Ecuatoriana el nivel de conocimientos según las respuestas obtenidas, dependiendo del personal al que pertenezca y proponer un plan de capacitación o actualización para los mismos, elaborado por mi persona en la institución de Cruz Roja Ecuatoriana Loja. El estudio que se propuso en este trabajo de investigación, fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, durante el período comprendido desde diciembre 2015 a junio del año 2016. Realizado en el Hospital Isidro Ayora de Loja, dirigido a los profesionales de la salud como son médicos, enfermeras auxiliares de enfermería e internos de medicina, con una muestra de 226 a quienes se les aplico el cuestionario de conocimientos de Soporte Vital Básico; la información se recolectó por grupos de trabajo de guardia, y los datos obtenidos se tabulo para con ello formular conclusiones y recomendaciones. Dentro del análisis se pudo observar que el 79% recibió un curso-taller acerca del SVB, y tan solo 48% entre médicos e internos estaban en niveles óptimos para un correcto procedimiento de este; los desaciertos encontrados se debe a que solo un 35% se había actualizado entre 1 a 2 años demostrando que es necesaria la continua actualización teórico-práctica para alcanzar buena capacidad para atención del paciente. Por lo que se sugiere tener capacitaciones continuas y realización de protocolos que guíen al personal a un actuar correcto y acertado a su entorno.

**Palabras Clave:** Soporte Vital Básico, Personal de Salud.

## SUMMARY

Studies by World Health Organization (WHO) says that the Cardio Vascular Disease (CVD) are the leading cause of death worldwide. Each year more people CVD than from any other cause die. (World Health Organization, 2015).

The objectives were to determine the level of knowledge of Basic Life Support (BLS / BLS) staff of the General Hospital Isidro Ayora, knowing who have some sort of knowledge about BLS / BLS among health personnel and support of Isidro Ayora Hospital, measuring by questionnaire according to the responses depending on the staff to which it belongs and propose a training plan or update by the working group of staff.

The study proposed in this research, was descriptive, cross-sectional quantitative, during the period from December 2015 to June 2016.

Isidro Ayora made in the Regional Hospital of Loja, aimed at health professionals are doctors, nurses, nursing assistants and interns, with a sample of 226 who were administered the questionnaire knowledge of Basic Life Support; The information was collected by working groups on call, and the data was tabulated according to what I needed.

In the analysis I noticed that mostly knew about the SVB but were not at standard levels for proper procedure of this, doctors and interns were those who took the highest score while nursing assistants had deficits; the errors found is because they are not constantly updated as it has been shown that learning is optimized when theoretical work is constantly practice every 6 months to 1 year.

So it is advisable to have continuous training and implementation of protocols to guide personnel to correct and successful act to their environment.

### 3. INTRODUCCIÓN

La Universidad Nacional de Loja, en su afán de formar profesionales capacitados e integrados a un sistema de investigación, fomenta en los estudiantes la necesidad del trabajo investigativo que nos vincula con la comunidad, con el fin de propiciar la participación con el desarrollo social.

A pesar de los importantes avances realizados en la prevención, la parada cardiorespiratoria continúa siendo un problema de salud pública significativo y una de las principales causas de muerte en muchos países del mundo. (Nolan JP, 2015) El paro cardíaco se produce tanto dentro como fuera del hospital, por lo cual es un deber de todos y más aún del personal operativo del Hospital General Isidro Ayora (HGIA) que es un centro de referencia de la Zona 7 y que vela por la vida del paciente, es por eso importante sumar periódicamente conocimientos, destrezas y habilidades que permiten un adecuado y oportuno actuar frente a esta patología.

Se calcula que 17,5 millones de personas en 2012 murieron por causa cardiorespiratoria, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo, es decir, 3 de cada 10. De estas, 7,4 millones se atribuyeron a la cardiopatía isquémica y en Ecuador hay un total de muertes por Enfermedad Cardio Vascular de 4000 casos aproximadamente, de las cuales 2561 corresponden Infarto Agudo de Miocardio y 467 a Paro Cardio Respiratorio (PCR) según el Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos y en la provincia 52 Infartos Agudo de Miocardio (IAM) y 34 Paros Cardio Respiratorio , los cuales pudieron haber tenido una adecuada atención y posiblemente un mejor tratamiento, habiendo una mejor sobrevivida. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015)

Las estadísticas de AHA (Association American Heart, 2015) revelan que la sobrevivida aumenta cuando se realiza RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) precoz y efectiva. El conocimiento y las habilidades prácticas teóricas del Soporte Vital Básico (SVB) se encuentran entre los factores más determinantes de las tasas de éxito en Reanimación Cardiopulmonar (Fabian C. Gelpi, 2015)

En los hospitales se debe conocer SVB por lo menos el 70% del personal pues es necesario para lograr una tasa de revertimiento efectivo de PCR y estar a la par de países de Europa Occidental. (Aguilar, 2004)

En Grecia en el mes de noviembre 2011, se publicó el estudio “Evaluation of nurses and doctors knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines”. Este

estudio demostró que las enfermeras y los médicos que trabajan en Grecia tienen lagunas de conocimiento en Basic Life Support (BLS) tomando en cuenta las guías actuales. Sin embargo, se demostró que con entrenamiento en reanimación se evidenció un efecto positivo en el conocimiento teórico de RCP. Además, las enfermeras y médicos que trabajaban en zonas de alto riesgo de Paro Cardíaco, puntuaron significativamente más alto que los que trabajaban en áreas de bajo riesgo. Los que habían encontrado más de cinco Paros Cardíacos el año anterior, puntuaron significativamente mejor. Por último, el porcentaje de enfermeras que habían asistido al curso de Advanced Life Support (ALS) era bastante bajo, por lo que consideró oportuno agregarlo al pensum de estudios de dichas enfermeras y médicos. (Díaz Paola, 2014)

En Norte América, México es uno de los países que más investigación realizó en los diversos campos de la medicina, en el 2012, en la Universidad de Guadalajara, en la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio a conocer el trabajo de tesis para grado de licenciatura: “Nivel de conocimientos sobre RCP básica en personal de enfermería de un hospital de 2do nivel”. El objetivo era describir el nivel de conocimiento teórico del personal de enfermería, frente al protocolo de RCP básico en adultos en el servicio de encamamiento del Hospital General instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE) de Aguascalientes, México. Se concluyó que había una necesidad evidente de capacitar al personal de enfermería sobre RCP. El nivel de conocimiento de enfermería fue deficiente.

Algunos estudios como el que menciono anteriormente que han sido realizados en otros países demuestran que el conocimiento en BLS en el personal de salud es bajo por lo que se ha visto la necesidad de capacitarlos.

Actualmente, se considera que es sumamente importante la intervención educativa sobre las políticas de salud a nivel hospitalario. Aún más, se considera que hoy por hoy las capacitaciones en soporte vital básico están contenidas en las carpetas de evaluación para la acreditación de hospitales como lo es el acuerdo ministerial N 079. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2015)

Siendo el Hospital Isidro Ayora el que abastece a la población de Loja y turistas o residentes que no son propiamente de la provincia es necesario que este en un óptimo nivel para dar una adecuada atención de soporte vital básico, mencionando que es un hospital general que de acuerdo al MSP este brinda atención clínico-quirúrgica y ambulatoria en

consulta externa, teniendo servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento. (Esther Raya Diez et al, 2015)

Actualmente se carece de datos relevantes en nuestro país sobre evaluación de conocimientos, actitudes y protocolo de Reanimación cardiopulmonar (RCP) de forma sistemática, lo que genera un vacío de conocimiento sobre la calidad y efectividad de la RCP, siendo así que no se cuenta con una norma establecida para capacitar al personal de salud en maniobras de Reanimación Cardiopulmonar; por lo que, el presente trabajo desarrolla un proceso que consolidara los conocimientos sobre este tema y así poner en marcha un proceso que involucre el personal para su capacitación.

Algunos estudios relatan que la presencia de por lo menos un profesional con entrenamiento en SBV aumenta la sobrevida de pacientes víctimas de PCR. (Dane et al, 2000;). Relataron elevación de la sobrevida en cerca de cuatro veces cuando el profesional de enfermería era entrenado en SBV.

Tanto las maniobras ejecutadas en el SBV exigen un equipo bien entrenado, pues el paro cardiorrespiratorio (PCR) exige acciones rápidas, eficaces e integradas, siendo por ello mejor ejecutadas por un equipo que por un miembro aislado de este equipo. (PERALES, 2010)

Así, estos profesionales necesitan tener el conocimiento técnico actualizado y las habilidades prácticas desarrolladas para contribuir de forma más efectiva en las maniobras de RCP, es por eso que se utilizarán técnicas como lo es el cuestionario para poder medir el conocimiento según las respuestas obtenidas, este cuestionario ya ha sido probado anteriormente en grupos anteriores en Cruz Roja Ecuatoriana de Loja como control de conocimientos, esperando que los resultados sean los mejores y en caso de no serlos presentar el respectivo informe para su capacitación o actualización de conocimientos.

