



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SOPORTE VITAL BÁSICO QUE TIENEN LOS  
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LOS  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRIS LIMA NORTE EN EL  
DISTRITO DE COMAS 2020”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA  
EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**PRESENTADO POR:**

**BUSTAMANTE CARRASCO, JOSÉ LUIS**

**ASESOR:**

**Mg. BASURTO SANTILLAN, IVAN JAVIER**

**LIMA – PERÚ**

**2021**



## **DEDICATORIA**

A mi esposa e hijos por su apoyo constante y ser mi principal motivación para mi crecimiento y desarrollo profesional.

A mi madre por haber forjado en mí valores que me son la base de mi desarrollo personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A la plana docente de la especialidad de enfermería en emergencias y desastres de la Universidad Norbert Wiener por compartir sus conocimientos y experiencias que fueron fundamentales en mi formación como especialista.

**ASESOR:**

**Mg. IVAN JAVIER BASURTO SANTILLAN**

**JURADO**

**Presidente** : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

**Secretario** : Mg. Milagros Lizbeth Uturunco Vera

**vocal** : Mg. Maria Angelica Fuentes Siles

**INDICE GENERAL**

Dedicatoria	pág.
	iii
	vi

Agradecimientos	iv
Asesor	v
Índice General	vi
Índice de Anexos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y METODOS	
2.1 Enfoque y diseño de investigación	17
2.2 Población, muestra y muestreo.	17
2.3 Variable de estudio	17
2.4 Técnica e instrumento de medición	18
2.5 Procedimiento para recolección de datos	19
2.6 Métodos de análisis estadístico	19
2.7 Aspectos éticos	19
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIO	
3.1 Cronograma de actividades.	21
3.2 Recursos Financieros.	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	27

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Operacionalización de la variable .....	30
<b>Anexo B.</b> Instrumentos de recolección de datos .....	31
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado y/o Asentimiento informado .....	38

## **RESUMEN**

En el mundo existen altas tasas de incidencia de paro cardíaco, de los cuales la mayoría ocurren en el ámbito extra hospitalario. En nuestro país el escenario no es diferente, las enfermedades cardíacas ocupan el segundo lugar entre las causas de muerte, en la ciudad de Lima el tiempo promedio que tarda en recibir soporte vital una víctima en paro cardíaco, es de 17.2 minutos, se conoce que pasado los 10 minutos por lo general el pronóstico es malo. Los centros y puestos de salud, por su cercanía a las familias podrían responder más rápido a este tipo de emergencias, por ello el personal profesional de enfermería que labora en estos establecimientos de salud deben estar en permanente capacitación y actualización en soporte vital básico, para así poder brindar una respuesta adecuada y rápida, articulando así todo el sistema de salud. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico que tienen los licenciados de enfermería que laboran en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas. **METODOLOGÍA:** La presente investigación será de enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño metodológico, es una investigación descriptiva de corte transversal. Se utilizará un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario, que ha sido elaborado en base a las guías de soporte vital básico de la American Heart Association 2015 y sus actualizaciones 2018 y 2020. se tomará en cuenta los principios éticos, así mismo se pedirá su consentimiento informado a todos los participantes.

**PALABRAS CLAVES:** Conocimientos, Reanimación Cardiopulmonar, Enfermeras y Enfermeros

## **ABSTRACT**

In the world there are high rates of incidence of cardiac arrest, of which the majority occur in the extra-hospital setting in our country the scenario is not different, heart diseases occupy the second place among the causes of death, in the city of Lima the average time it takes a victim in cardiac arrest to receive life support is 17.2 minutes, it is known that after 10 minutes the prognosis is generally poor. Health centers and health posts, due to their proximity to families, could respond faster to this type of emergency, therefore the professional nursing staff working in these health establishments must be in permanent training and updating in basic life support, to thus to be able to provide an adequate and rapid response, thus articulating the entire health system. **TARGET:** Determine the level of knowledge about basic life support that nursing graduates who work in health centers and posts of the DIRIS Lima Norte have in the district of Comas. **METHODOLOGY:** This research will have a quantitative approach, in terms of methodological design, it is a descriptive cross-sectional research. A questionnaire-type data collection instrument will be used, which has been prepared based on the basic life support guidelines of the American Heart Association 2015 and their 2018 and 2020 updates. The ethical principles will be taken into account, and their Informed consent to all participants.