La magnitud de esta investigación radica en la necesidad de encontrar como se puede mejorar los conocimientos o actualizarlos para optimizar la atención brindada a la ciudadanía, puesto que se ha visualizado un déficit en el conocimiento de BLS.

Para el desarrollo de la presente investigación conté con las debidas pautas para realizarla, así como los conocimientos adquiridos, el acceso a la información y también el asesoramiento adecuado por parte de mi docente que muy comedidamente está encaminando hacia un rumbo objetivo.

Durante la práctica en los servicios se ha visto limitaciones a la hora de atender un Paro Cardiorespiratorio, ya sea por falta de equipo, pobre coordinación o poca educación acerca

de Reanimación Cardiopulmonar en el personal. Es por este motivo que en la presente investigación se pretende tomar como objeto de estudio el personal de que labora en el HGIA, con lo que se pretende identificar el problema para proponer un programa de capacitación sobre el tema.

Finalmente socializaré lo obtenido, entregando los resultados de ésta investigación primero al docente tutor y seguido al director del HGIA en cuanto se haya socializado la tesis, proponiendo así una capacitación para que el personal operativo del HGIA se encuentre en óptimas condiciones de dar RCP básico.

## 4. REVISION DE LITERATURA

### 4.1. Parada cardio respiratoria

#### 4.1.1. Definición

Se entiende toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatoria espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico. Si no se contrarresta con medidas de reanimación, el paro cardio respiratorio produce una disminución brusca del transporte de oxígeno que da lugar a una disfunción del cerebro inicialmente y, posteriormente, conduce a lesiones celulares irreversibles en el organismo por la anoxia tisular y a la muerte biológica. (Isabel Coma-Canella, 2016)

Clínicamente una PCR se diagnostica por: pérdida de conocimiento, ausencia de pulsos palpables y apnea.

#### 4.1.2. Etiología

**4.1.2.1. Origen cardíaco** La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de PCR en adultos en los países occidentales. La taquicardia ventricular (TV) y fibrilación ventricular (FV) son responsables del 75% de las muertes súbitas (Yusuf S, 1993)

a. **Enfermedades cardíacas** El 80% de PCR de origen cardíaco presentan aterosclerosis coronaria. Del 40 al 86% de los supervivientes presentan estenosis coronarias superiores al 75%. En una serie de 113 casos de muerte súbita, se observó trombosis coronaria aguda en el 48% de los casos e infarto antiguo en el 26% (Burke AP, 1997)

Las miocardiopatías constituyen la segunda entidad responsable. La miocardiopatía hipertrófica presenta una prevalencia de muerte súbita del 2 al 4% anual en adultos y del 4 al 6% en niños y adolescentes (Spirito P, 1997)



Esto se debe a arritmias, deterioro hemodinámico súbito o isquemia. La miocardiopatía dilatada ocasiona el 10% de las muertes súbitas en adultos. La displasia arritmogénica ventricular derecha constituye una miocardiopatía de origen genético causante de arritmias ventriculares graves. La miocarditis es una causa de muerte súbita relativamente frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes; es habitual en este caso la concurrencia del ejercicio intenso como concausa.

Otra entidad son las alteraciones electrofisiológicas: síndrome del intervalo QT largo, síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW), FV idiopática, síndrome de Brugada, TV idiopáticas o bloqueo AV congénito. Hipertrofia ventricular, cardiopatías valvulares y congénitas son también alteraciones cardíacas relacionadas con la muerte súbita. (Levy BD, 1998)

**4.1.2.2. Origen respiratorio** La principal causa para muerte de niños por obstrucción de vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE)

**a. Enfermedades respiratorias** Tanto las infecciones como las obstrucciones de la vía aérea pueden producir muerte súbita. En el asma bronquial la muerte súbita se ha relacionado con la sobreutilización de beta miméticos y con hipotensión-bradicardia de origen vasovagal. Se ha descrito una forma de asma bronquial hiperaguda que puede conducir a la muerte por obstrucción de la vía aérea en pocos minutos (Council., 1995)

**4.1.2.3. Origen neurológico** El desbalance simpático y vagal puede predisponer al desarrollo de arritmias, sobre todo si concurren alteraciones electrolíticas. Hay datos experimentales que adjudican al sistema nervioso parasimpático una acción profibrilatoria auricular y una disminución del riesgo de arritmias ventriculares (Zipes DP, 1998) Algunas formas del síndrome del intervalo QT largo se relacionan con desbalances del tono simpático.

La muerte súbita en episodios convulsivos se ha relacionado con arritmias por hiperactividad simpática. Excluidas causas traumáticas y accidentales, la epilepsia supone el origen del 15% del total de muertes súbitas entre los 1 y 22 años. (Paradis NA, 1996) Los accidentes cerebrovasculares también pueden ser causa de muerte súbita.

**4.1.2.4. Origen traumatológico** El 2,4% de las muertes de origen traumático en el área de urgencias de un hospital tienen lugar de forma inesperada (Kubalak G, 1991). A consecuencia del traumatismo puede producirse liberación excesiva de catecolaminas, hipoxia y alteraciones electrolíticas inductoras de arritmias. Los traumas craneales, torácico y abdominal pueden ser directamente responsables de una muerte súbita, así como el trauma de extremidades cuando da lugar a trombo embolismo pulmonar. Un traumatismo torácico puede causar PCR tanto por el trauma miocárdico como por la inducción de arritmias (*commotio cordis*) (Link MS, 1998)

**4.1.2.5. Otras causas** Entre ellas cabe destacar disección aórtica, rotura de aneurismas arteriales, embolias pulmonares, hipo e hipertiroidismo, disfunción suprarrenal. Entre los tóxicos hay que destacar la cocaína, la inhalación de tolueno, el alcohol y los fármacos.

### **4.1.3. Reanimación cardiopulmonar**

La RCP se divide en 3 fases: soporte vital básico (SVB), soporte vital cardíaco avanzado (SVCA) y cuidados pos resucitación.

**4.1.3.1. Soporte vital básico** Es el intento de mantener la función circulatoria y respiratoria mediante el uso de compresiones torácicas externas y aire espirado desde los pulmones de un reanimador (Ruano M, 1996 ) Se realiza sin equipamiento, excepto accesorios para evitar el contacto directo boca-boca o boca-nariz. El reconocimiento de la importancia de la desfibrilación precoz para el paciente adulto con paro cardíaco comprobado ha llevado al empleo de desfibrilación por los proveedores tradicionales del SVB.

**4.1.3.1.1. Actuaciones para dar SVB y activación de servicio de Emergencias**

*a. Análisis o valoración de la situación. Comprende varias actuaciones:*

- Confirmar la supuesta pérdida de conciencia, comprobando si el paciente responde o no a estímulos, moviéndolo suavemente por los hombros e interrogándolo verbalmente.
- Comprobar la ventilación espontánea, para lo cual el reanimador aproximará su mejilla a la boca-nariz de la víctima y observará durante 5 segundos los movimientos del tórax y los sonidos espiratorios del paciente.
- Comprobar la existencia de circulación espontánea, tomando el pulso, preferentemente sobre la carótida, durante otros 5 segundos.

**4.1.3.1.2. SVB para adultos**

*4.1.3.1.2.1. Secuencia del soporte vital básico* El SVB incluye una serie de maniobras que se han descrito bajo la regla nemotécnica del «CAB» de la reanimación, a la que últimamente se le ha añadido la letra «D».

«C»: circulación o masaje cardíaco sin el empleo de ningún utensilio especial.

Las compresiones se dan:

Más de 100 por minuto (frecuencia de 100-120)

Profundidad mínima de 5 cm.

Igual tiempo compresión/descompresión (50/50%)

Mínima interrupción

Expansión torácica completa durante descompresión

«A»: apertura de las vías aéreas para que se mantengan permeables.

«B»: boca-boca, para proporcionar un soporte a la respiración.

Ventilar 2 veces cada 30 compresiones por 5 ciclos

«D»: desfibrilar, siempre que se compruebe que haya FV o TV

Administrar una descarga. Reanude RCP de inmediato durante aproximadamente 2 minutos. Continuar hasta que sustituya personal de SVA (Association American Heart, 2015)



Gráfico N°1: Cadena de supervivencia

Fuente: (Association American Heart, 2015)

#### 4.1.3.1.2.2. *Desfibrilador externo automático (DEA) para adultos*

*y niños a partir de 8 años* Desfibrilar lo antes posible. Los

DEA se pueden manejar correctamente sin ningún

entrenamiento previo. No obstante, incluso un entrenamiento

mínimo genera una mejora en la actuación del reanimador, la

realización de las acciones en el momento oportuno y la

eficacia.

Pasos: Encienda el DEA; Coloque los parches del DEA sobre el tórax desnudo de la víctima; Ordene a todos los presentes que se aparten de la víctima y analice el ritmo; Si el DEA recomienda una descarga, le advertirá que aleje de la víctima a todas las personas presentes; Si no es

necesario administrar la descarga, y después de cualquier descarga, reanude inmediatamente la RCP comenzando por las compresiones torácicas; Al cabo de 5 ciclos o unos 2 minutos de RCP el DEA le indicara que repita los pasos 3 y 4

#### 4.1.3.1.2.3. *SVB para niños a partir de 1 año hasta la pubertad*

Los signos de pubertad incluyen la presencia de vello en el tórax o antebrazos en varones y desarrollo mamario en mujeres.

Relación compresión-ventilación para RCP con 2 reanimadores: 15:2 para a RCP en niños con 2 reanimadores.

Profundidad de las compresiones: en el caso de los niños, comprima como mínimo una tercera parte de la profundidad del tórax, aproximadamente 5 cm (2 pulgadas).

Técnica de compresión: puede realizar compresiones torácicas con una sola mano en el caso de niños muy pequeños o con dos manos.

Cuándo activar el sistema de respuesta a emergencias:

Si no ha presenciado el paro cardíaco y se encuentra solo, realice la RCP durante 2 minutos antes de dejar al niño para activar el sistema de respuesta a emergencias y buscar el DEA

Si el paro es súbito y hay testigos, deje al niño para activar el sistema de respuesta a emergencias y buscar el DEA (o desfibrilador) y, después, regrese con el niño

#### 4.1.3.1.2.3.1. *Secuencia SVB/BLS Pediátrico con 1*

##### *Reanimador:*

Compruebe si el niño responde y respira. Si no hay respuesta y no respira, o sólo jadea/boquea, grite pidiendo ayuda.

Si alguien responde, envíe a esa persona a activar el sistema de respuesta a emergencias y traer el DEA.

Si el niño sufrió el colapso de forma súbita y se encuentra solo, deje al niño para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA y, después, regrese con el niño.

Compruebe el pulso del niño (entre 5 segundos como mínimo y 10 como máximo). Puede intentar detectar el pulso femoral o carotideo del niño.

Si al cabo de 10 segundos no detecta pulso, o si a pesar de aplicar una oxigenación y ventilación efectivas, la frecuencia cardíaca es inferior a 60 latidos por minuto con signos de perfusión débil, realice ciclos de compresión-ventilación (relación 30:2) comenzando por las compresiones.

Después de 5 ciclos, si nadie lo ha hecho antes, active el sistema de respuesta a emergencias y busque el DEA (o desfibrilador). Utilice el DEA tan pronto como esté disponible. (Association American Heart, 2015)

#### ***4.1.3.1.2.3.2. Localización del Pulso en la Arteria Femoral:***

Para comprobar el pulso en un niño, palpe sobre la arteria carótida o femoral. Si no pulso detecta pulso al cabo de 10 segundos, inicie las compresiones torácicas.

Siga estos pasos para localizar el pulso en la arteria femoral:

Coloque los 2 dedos en la cara interna del muslo, entre el hueso de la cadera y el hueso púbico y justo debajo de la ingle, donde la pierna se une con el abdomen.

Sienta el pulso durante 5 segundos como mínimo, pero no más de 70 Si no detecta ningún pulso, inicie la RCP comenzando por las compresiones torácicas (secuencia C-A-B). (Association American Heart, 2015)

#### ***4.1.3.1.2.3.3. Secuencia SVB/BLS Pediátrico en niños con 2***

*reanimadores:*

Siga estos pasos para realizar la secuencia de SVB/BLS en niños con 2 reanimadores (sin DEA):

Compruebe si el niño responde y respira. Si no hay respuesta y no respira, o sólo jadea/boquea, el segundo reanimador activa el sistema de respuesta a emergencias.

Compruebe el pulso del niño (entre 5 segundos como mínimo y 10 como máximo). Puede intentar detectar el pulso femoral o carotideo del niño.

Si al cabo de 10 segundos no detecta pulso, o si a pesar de aplicar una oxigenación y ventilación efectivas, la frecuencia cardíaca es inferior a 60 latidos por minuto con signos de perfusión débil, realice ciclos de compresión-ventilación (relación 30:2). Cuando llegue el segundo reanimador, utilice una relación de compresiones-ventilaciones de 15:2.

#### **4.1.3.1.2.3.4. Ventilación con dispositivos de barrera en Niños:**

Utilice dispositivos de barrera del mismo modo que en los pacientes adultos.

Para realizar una ventilación con bolsa mascarilla, seleccione una bolsa y una mascarilla de un barrera en niños tamaño apropiado. La mascarilla debe abarcar por completo la boca y la nariz de la víctima sin cubrir los ojos ni superponerse al mentón. Cuando haya seleccionado la bolsa y la mascarilla, realice una maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón para abrir la vía aérea de la víctima. Presione la mascarilla contra el rostro del niño mientras levanta la mandíbula de éste, formando un sello hermético entre el rostro del niño y la mascarilla. Cuando sea posible, conecte el suministro de oxígeno suplementario a la mascarilla.

**4.1.3.1.2.4. Soporte vital básico para lactantes** Compruebe si el lactante responde y respira. Si no hay respuesta y no respira, o sólo jadea/boquea, grite pidiendo ayuda.

Si alguien responde, envíe a esa persona a activar el sistema de respuesta a reemergencias y traer el DEA (o desfibrilador).

Compruebe el pulso del lactante en la arteria braquial (entre 5 segundos como mínimo y 10 como máximo).

Si no detecta pulso, o si, a pesar de una oxigenación y ventilación adecuadas, la frecuencia cardíaca es inferior a 60 latidos por minuto con signos de perfusión débil, realice ciclos de compresiones y ventilaciones

(relación 30:2 un operador; 15:2 dos operadores) comenzando por las compresiones. Coloque dos dedos en el centro del tórax del lactante justo por debajo de la línea de los pezones. No presione en la parte inferior del esternón

Comprima fuerte y rápido. Para realizar compresiones torácicas, presione el esternón del lactante al menos un tercio de la profundidad del tórax (aproximadamente 4 cm [1½ pulgadas]).

Aplice las compresiones de manera ininterrumpida con una frecuencia mínima de 100 compresiones por minuto.

Al término de cada compresión, asegúrese de permitir que el tórax se expanda completamente. La expansión del tórax permite que la sangre vuelva a fluir hacia el corazón y es necesaria para que las compresiones torácicas generen circulación sanguínea. Una expansión incompleta del tórax reducirá el flujo sanguíneo que se crea con las compresiones torácicas. Los tiempos de compresión y expansión torácicas deberían ser aproximadamente iguales.

Reduzca al mínimo las interrupciones de las compresiones torácicas.

Ventilaciones son boca a boca - nariz.

Después de 5 ciclos, si nadie lo ha hecho antes, active el sistema de respuesta a emergencias (SAMU 131) y busque el DEA (o desfibrilador). Coloque al lactante en una superficie firme y plana

4.1.3.1.2.5. *Importancia de ventilaciones en niños y lactantes* En cambio, los lactantes y niños que desarrollan un paro cardíaco a menudo presentan una insuficiencia o paro respiratorio que reduce el contenido de oxígeno en la sangre antes incluso de que se produzca el paro.

Así, en la mayoría de los lactantes y niños que experimentan un paro cardíaco, las compresiones torácicas por sí solas no resultan tan eficaces para administrar oxígeno al corazón y al cerebro como la combinación de compresiones más ventilaciones.



Por este motivo, es sumamente importante realizar tanto compresiones como respiraciones en lactantes y niños durante la RCP. (Association American Heart, 2015)

4.1.3.1.2.6. *Desfibrilador externo automático para lactantes y niños de 1 a 8 años* Si es posible, utilice parches pediátricos y un DEA pediátrico para lactantes y niños de hasta 8 años.

En el caso de los lactantes, se prefiere el uso de un desfibrilador manual en lugar de un DEA.

Si no se dispone de un desfibrilador manual, se prefiere el uso de un DEA equipado con un sistema de atenuación de la descarga para dosis pediátricas. Si ninguno de ellos está disponible, puede utilizarse un DEA sin un sistema de atenuación de la descarga para dosis pediátricas.

Si utiliza un DEA en un lactante o en niño de menos de 8 años de edad y el equipo no dispone de parches pediátricos ni de un interruptor o adaptador pediátrico, puede usar los parches de desfibrilación para adulto y administrar la energía para adulto.

Coloque los parches de forma que no se toquen entre sí.