**KEY WORDS:** Knowledge, Cardiopulmonary Resuscitation, Nurses.

## I. INTRODUCCIÓN:

En la actualidad, se estima que en el mundo ocurre un infarto agudo de miocardio cada cuatro segundos, un evento cerebrovascular cada cinco segundos y al menos un tercio de las defunciones están relacionadas a las enfermedades cardiovasculares (1). Según la American Heart Association (AHA), se registran en todo el mundo más de 135 millones de muertes cada año a consecuencia de patologías cardiovasculares. A nivel global la tasa de incidencia del paro cardíaco extra hospitalario es de 20 a 140 por 100 000 habitantes, sin embargo la tasa de supervivencia se encuentra entre el 2% y el 11% (2). En los Estados Unidos la incidencia del paro cardiorrespiratorio es de 100 casos por cada 100 000 habitantes cada año, con una supervivencia menor al 15%. Estos datos dejan en evidencia que uno de los problemas de salud pública que ocasiona más decesos en el mundo es el paro cardiorrespiratorio. (2)

A nivel de América Latina las enfermedades cardiovasculares son causantes de dos de cada tres muertes. En el año 2007 se registraron aproximadamente 4.45 millones de defunciones, de ellas el 37% ocurrió en personas que tenían menos de 70 años, de todas estas muertes el 42.7% fueron como consecuencia de una enfermedad cardiovascular (3)

En nuestro país, al igual que en muchos países del mundo, la muerte súbita por parada cardíaca ocurre con frecuencia; nos encontramos ante un aumento en prevalencia de enfermedades no transmisibles, debido a la presencia de los factores de riesgo cardiovasculares (4)

Según datos de la organización panamericana de la salud, durante el año 2016, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Perú fue de 124.07 por 100 000 habitantes (5). Además, se conoce que la segunda causa de muerte en ambos sexos en el país durante el 2014 al 2016 son las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa del 32.4 al 36.7 por 100 000 habitantes (6). Cabe resaltar que más de la mitad de estas muertes se producen como consecuencia de la más severa de las cardiopatías isquémicas, la muerte súbita cardíaca (3).

El pronóstico de un paciente que presenta paro cardiorrespiratorio depende del tiempo que dure el paro cardiaco, un estudio realizado en el Hospital Jose Casimiro Ulloa en el año 2008, dio a conocer que los tiempos que los pacientes permanecieron en paro fluctuaron entre 1 y 30 minutos con una media de 17.2 minutos, el 31.4% permaneció en paro de 16 a 20 minutos y el 32.1% de los pacientes atendidos, no se les realizo reanimación cardiopulmonar debido a que ya habían fallecido o no reunían criterios de reanimación. (7)

Estos datos dejan evidencia que en nuestra ciudad existe deficiencia en la respuesta que se da a una víctima de paro cardiorrespiratorio que resulta en un retraso en el inicio de la reanimación, disminuyendo así la probabilidad de supervivencia (7).

En el distrito de Comas las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de 1466 muertes entre los años 2014 y 2016, representando el 16.94% de las muertes reportadas durante ese periodo y ocupando el tercer lugar en causas de mortalidad (8).

Las enfermedades cerebro vasculares representan uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, por lo general se inician desde la infancia manteniéndose de forma silenciosa y en la etapa adulta se pueden presentar de manera súbita provocando un paro cardiorrespiratorio y la muerte, originando un costo alto al frustrar el desarrollo personal, familiar, laboral y económico en las sociedades (9).