Componente	Adultos y adolescentes	Niños (entre 1 año de edad y la pubertad)	Lactantes (menos de 1 año de edad, excluidos los recién nacidos)
<b>Seguridad del lugar</b>	Asegúrese de que el entorno es seguro para los reanimadores y para la víctima.		
<b>Reconocimiento del paro cardíaco</b>	<p>Comprobar si el paciente responde</p> <p>El paciente no respira o solo jadea/boquea (es decir, no respira normalmente).</p> <p>No se detecta pulso palpable en un plazo de 10 segundos.</p> <p>(La comprobación del pulso y la respiración puede realizarse simultáneamente en menos de 10 segundos.)</p>		
<b>Activación del sistema de respuesta a emergencias</b>	<p>Si está usted solo y sin teléfono móvil, deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA antes de comenzar la RCP.</p> <p>Si no, mande a alguien en su lugar e comience la RCP de inmediato; use el DEA en cuanto esté disponible.</p>	<p><b>Colapso presenciado por alguna persona</b> Siga los pasos para adultos y adolescentes que aparecen a la izquierda.</p> <p><b>Colapso no presenciado</b> Realice la RCP durante 2 minutos.</p> <p>Deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA. Vuelva a donde esté el niño o lactante y reinicie la RCP; use el DEA en cuanto esté disponible.</p>	
<b>Relación compresión-ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea</b>	<b>1 o 2 reanimadores</b> 30:2	<b>1 reanimador</b> 30:2	
<b>Relación compresión-ventilación con dispositivo avanzado para la vía aérea</b>	<p>Compresiones continuas con una frecuencia de 100 a 120 cpm.</p> <p>Proporcione 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto)</p>		
<b>Frecuencia de compresiones</b>	100-120 lpm		
<b>Profundidad de las compresiones</b>	Al menos 5 cm (2 pulgadas)*	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax Al menos 5 cm (2 pulgadas)	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax Alrededor de 1½ pulgadas (4 cm)
<b>Colocación de la mano o las manos</b>	2 manos en la mitad inferior del esternón	2 manos o 1 mano (opcional si es un niño muy pequeño) en la mitad inferior del esternón	<p><b>1 reanimador</b> 2 dedos en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de los pezones</p> <p><b>2 o más reanimadores</b> 2 pulgares y manos alrededor del tórax, en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de los pezones</p>
<b>Descompresión torácica</b>	Permita la descompresión torácica completa después de cada compresión; no se apoye en el pecho después de cada compresión.		
<b>Reduzca al mínimo las interrupciones.</b>	Limite las interrupciones de las compresiones torácicas a menos de 10 segundos		

\*La profundidad de compresiones no debe ser superior a 6 cm (2,4 pulgadas).

Abreviaturas: DEA (desfibrilador externo automático), AP (anteroposterior), cpm (compresiones por minuto), RCP (reanimación cardiopulmonar).

Gráfico N°2: Cuadro resumen de referencias de BLS en adultos, niños y lactantes

Fuente: (Association American Heart, 2015)

#### 4.1.4. Identificación y manejo del OVACE

Cuando se habla de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, se hace referencia a un objeto sólido.

La primera valoración debe centrarse en reconocer si se trata de una obstrucción leve o severa

#### **4.1.5. Obstrucción de la vía aérea leve en paciente consciente**

Si la víctima es capaz de emitir sonidos claros, toser o hablar, se trata de una obstrucción leve en un paciente consciente.

Se debe hacer que tosa sin ningún otro tipo de maniobras, puesto que se considera que la presión positiva que se produce en la vía aérea mediante el mecanismo de la tos es la maniobra más efectiva para que expulse el cuerpo extraño que obstruye la vía aérea.

#### **4.1.6. Obstrucción de la vía aérea severa en paciente consciente**

Se trata de una víctima con cianosis, que no consigue emitir sonidos claros ni toser, tiene seria dificultad en respirar y se aprecia un gran trabajo respiratorio (tiraje supraclavicular, intercostal); su tendencia es evolucionar a la inconsciencia y posteriormente a una PCR.

1. Identificar la situación: el paciente consciente no consigue respirar bien, ni toser, ni emitir sonidos claros
2. Inclinar el tronco del paciente hacia delante, apoyando el pecho sobre su antebrazo y sujetando la mandíbula con la mano: se debe golpear enérgicamente con la palma de la mano libre en la zona interescapular cinco veces (cada palmada debe ser un intento de maniobra efectiva para liberar la vía aérea).
3. Si tras cinco intentos, no se libera la vía aérea, hay que colocarse detrás del paciente, abrazándolo por debajo de sus brazos y localizando el punto medio entre el ombligo y el apéndice xifoides.
4. Comprimir el abdomen hacia dentro y hacia arriba 5 veces.
5. Si la obstrucción no se ha solucionado, continuar alternando los cinco golpes en la espalda con las cinco compresiones abdominales. Continuar hasta que expulse el cuerpo extraño o hasta que el paciente quede inconsciente.

#### **4.1.7. Obstrucción de la vía aérea en paciente inconsciente**

Suele ser la evolución de una obstrucción severa de la vía aérea y generalmente solo se detecta inicialmente si se ha presenciado el atragantamiento.

1. Realizar maniobras de RCP según el algoritmo, pero verificando, cada vez que se realice la maniobra de apertura de vía aérea para verificar la presencia de algún cuerpo extraño en la orofaringe.
2. Solo si se visualiza el cuerpo extraño y se está seguro de poder retirarlo, realizar un barrido digital con el índice, tratando de sacarlo. Si se tiene dudas, no lo hacerlo (Martínez Lores & González Casares, 2012)

## 5. MATERIALES Y METODOS

### 5.1. Tipo de estudio

El estudio que se propone en este trabajo de investigación, es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, durante el período comprendido desde diciembre 2015 a junio del año 2016.

### 5.2. Área de estudio

El área de estudio corresponde al Hospital General Isidro Ayora de Loja. El lugar donde se va a realizar la investigación está integrado por el campo comprendido por el personal operativo del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja encontrándose sus instalaciones en las calles Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego, su estructura es de 4 pisos y el subterráneo o planta baja.

El Hospital Isidro Ayora limita al Norte con la calle Manuel Monteros al sur con la calle Imbabura al este con la Avenida Iberoamericana y al Oeste con el túnel de los ahorcados.

Puntos de referencia frente a Cruz Roja Ecuatoriana.

Cuenta con un personal de 756 trabajadores entre operativo y administrativo

#### 5.2.1. Universo:

Nuestro universo de estudio corresponde a 457 personas dentro del personal de salud y 90 internos rotativos que conforma el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, dando un total de 547 personal operativo

Criterios de inclusión:

- Personal de salud (médicos generales y especialistas, internos de medicina, enfermeras, auxiliar de enfermería) que labora en los servicios del hospital de segundo nivel como es el Isidro Ayora de Loja.

Criterios de exclusión:

- Personal que labore en los servicios de neonatología.
- Personal que se encuentren en período de asueto.
- Personal que se encuentren suspendidos por maternidad, enfermedad o discapacidad física.
- Personal administrativo.

### 5.2.2. Muestra:

La muestra considerada para realizar el estudio se representa mediante una fórmula, puesto que la cantidad de personas que conforman el hospital dentro de servidores operativos es extensa.

Heterogeneidad 50%, margen de error del 5% y nivel de confianza de 95%

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

$$n = 226$$

### 5.2.3. Tipo de Muestreo

Probabilístico por conglomerados.

### 5.2.4. Métodos, técnicas e instrumentos recolección de datos:

La recolección de la información se obtendrá mediante un cuestionario dado por Cruz Roja Ecuatoriana elaborado para medir los conocimientos respecto al BLS puesto que es el instrumento más adecuado para la recolección de la información probado antes por dicha institución siendo así fácil para su análisis dentro de este tipo de investigación.

Este instrumento constara de preguntas cerradas, claras, sencillas y comprensibles, con el objeto de poder analizar e interpretar los resultados, utilizando la estadística.

Para así plantear las conclusiones y recomendaciones, y de esta manera, lograr que el proceso sea dinámico, objetivo y realista.

### 5.2.5. Variables del presente estudio

Conocimiento teórico de Reanimación Cardiopulmonar Básica.

### 5.2.6. Procedimiento:

Autorización por parte del Hospital Isidro Ayora de Loja

Dar la información adecuada para la aplicación del instrumento.

Consentimiento informado

Aplicación del cuestionario al personal de salud del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Tabulación de datos obtenidos, con su respectiva representación gráfica; análisis de los resultados y elaboración de conclusiones y recomendaciones.

En caso de obtener resultados con conocimiento alto o bajo se socializara con el director del Hospital para una propuesta oportuna luego de haber finalizado la tesis y exposición de la misma frente al tribunal.

## 6. RESULTADOS

### Grafico N° 1

#### Realización del curso de soporte vital básico



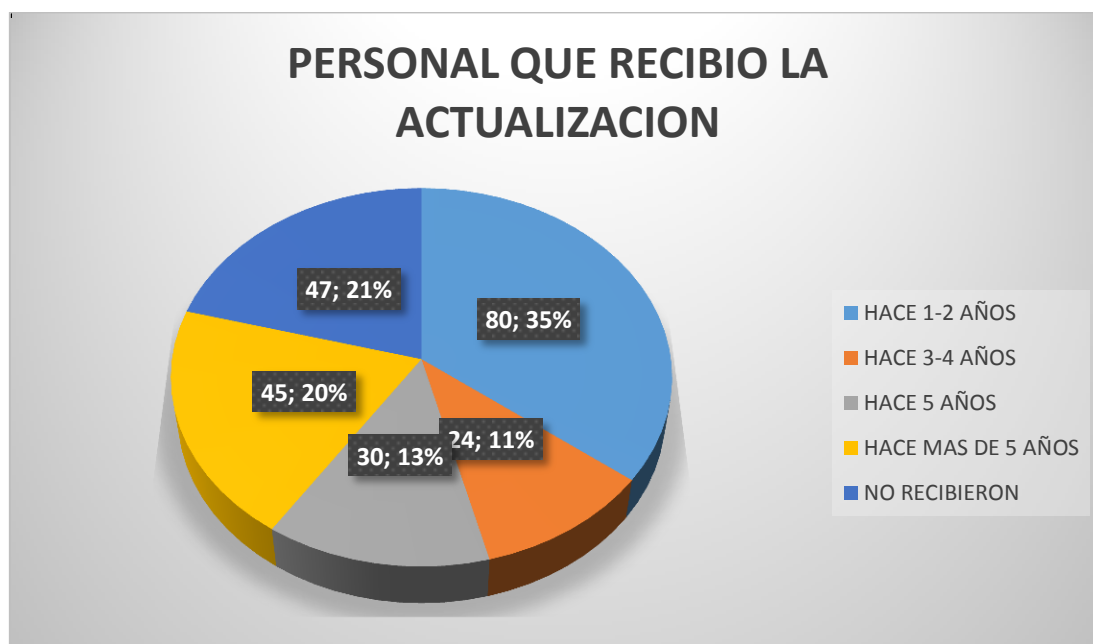
*FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de Salud del Hospital Isidro Ayora.*

*ELABORACIÓN: Ana Gabriela Godoy Ríos*

**ANALISIS:** Del personal de salud el 79% si recibieron el curso de SVB mientras que el 21% manifiesta que no recibió el curso.

**Grafico N° 2**

*Tiempo en el que se actualizo en soporte vital básico*



*FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de Salud del Hospital Isidro Ayora.*

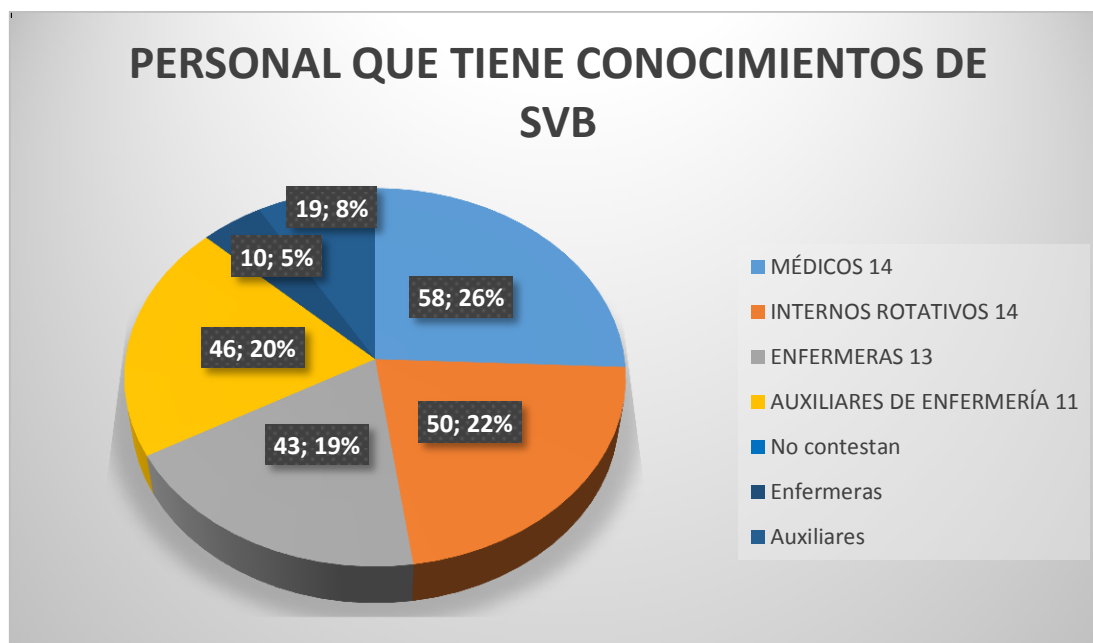
*ELABORACIÓN: Ana Gabriela Godoy Ríos*

ANALISIS: El personal de salud se han actualizado de 1 a 2 años 35%, mientras que hace más de 5 años el 20% recibió su última actualización.



### Grafico N° 3

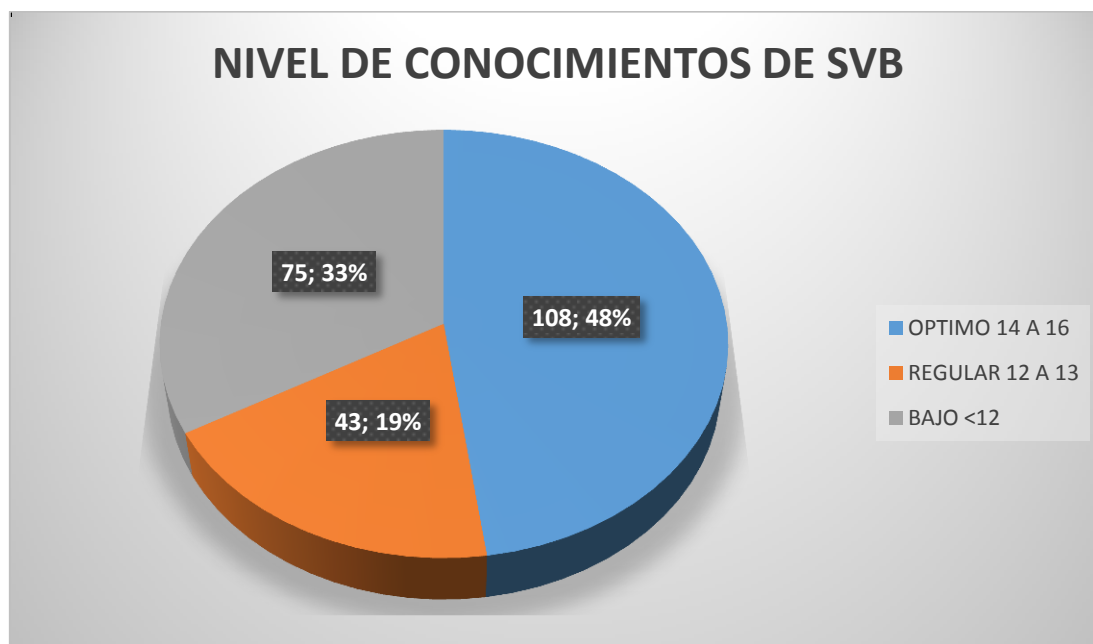
#### *Personal de salud con conocimientos de soporte vital básico*



*FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de Salud del Hospital Isidro Ayora.*

*ELABORACIÓN: Ana Gabriela Godoy Ríos*

ANÁLISIS: El 26% y 22% médicos e internos respectivamente tuvieron un promedio de 14 puntos mientras que el 20% obtuvo promedio de 11. Cabe recalcar que el 7.9% respondió sin haber seguido un curso de SVB.

**Grafico N° 4***Nivel de conocimientos*

*FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de Salud del Hospital Isidro Ayora.*

*ELABORACIÓN: Ana Gabriela Godoy Ríos*

**ANALISIS:** En el nivel de conocimientos pudimos evidenciar que el 48% del personal de salud tienen un nivel óptimo mientras que el 33% tienen un bajo nivel incluyéndose el personal que no contestó.

## 7. DISCUSIÓN

Con respecto al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica del personal de salud del Hospital Isidro Ayora. De los ítems o aspectos relacionados a recibieron una capacitación sobre SVB: del personal la mayoría si recibieron Soporte Vital Básico (SVB), el cual va de la mano con la actualización del mismo en donde hay un porcentaje que supera que se ha actualizado hace 1 o 2 años demostrando que es importante estar preparados para brindar un buen SVB, al trabajar en servicios con alto riesgo de encontrar una situación hemodinámica comprometida para la salud del paciente, proporciona mayor motivación a los profesionales sanitarios para recibir mayor formación en este área de estudio.

Como se menciona en la AHA El protocolo es actualizado cada 5 años, y actualmente está vigente la guía del año 2015, el cual cuenta con cambios a la anterior guía siendo así importante tener conocimiento puesto que son actualizaciones que nos llevan a un manejo óptimo de las víctimas.

Se constata una preocupación por la formación continuada del profesional, pues el 41% de los encuestados realiza un curso de actualización cada dos años, requerida para cumplir las medidas de formación de los organismos internacionales. Como afirma (Montes AV, 2010) los profesionales sanitarios se encuentran concienciados de la necesidad de formación (Montes AV, 2010), reclamando incluso enseñanza periódica obligatoria (Castillo-García J, 2006). Al ser los primeros profesionales sanitarios en atender una parada cardiorrespiratoria deben estar preparados. Se ha demostrado que la formación reciente, esto es, realizar un curso de formación en los últimos dos años, o en los últimos 6 meses, es un buen predictor de tener habilidades en RCP. (Kyriakou F, 2013)

De los conocimientos en SVB se puede decir que están en un porcentaje en donde los médicos e internos del hospital se encuentran en un promedio aceptable pero no excelente para la atención de PCR, el origen de estos resultados podrían estar en el mayor número de años de formación académica y probablemente el mayor aprovechamiento de los cursos de formación por parte de los adjuntos; mientras que las enfermeras están en un nivel regular y auxiliares en un promedio bajo, similar a algunos estudios previos (Passali C, 2011;) han confirmado similares porcentajes, mientras que otra encuesta realizada en España por (Castillo-García J, 2006) encontró un nivel de conocimiento en RCP muy superior entre el personal enfermero hospitalario; señalando que es importante un óptimo conocimiento para la atención inmediata y temprana del PCR puesto que si no se actúa de manera anticipada y

según el protocolo los perjuicios son realmente desfavorables para la persona como mala evolución neurológica y riesgo de muerte.