El paro cardiorrespiratorio se presenta como un bloqueo de la función respiratoria y circulatoria de manera brusca, impidiendo así la oxigenación de los tejidos y como consecuencia la muerte del individuo. Una respuesta adecuada, de manera oportuna, evitaría la hipoxia cerebral y la posterior muerte de células y tejidos aumentando la probabilidad de supervivencia (10).

El soporte vital básico (SVB), se define como el conjunto de medidas que se realizan con la finalidad de brindar un soporte circulatorio y respiratorio frente a una parada cardiorrespiratoria. Estas medidas se aplican sin utilizar medicamentos, insumos ni equipos avanzados de reanimación y siguiendo guías estandarizadas

para todos los casos, sin tener en cuenta la causa que haya desencadenado el paro (11).

Las técnicas de reanimación cardiopulmonar usadas en el SVB, fueron diseñadas inicialmente por Peter Safar, Adam y Kuowenhoven en el año 1960, siendo en la actualidad la más aplicada en situaciones de emergencia. A nivel global se realizan capacitaciones y entrenamientos en estas técnicas, tanto en proveedores de salud como personas legas en la materia (9).

Desde que se publicaron las primeras guías, se ha realizado importantes avances en el SVB, sustentados en diversos estudios realizados por investigadores expertos en el tema que continuamente vienen actualizando las guías de reanimación cardiopulmonar con el fin de aumentar la probabilidad de supervivencia de una víctima de paro cardiorrespiratorio. (9)

La importancia de que los proveedores de servicios de salud tengan conocimiento en SVB, radica en que más del 70% de los casos de parada cardíaca son extra hospitalarios, cuyo desenlace por lo general es desfavorable, apenas el 10% de los pacientes atendidos por los servicios de emergencia sobreviven (12). En consecuencia, la acreditación en SVB se ha convertido en un requisito necesario para los profesionales de salud en países de Europa, EEUU, Canadá y otros países desarrollados (9).

A nivel de América y gran parte del mundo, el máximo referente científico en cardiología es la American Heart Association (AHA), que fue fundada en 1924, hasta la fecha ha venido aportando diversas publicaciones científicas que han direccionado los protocolos de manejo clínico en materia de la cardiología (13).

La AHA brinda periódicamente las bases científicas del Soporte Vital Básico a través de publicaciones de guías y algoritmos que establecen las pautas para brindar una reanimación cardiopulmonar de calidad con base en evidencia científica, desde el 2015 hasta la fecha se han publicado cuatro actualizaciones, siendo la última, la “Guías de la AHA del 2020 para RCP y ACE”, publicado en el mes de junio del presente año (13).

Las últimas guías de la AHA, definen como conceptos generales los siguientes:

En primer lugar, la reanimación cardiopulmonar de calidad: Se refiere a compresiones torácicas que se inician dentro de los diez segundos de iniciado el paro cardíaco, que tengan una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto, que permita la compresión del esternón de al menos 5 centímetros en adultos y un tercio de la profundidad del tórax en niños y lactantes, que se permita la descompresión completa del tórax después de cada compresión, que se evite al mínimo las interrupciones, que se realice ventilaciones eficaces que permitan la elevación del tórax, evitando la ventilación excesiva (12).

En segundo lugar, la cadena de supervivencia; describe los elementos de la atención cardiovascular de emergencia tanto en la atención extrahospitalaria como la atención intrahospitalaria, para ello se describe una cadena de supervivencia diferente para cada caso. Cuando el paro cardíaco ocurre en un ambiente extrahospitalario el primer eslabón hace referencia al reconocimiento del paro y a la activación del sistema de emergencias de la localidad, el segundo eslabón se refiere a un inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, el tercer eslabón hace referencia al uso de un desfibrilador automático externo de manera rápida, el cuarto eslabón corresponde a brindar un soporte vital avanzado con estabilización y traslado a una unidad de cuidados intensivos, el quinto eslabón se refiere a brindar cuidados pos paro por el equipo multidisciplinario de salud, y el sexto eslabón hace referencia a la recuperación. Cuando el paro ocurre dentro de un ambiente hospitalario el primer eslabón es la vigilancia, prevención y tratamiento de manifestaciones clínicas previas al paro, el segundo eslabón el reconocimiento inmediato y activación de la respuesta a emergencias, el tercer eslabón es la reanimación cardiopulmonar de calidad, el cuarto eslabón es la desfibrilación rápida, el quinto eslabón son los cuidados post paro y el sexto eslabón es la recuperación (12) (14).