En lo que respecta a la preparación cabe recalcar que conocer no incluye que tenga un nivel óptimo, es por eso que se toma en cuenta que el personal de salud no alcanza el límite de excelencia pero logra un porcentaje de 67% entre regular y bueno que en su totalidad no es suficiente, puesto que en los hospitales se debería tener conocimiento aceptable por lo menos el 70% del personal pues esto es necesario para lograr una efectiva reanimación de PCR y estar a la par de países de Europa Occidental. (Aguilar, 2004)

Para aumentar el nivel de confianza de los profesionales sanitarios, se proponen simulaciones con el fin de reducir el nivel de estrés del personal residente y enfermero (cardiopulmonary, 2005) , propio de las situaciones críticas con pacientes reales

Hay estudios recientes que abogan por el uso combinado de la formación teórico-práctica y las nuevas tecnologías en materia de formación en RCP, usada en la actualidad por la formación AHA y Consejo Europeo de Resucitación (ERC)

## 8. CONCLUSIONES

- Observe que el 79% del personal del Hospital Isidro Ayora ha recibido SVB lo cual es gratificante puesto que saben la importancia de este protocolo como respuesta inmediata y oportuna.
- El 35% del personal de salud se actualiza en SVB entre 1 a 2 años siendo un porcentaje bajo puesto que para lograr una buena atención se necesita de personal capacitado con espíritu de superación y sobre todo aprendizaje.
- El 48% del personal de salud entre médicos e internos se encuentran con óptimos conocimientos de SVB, ya que son quienes están velando por el bienestar y son responsables en gran medida de su cuidado y de salvaguardar su vida.
- El 7.9% del personal de salud entre ellos enfermeras y auxiliares contestó el cuestionario sin haber tenido un curso-taller de SVB, lo que permite observar que mediante la práctica o lectura también se puede autoformar cuando hay entusiasmo y ganas de aprender.
- Se ha realizado un plan de capacitación como sugerencia para mejorar la calidad de respuesta frente a PCR.

## 9. RECOMENDACIONES

- Iniciar capacitaciones periódicas sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, y que certifique su aplicación.
- Fortalecer sus capacidades para realizar una reanimación cardiopulmonar de calidad siguiendo los pasos del protocolo adecuadamente, ya que es esencial conocer y aplicar oportunamente las maniobras, y así restaurar las funciones vitales de la víctima, pues de no ser así decrecen las oportunidades de supervivencia de la víctima.
- Comisión para revisión y capacitación permanente.
- Revisión anual de los protocolos o guías de procedimiento
- Capacitación del personal de manera anual
- Sembrar en el personal la elaboración de protocolos o guías de procedimiento de reanimación cardiopulmonar básica en sus áreas de trabajo.
- Realización de un estudio comparativo entre conocimientos y prácticas sobre las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar en los profesionales.
- En las Áreas de Salud a través de los cursos profesionales deben entrenar periódicamente a los estudiantes sobre la aplicación correcta de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica.
- Capacitación del grupo para establecer un grupo homogéneo.

## 10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Aguilar, A. S. (2004). *Capacitacion y desarrollo del personal*. MEXICO: LIMUSA.
2. Asociación de Emergencia Médica Americana. (2010). *Soporte Vital Básico y Avanzado en el trauma prehospitalario ACLS*. EE. UU.: Octava edición, Editorial Elsevier, .Association American Heart. (15 de Nov de 2015). *Asociacion Americana del Corazón*. Obtenido de [http://www.rfess.es/DOCUMENTOS/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish\[1\].pdf](http://www.rfess.es/DOCUMENTOS/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish[1].pdf)
3. Burke AP, F. A.-H. (1997). Coronary risk factors and plaque morphology in men with coronary disease who died suddenly. *N Engl J Med. MEDILINE*, 336: 1.276-1.282
4. cardiopulmonary, H. R. (2005). a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3):288-97.
5. Castillo-Garcia J, A.-T. A.-Z.-M. (2006). Percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans. *Enfermería Clínica*, 16(1):39-43.
6. Council., G. d. (1995). Recomendaciones para el soporte vital básico en el adulto. . *Medicina Intensiva* , 19: 136-139 .
7. Comité internacional de enlace en reanimación <http://www.ilcor.org/home/>  
Disponiblesaquí.  
VídeoYoutube SVB: Vinnie Jones hard and fast Hands-only CPR ( traduccionparcial español).wmv  
Vídeo Youtube Atragantamiento Adulto SVB 2010. RECOMENDACIONES 2010.  
Fuente: [www.salvavidas.eu](http://www.salvavidas.eu).  
Vídeo “gasping”: WA gaspen.mpg
8. Dane et al, R.-L. K. (2000;). In-hospital resuscitation: association between ACLS training and survival to discharge. *Resuscitation. Scielo*, 47: 83-7.
9. Diaz Paola, P. D. (2014). *REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN ENFERMERAS*. GUATEMALA.
10. Esther Raya Diez et al. (02 de diciembre de 2015). *Recursos Sociales y Accesibilidad*. Obtenido de <http://www.guiarecursosocialesrioja.com/loja/ficha.php?idcat=4&idsubcat=&idrec=62>

11. Fabian C. Gelpi, y. e. (2015). Aspectos Destacados de actualización de las guías de la AHA para RCP y ACE de 2015. *American Heart Association* .
12. Fuente de las imágenes: Full version of the 2010 European Resuscitation Guidelines. Más información en:  
<https://www.erc.edu/>  
<http://www.ccr.cat/>
13. Guías para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen Ejecutivo: Jerry P. Nolan, Jasmeet Soar, David A. Zide, Dominique Biarent, Leo L. Bossaerte, Charles Deakin, Rudolph W. Kosterg, Jonathan Wyllie, Bernd Böttiger, en nombre del Grupo de Redacción de las Guías del ERC (Apéndice A)
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Sistema Integrado de Consultas*. Obtenido de <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction>
15. Isabel Coma-Canella, L. G.-C.-O. (2016). Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. *Revista de la Sociedad Española de Cardiología*., vol 52 pag 589.
16. Kubalak G, R. M. (1991). Unexpected death on the non-ICU trauma ward. *medline, J Trauma* , 31: 1.258-1.264.
17. Kyriakou F, I. N. (2013). Residents' resuscitation training and theoretical knowledge in a Greek General. *European Journal of Emergency Medicine*, 20(1):34-7.
18. Levy BD, K. B. (1998). Medical and ventilatory management of status asthmaticus. *Intens Care Med* , 24: 105-117 .
19. Link MS, W. P. (1998). An experimental model of sudden death due to low-energy chest-wall impact (commotio cordis). *N Engl J Med* , 1.805-1.811, 338.
20. Martínez Lores, F. J., & González Casares, N. y. (2012). SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA SEMIAUTOMÁTICA . *Normas de actuación. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061*, 15;16.
21. Ministerio de Salud Pública. (02 de diciembre de 2015). *Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1\\_00001203\\_2012\\_ac\\_00001203\\_2012.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1_00001203_2012_ac_00001203_2012.pdf)



22. Montes AV, M. A. (2010). Autoevaluation of doctors and nurses. *Resuscitation*.81(2):S96.
23. Organizacion Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades Cardiovasculares*. Ginebra Suiza: OMS.
24. Paradis NA, H. H. (1996). The science and practice of resuscitation medicine. *Cardiac arrest.*, 243-251.
25. Passali C, P. I. (2011;). Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support. *Nurse Education in Practice*, 11(6):365-9.
26. PERALES, N. &. (2010). *Manual de soporte vital avanzado* . España: Editorial Elsevier.
27. Ruano M, P. N. (1996 ). *Manual de soporte vital avanzado*. Barcelona: Masson S.A.
28. Spirito P, S. C. (1997). The management of hypertrophic cardiomyopathy. . *MEDLINE N Engl J Med* , 336: 775-785 .
29. Traducción oficial autorizada al español del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP)
30. Yusuf S, V. G. (1993). Critical review of the approaches to the prevention of sudden death. En A. J. Cardiol.
31. Zipes DP, W. H. (1998). Sudden cardiac death. . *Circulation* , 98: 2.334-2.351 .

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1.