En tercer lugar, se define el paro cardíaco como consecuencia de un ritmo anormal del corazón, que le impide bombear la sangre ocasionando una deficiencia de oxígeno en el cerebro y los pulmones que resulta en un bloqueo de la respiración, la pérdida de la conciencia y de no recibir SVB puede fallecer en poco tiempo. Se diferencia de un ataque cardíaco porque este tiene su origen en un bloqueo del suministro de sangre hacia una parte del tejido cardíaco provocando la muerte de

la parte afectada, que se manifiesta con dolor agudo a nivel del tórax, respiración entrecortada, sudoración fría, náuseas y vómitos, de no recibir tratamiento oportuno el músculo cardíaco afectado podría desencadenar un ritmo anormal que podría terminar en un paro cardíaco súbito (12).

Las guías de SVB para adultos del 2015 y sus actualizaciones hasta el 2020, publicadas por la AHA, destacan la importancia de brindar RCP de calidad, tanto para cuando sea un solo reanimador o varios reanimadores trabajando en equipo. Están orientadas a brindar una respuesta adecuada y oportuna desde la pubertad hasta el adulto mayor (12).

La secuencia de actuación en el soporte vital básico para adultos describe los pasos a seguir desde que el primer reanimador llega al lugar donde se encuentra la víctima y detalla las acciones a seguir en caso solo haya un reanimador o varios reanimadores (2).

El primer paso es comprobar la seguridad de la escena, es importante que el área sea segura para la víctima y el reanimador, seguidamente se comprobará si la víctima responde, golpeando el hombro y exclamando “¿se encuentra bien?”, si la víctima no responde se deberá pedir ayuda en voz alta y se activará el sistema de respuestas a emergencias, si en el lugar se cuenta con un Desfibrilador Automático Externo (DEA), deberá pedir a alguien que vaya a traerlo inmediatamente (12).

El segundo paso es evaluar la respiración y el pulso, este procedimiento se debe realizar en un tiempo máximo de 10 segundos. Para comprobar si la víctima respira se deberá observar el tórax, si este se mueve de arriba hacia abajo, la víctima respira, entonces se vigilará hasta que llegue la ayuda, si por el contrario la víctima no respira o solo jadea/boquea, estaremos frente a un signo de paro cardiorrespiratorio. Para comprobar el pulso se deberá palpar sobre la arteria carótida, si no se percibe el pulso en 10 segundos entonces estamos frente a un cuadro de paro cardiorrespiratorio. Las acciones a seguir están determinadas por el resultado de esta evaluación, si la víctima no respira, pero tiene pulso se procederá a realizar una ventilación de rescate que consiste en administrar una ventilación cada 5 o 6 segundos unas 10 o 12 ventilaciones por minuto y

comprobamos el pulso cada 2 minutos, si la víctima no respira o solo jadea/boquea y no se percibe el pulso entonces se iniciará RCP de calidad (12).

El tercer paso consiste en brindar una RCP de alta calidad iniciando con las compresiones torácicas, para lo cual se deberá colocar a la víctima en posición decúbito dorsal sobre una superficie rígida y descubrir la ropa que cubre el tórax, esta acción permitirá ubicar el punto exacto donde realizar las compresiones y también facilitará la colocación de los parches del DEA (12).