**Universidad Nacional de Loja**  
**Área de la Salud Humana**  
**Carrera de Medicina Humana**

**Formulario de Consentimiento Informado “SOBRE SOPORTE VITAL  
BÁSICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA  
CIUDAD DE LOJA.**

El objetivo del presente formulario es brindar una clara y precisa explicación sobre la naturaleza de la investigación, así como, de su rol como participante en la misma. Tiene como objetivo evaluar los conocimientos SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA. Se llevará a cabo durante el PERIODO DICIEMBRE 2015- JUNIO 2016, como parte de la realización de la tesis de pregrado para la estudiante de la carrera medicina de la Universidad Nacional de Loja. Se le solicita su participación voluntaria para la realización del mismo; exponiéndole de antemano el propósito de este estudio, los pasos para la obtención de los datos y la publicación de los resultados. Para ello se solicita su aprobación escrita a través de un consentimiento informado. Su participación consiste en la realización de un cuestionario sobre los conocimientos. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito diferente al indicado. Sus respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Por participar en este estudio, usted no tendrá ninguna remuneración, ni será utilizado para evaluarlo como individuo o profesional dentro de la institución. Se solicitará un espacio del tiempo del participante para el llenado de los instrumentos, si en dado caso no se pudiese, se planeará a realizar en otro momento si es del consentimiento del participante. Si llegará a resultarle molesta su participación en este estudio se puede retirar.

## DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ he sido informado(a) sobre los objetivos del estudio y el método de recolección de la información. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y me han aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el compromiso que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida, que comprendo la indicación de este, he recibido una copia del mismo firmada y en tales condiciones Acepto participar voluntariamente en la realización del estudio. Nombre del participante:

\_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Loja, \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 2016

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO “CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA.

Instrucciones: Favor completar la información que a continuación se le solicita.

#### I. Datos Generales

a. Antecedentes de formación sobre Reanimación cardiopulmonar y/o soporte vital básico (BLS por sus siglas en ingles)

1. ¿Hace cuánto tiempo recibió su primera capacitación o certificación sobre RCP o BLS?

Hace \_\_\_\_\_ años

Hace \_\_\_\_\_ meses

Hace \_\_\_\_\_ días

2. ¿A cargo de quien estuvo su primera capacitación?

Casa farmacéutica

Residente

Otra ¿Quién?

3. ¿Ha recibido alguna recapitación o recertificación sobre RCP o BLS?

Si ¿En qué año? \_\_\_\_\_ No

4. ¿Sabe usted cada cuantos años, la Asociación Americana del Corazón (AHA por su siglas en ingles), producen nuevas guías sobre reanimación cardiopulmonar?

NO

Si \_\_\_\_\_ años

Conocimientos:

1. Durante la activación de la cadena de supervivencia se siguen ordenadamente los siguientes pasos. Escoja el enunciado correcto
  - a) Pide ayuda, Desfibrilación precoz, RCP de calidad, CAB, traslado urgente.
  - b) CAB, pide ayuda, desfibrilación precoz, RCP de calidad, traslado urgente.
  - c) CAB, pide ayuda, RCP de calidad, desfibrilación precoz, traslado urgente.
  
2. ¿Cuál de los siguientes dispositivos, NO se considera, dispositivo temporal de vía aérea?
  - a) Tubo endotraqueal
  - b) Mascara Laríngea
  - c) Cánula Orofaríngea
  
3. En la muerte súbita no traumática del adulto. ¿Cual es el ritmo cardíaco mas frecuente?

a	Asistolia
b	Actividad eléctrica sin pulso
c	Fibrilación ventricular
d	Fibrilación auricular

4. En la víctima de un Paro Cardio Respiratorio por Fibrilación Ventricular. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo?

a	Adrenalina IV
b	Golpe precordial
c	Intubación endotraqueal
d	Desfibrilación

5. En el Paro Cardio Respiratorio por Fibrilación Ventricular. ¿Cuál es la intervención más útil si no se cuenta con un desfibrilador?

a	Intubación endotraqueal
b	Adrenalina IV
c	RCP básica
d	Atropina IV

6. Ante una potencial víctima de muerte súbita. ¿Cuáles son los primeros dos pasos a seguir?

a	Evaluar respuesta y pedir ayuda
b	Desfibrilar y ventilar
c	RCP básica
d	Ventilar y comprimir tórax

7. Después de pedir ayuda. ¿Cuál es el siguiente paso?

a	Cardioversión eléctrica
b	Realizar maniobra de Heimlich
c	Averiguar antecedentes de la víctima
d	Abrir la vía aérea

8. La maniobra de mirar, escuchar y sentir (MES) se utiliza para:

A	Buscar circulación
B	Posicionar manos para compresiones torácicas
C	Buscar respiración
D	Pedir ayuda

9. Si una persona no tiene respuesta (inconsciente) y no respira probablemente sufrió un Paro Cardio Respiratorio. Si ya solicitó ayuda pero aun no llega el desfibrilador, ¿cuál es la acción más beneficiosa a realizar?

A	Maniobra de Heimlich
B	RCP básica (compresiones torácicas y ventilación artificial)
C	Intubación endotraqueal
D	Adrenalina IV

10. ¿Cuál es la relación compresiones torácicas: ventilaciones artificiales adecuadas tanto para uno o dos reanimadores?

A	15:2
B	5:1
C	50:2
D	30:2

11. En el Paro Cardio Respiratorio por Fibrilación Ventricular en ausencia de un desfibrilador, las compresiones torácicas efectivas aumentan la sobrevida. ¿Cuándo son efectivas las compresiones?

A	Frecuencia de 100 por minuto
B	Profundidad 4 a 5 cm.
C	Igual tiempo compresión/descompresión (50/50%)
D	Mínima interrupción
E	Expansión torácica completa durante descompresión
F	Todas las anteriores

12. Si un reanimador no quiere dar ventilación artificial boca a boca, ¿que debe hacer?

A	Suspender las maniobras
B	Esperar que el paciente sea intubado para continuar las maniobras
C	Maniobra de Heimlich
D	RCP solo con compresiones

13. ¿Cuál es la maniobra individual que afecta más el éxito de una reanimación?

A	Desfibrilación
B	Intubación endotraqueal
C	Adrenalina IV
D	Instalación CVC

14. ¿Cuántas descargas eléctricas deben realizarse entre cada ciclo de 2 minutos de compresión torácica y ventilación artificial?

A	1
B	2
C	3
D	4

15. En un Paro Cardio Respiratorio por Fibrilación Ventricular al aplicar la primera descarga eléctrica el Desfibrilador Externo Automático (DEA) reanaliza el ritmo y no recomienda una nueva descarga y la víctima reinicia su respiración espontánea. ¿Cual es el siguiente paso?

A	Suspender toda maniobra adicional
B	Continuar con ventilaciones artificiales solas
C	Continuar con 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones artificiales por 2 minutos
D	Continuar solo con compresiones torácicas



16. Si en el mismo paciente con Paro Cardio Respiratorio por Fibrilación Ventricular la primera descarga no es exitosa, ¿cuál debe ser el siguiente paso?

A	Suspender toda maniobra adicional
B	Continuar con ventilaciones artificiales solas
C	Continuar con 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones artificiales por 2 minutos y reanalizar el ritmo con el DEA
D	Continuar solo con compresiones torácicas

SCORE DE CALIFICACIÓN

OPTIMO 14-16

REGULAR 12-13


BAJO <12 PEOR

**ANEXO 3**

<b>Recursos materiales y presupuesto</b>	
Cuadernos para apuntes	USD. 5.00
Esferográficos	USD. 10.00
Hojas de papel boom tamaño A4	USD. 10.00
Servicio de Internet	USD. 180.00
Impresión y encuadernación de ejemplares del proyecto	USD. 150.00
Impresión y encuadernación de ejemplares de tesis	USD. 300.00
Impresión de propuesta de capacitación	USD. 25.00
Movilización	USD. 150.00
Imprevistos	USD. 150.00
<b>TOTAL</b>	<b>USD. 980.00</b>

## ANEXO 4

## Permiso


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

---

**MEMORÁNDUM Nro. 0311-CM-ASH-UNL**

**PARA:** Ing. Byron Guerrero Jaramillo  
**GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA**

**DE:** Dra. Ruth Maldonado Rengel  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 01 de febrero 2016

**ASUNTO:** Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

*David Ponce*  
*Tania Ortiz*

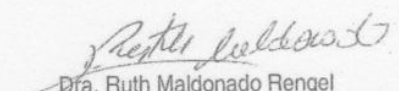
---

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Ana Gabriela Godoy Ríos**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la aplicación de un cuestionario al personal de salud, cuyos criterios de inclusión son a Médicos generales y especialistas, enfermeras, auxiliar de enfermería que labora en los servicios del hospital e Internos rotativos; y los criterios de exclusión son: Personal que labore en los servicios del Neonatología, que se encuentren en período de asueto, que se hallen suspendidos por maternidad, enfermedad o discapacidad física y personal administrativo; información que le servirá para la realización de la tesis titulada: **"CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO DICIEMBRE 2015-JUNIO 2016"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dra. Angélica María Gordillo**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e Institucional.