El cuarto paso es la instalación del DEA, este equipo realizará el análisis del ritmo cardíaco y la desfibrilación (si estuviera indicado), estos procedimientos, lo realiza el equipo se de forma automática (12).

El quinto paso es continuar brindando RCP de alta calidad siguiendo indicaciones del DEA hasta que llegue el equipo de reanimación avanzado (12).

Las compresiones torácicas tienen el objetivo de reanudar la circulación de sangre sobre todo en el corazón, los pulmones y el cerebro, al presionar las paredes de musculo cardiaco contra el esternón y la columna dorsal, con una profundidad y velocidad adecuada se puede lograr una presión arterial suficiente para impulsar la sangre a estos órganos vitales (12).

Las características de las compresiones torácicas de calidad son: comprimir a una velocidad de 100 a 120 compresiones por minuto, comprimir a una profundidad de 5 cm (2 pulgadas) como mínimo, permitir que la expansión completa de tórax después de cada compresión, interrumpir lo menos posible las compresiones (12).

Para realizar las compresiones se deberá colocar al lado de la víctima que se encuentra sobre una superficie rígida en una posición decúbito dorsal con el tórax descubierto, acto seguido colocar el talón de una mano en el centro del tórax, sobre la mitad inferior del esternón, el talón de la otra mano se deberá ubicar encima de la primera, extender ambos brazos en línea recta y ubicar los hombros justo por encima de la mano de modo que se forme una línea perpendicular entre los brazos y la superficie donde se encuentra la víctima, manteniendo esta posición comprimir fuerte y rápido a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto, deprimiendo el tórax por lo menos 5 cm con cada compresión y permitiendo la

expansión completa del tórax entre cada compresión, es importante reducir al mínimo las interrupciones (12) (14).

Las ventilaciones tienen como objetivo administrar oxígeno al interior de los pulmones a una presión positiva permitiendo oxigenar la sangre que es bombeada con las compresiones torácicas. Para que estas ventilaciones sean efectivas se deberá tener una vía aérea permeable, para lograr la apertura de la vía aérea se podrían usar dos maniobras, la extensión de la cabeza con elevación del mentón y la tracción mandibular, la primera maniobra se realiza cuando no hay sospecha de lesión de columna cervical y la segunda cuando si hay sospecha de trauma cervical. Para administrar las ventilaciones se deberá tener en cuenta las precauciones universales de bioseguridad, por lo tanto, se puede usar dispositivos de barrera como una mascarilla de bolsillo que contiene una válvula unidireccional que evita que el aire exhalado de la víctima no ingrese al reanimador, un dispositivo bolsa mascarilla permite un manejo avanzado de la vía aérea al brindar un aporte de oxígeno a presión positiva, con un FiO<sub>2</sub> de 21% si no se conecta a una fuente de oxígeno y hasta un FiO<sub>2</sub> del 100% si está conectado a una fuente de oxígeno. Cuando hay un solo reanimador se administrará dos ventilaciones por cada 30 compresiones, cada ventilación deberá durar un segundo y debe producir la elevación del tórax, se deberá reanudar las compresiones en menos de 10 segundos. Si se cuenta con dos reanimadores, pero no cuentan con una vía aérea avanzada uno hará las compresiones y el otro las ventilaciones disminuyendo el tiempo de interrupción de las compresiones, si por el contrario se cuenta con un dispositivo avanzado de la vía aérea como una bolsa mascarilla entonces se administrará una ventilación cada 6 segundos de forma continua sin interrumpir las compresiones torácicas (12) (14).