Atentamente,

  
**Dra. Ruth Maldonado Rengel**  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**  
**C.c.- Archivo**  
**Sip.**

**AutORIZADO**  
**11/02/2016**  
**QUIPAX DI 2016-00777**  
**Responsables médicos y**  
**RESPONSABLE**  
**HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA**  
**SECRETARÍA DE BERENCIA**  
**COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

**DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS**  
**TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480**









# Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

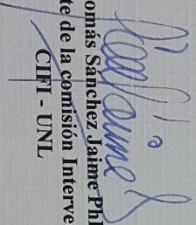
## Cruz Roja Ecuatoriana

Junta Provincial de Loja

*CERTIFICA QUE:*

**Godoy Rios Ana Gabriela**

*Asistió y aprobó el curso de REANIMACION CARDIO PULMONAR BÁSICA, AVANZADA E INTUBACION ENDOTRAQUEAL, de 40 horas de duracion. Dictados en la ciudad de Loja, del 14 al 16 de marzo del 2016*

  
Tomás Sánchez Jaime PhD,  
Presidente de la comisión Interventora UNL  
CIFI - UNL

  
Sra. Matigola Cárdenas  
PRESIDENTA CRUZ ROJA-LOJA

COD: 13

FOLIO: 11

REG: CRCPA016



ANEXO 7



**ANEXO 8**

**CURSO-TALLER ACTUALIZACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO**

**ELABORADO POR:**

**Ana Gabriela Godoy Ríos**

**ACTUALIZACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO**

**DIRIGIDO A:**

**PROFESIONALES DE SALUD**

**LOJA-ECUADOR**

**2016**



## **I. PRESENTACIÓN**

EL Hospital Isidro Ayora tiene personal especialista que conocen acerca del Soporte Vital Básico y se encuentran en constante actualización, instrumento que viabiliza acciones para llevar a efecto en forma conjunta con todo el personal de salud, diversas acciones tendientes a la mejora del accionar; siendo así que en este contexto, se da una propuesta de planificación y ejecución de Talleres de actualización en áreas específicas, eventos que están dirigidos a profesionales de la Salud, según necesidad, fundamentalmente para fortalecer y actualizar conocimientos y procedimientos para enfrentar de mejor forma la práctica profesional en los Servicios del Sistema Público de Salud del Ecuador.

Con esta finalidad, se ha diseñado Curso-taller de Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado; evento que, suma conocimientos, habilidades y destrezas a la formación en el ámbito práctico hospitalario y pre-hospitalario, donde es imprescindible manejar técnicas básicas ante ciertas emergencias y de Atención Primaria.

El Curso-Taller antes mencionado, integra metodologías de los principales escenarios de capacitación a nivel mundial, en áreas de atención como: atención emergente básica primaria, reanimación, los cuales contribuyen a mejorar las capacidades para abordar de forma actualizada y acertada, la práctica ante las diferentes circunstancias, que se constituyen en situaciones de emergencia, mejorando su capacidad de respuesta y posicionamiento en el hacer de la salud.

## **II. JUSTIFICACIÓN**

Ecuador cuenta con un Sistema de Salud organizado en el marco de la legislación específica, cuyo Enfoque es el de Atención Primaria en Salud, en tanto su Modelo Integral de Atención en Salud familiar y Comunitaria –MAIS-FyC, que reconoce la importancia de realizar en forma efectiva, acciones en cuanto a Promoción de la Salud; Prevención y Curación de la enfermedad; Rehabilitación y Reinserción a la vida familiar y comunitaria, por niveles de complejidad; dicho Sistema operativiza tanto en las Unidades de la Red Pública, cuanto en la atención de emergencias pre-hospitalarias, en concordancia con una política pública de contribuir a mejorar el accionar del sector Salud, hacia la búsqueda del Buen Vivir de la población ecuatoriana.

En ese contexto, la temática del Curso-taller que se presenta, aportan a esa apuesta política de procurar cambios radicales que plantea la organización del Sistema Sanitario Ecuatoriano, en el marco de un modelo de prevención, integral, descentralizado y basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, fortaleciendo el Primer Nivel de Atención.

Propósito en el cual, la Universidad Nacional de Loja como Institución pública, y otras entidades de capacitación como Cruz Roja Ecuatoriana podrían conjuntar sus capacidades y experiencias para ofrecer a estudiantes y profesionales de la Salud, herramientas teóricas y técnicas para enfrentar las principales emergencias en el ámbito de salud, mediante el presente Programa de Educación Continua.

### **III. OBJETIVOS GENERALES**

Actualizar a profesionales de la Salud, en Reanimación Cardiopulmonar básico y avanzado e intubación, en escenarios prácticos; contenidos y técnicas que contribuirán a orientar la toma de decisiones tendientes a la reducción de la morbimortalidad de pacientes en estados emergentes.

### **IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1: Fortalecer las capacidades de profesionales en Salud, en el manejo adecuado de Personas con Paradas Cardio Respiratorias (PCR) y obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).

2: Mejorar las destrezas de las y los participantes en el manejo de la técnica de Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada e intubación en el ámbito pre-hospitalario y hospitalario en casos de emergencia.

### **V. RESULTADOS ESPERADOS**

Al término del proceso de actualización, las y los Profesionales de la Salud habrán logrado:

1: Fortalecerse en el manejo integral de técnicas y procedimientos para un manejo adecuado de personas con PCR y OVACE

4: Comprensión de la dinámica integral del manejo de técnicas y procedimientos de Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada e intubación

5: Destrezas en la técnica de Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada e intubación a nivel pre-hospitalario y hospitalario en casos de emergencia.

## **VI. METODOLOGÍA**

Dichas capacitaciones serán trabajadas a través de momentos teórico-conceptuales introductorios, por parte de Especialistas del Hospital Isidro Ayora, que serán complementados con demostraciones realizadas por el personal Experto y, las consecuentes prácticas por parte del o la participante.

## **VII. CONTENIDOS**

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA

## **VIII. INFORMACIÓN GENERAL DEL CURSO-TALLER**

### **PARTICIPANTES**

Profesionales de la Salud

### **EXPOSITORAS Y EXPOSITORES**

Serán profesionales Médicos especialistas, médicos en Atención Primaria en Salud y, Socorristas.

**PERIODO DE EJECUCIÓN DE LOS CURSOS-TALLER: 2016**

### **HORARIO**

A disposición del Personal de Salud establecido por Hospital Isidro Ayora.

### **CERTIFICADO A OBTENER**

Certificado de aprobación, de 40 horas de duración, avalado y auspiciado por instituciones con quienes establecen convenios.

## **LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL EVENTO DE ACTUALIZACIÓN**

Los eventos de actualización en emergencias pre-hospitalarias y hospitalarias, tendrán lugar en las instalaciones del Hospital Isidro Ayora.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Asociación de Emergencia Médica Americana. (2010). *Soporte Vital Básico y Avanzado en el trauma prehospitalario ACLS*. EE. UU.: Octava edición, Editorial Elsevier, .Association American Heart. (15 de Nov de 2015). *Asociacion Americana del Corazón*. Obtenido de [http://www.rfess.es/DOCUMENTOS/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish\[1\].pdf](http://www.rfess.es/DOCUMENTOS/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish[1].pdf)
2. Fabian C. Gelpi, y. e. (2015). Aspectos Destacados de actualizacion de las guias de la AHA para RCP y ACE de 2015. *American Heart Association* .
3. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen Ejecutivo: Jerry P. Nolana, JasmeetSoarb, David A. Zidemanc, Dominique Biarentd, Leo L. Bossaerte, Charles Deakinf, Rudolph W. Kosterg, Jonathan Wyllieh, BerndBöttigeri, en nombre del Grupo de Redacción de las Guías del ERC (Apéndice A)
4. Isabel Coma-Canella, L. G.-C.-O. (2016). Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. *Revista de la Sociedad Española de Cardiología.*, vol 52 pag 589.
5. PERALES, N, & J., L. (2010), Manual de soporte vital avanzado Editorial Elsevier, España

## **PRESUPUESTO**

Dirigido por el Hospital Isidro Ayora

## **INFRAESTRUCTURA**

Se cuenta con las instalaciones del Hospital Isidro Ayora.

**PROGRAMACIÓN**

<b>CONTENIDO</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>TIEMPO</b>
<p><b>REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA</b></p> <p>Introducción;            Anatomía de la vía aérea;            Técnicas de intubación y farmacología;            Dispositivos de vía aérea: temporales y definitivos;            Manejo adecuado de la vía aérea;            Soporte vital básico;            Evaluación práctica;            Algoritmos de la ACLS;            Medicación de emergencia y vías de administración;            Arritmias letales y más comunes;            Manejo del desfibrilador manual y cardioversión;            Síndrome coronario agudo;            Accidente cerebro vascular;            Escenario práctico;            Evaluación teórica y práctica.  <b>CIERRE DEL CURSO-TALLER DE ACTUALIZACIÓN</b></p>	<p>Conferencias</p> <p>Demostración práctica</p> <p>Devolución de las prácticas</p>	<p>Cuatro días (40h)</p>

Ana Gabriela Godoy Ríos.

Estudiante de la Universidad Nacional de Loja.