El desfibrilador automático externo (DEA) es un equipo portátil, que está programado para analizar el ritmo cardíaco y determinar si es desfibrilable, en este caso podrá administrar una descarga eléctrica que logre restablecer el ritmo normal del corazón con solo presionar un botón, estos equipos son muy fáciles de usar por lo que pueden ser operados por personas sin experiencias y también por profesionales de salud. Cuando se disponga de este aparato en la escena se deberá colocar a un lado de la víctima, junto al reanimador que lo va a operar, en

primer lugar, deberá encender el DEA, seguidamente colocar los parches en el torso desnudo de la víctima, siguiendo las indicaciones gráficas que aparecen en los parches, a continuación, conectar los cables al DEA, acto seguido los reanimadores se alejan de la víctima para permitir que el equipo analice el ritmo, después del análisis en equipo indicara si es necesario administrar un descarga o continuar con las compresiones torácicas (12).

El soporte vital básico en niños describe los procedimientos que se realizaran cuando la víctima es un lactante o niño, para ello se define como lactante a la persona menor de un año de edad y niño a partir del año de edad hasta la pubertad (aproximadamente 8 años) (12).

La secuencia para el soporte básico en lactantes y niños según la guía de la AHA del 2015 y sus actualizaciones hasta el 2020, inicia con asegurar la escena verificando que no haya riesgos para el reanimador y la víctima, acto seguido comprobar si la víctima responde, tocando en el hombro o talón y exclamando “¿estás bien?”, si la víctima no responde deberá pedir ayuda en voz alta y activar el sistema de respuesta a emergencia.

El segundo paso consiste en evaluar la respiración y el pulso en un tiempo no mayor de 10 segundos. Para comprobar si el niño o lactante respira se deberá observar si el tórax de la víctima se eleva y descende, si la víctima respira se vigilará hasta que llegue la ayuda, si no respira o solo jadea/boquea, significa que se encuentra en paro respiratorio. Para comprobar el pulso en un lactante se deberá palpar sobre la arteria braquial, si la víctima fuera niño, se deberá palpar sobre la arteria carótida o femoral, si no se percibe el pulso y la víctima no respira o solo jadea/boquea, entonces nos encontramos frente a un paro cardiorrespiratorio (12).

A continuación, se deberá determinar las acciones a seguir. Si la víctima no respira, pero si hay pulso, se procederá a realizar ventilaciones de rescate, 1 ventilación cada 2 o 3 segundos, continuar vigilando el pulso cada dos minutos, si se evidencia pulso menor a 60 latidos por minutos se deberá realizar compresiones torácicas. Si la víctima no respira o solo jadea/boquea y además no tiene pulso, entonces se

deberá pedir que traigan el DEA y se procederá a iniciar reanimación cardiopulmonar (14) (12).

Para brindar una RCP de calidad, se deberá descubrir el tórax del niño o lactante, iniciar las compresiones torácicas y administrar ventilaciones, este procedimiento varía según la edad de la víctima y el número de reanimadores. El siguiente paso consiste en utilizar el DEA para evaluar el ritmo y desfibrilar si es necesario. Después el DEA dará las indicaciones de continuar realizando RCP por dos minutos más y volverá a analizar el ritmo (12).

Las compresiones torácicas se realizarán a una velocidad de 100 a 120 por minutos, cuando hay un solo reanimador la relación compresión y ventilación será de 30:2, si se cuenta con dos reanimadores la relación será de 15:2. La técnica que se utilizará dependerá del número de reanimadores y de la edad de la víctima. En el caso de lactantes se utilizar la técnica de presionar el centro del tórax con dos dedos, cuando se cuenta con un solo reanimador, si hubiera dos reanimadores, usar la técnica con dos pulgares presionando el centro del esternón y las manos alrededor del tórax. En niños se usará una o dos manos, dependiendo del tamaño del niño, se colocará el talón de la mano sobre el centro del tórax y la otra mano encima de la primera, si el niño es muy pequeño se usará solo una mano, comprimir el tórax al menos un tercio del diámetro antero posterior, unos 5 centímetros en niños y 4 centímetros en lactantes (12).

La ventilación es muy importante en la RCP aplicada en niños y lactantes, porque a menudo se presenta primero la insuficiencia o paro respiratorio que conlleva a un déficit de oxígeno en la sangre, por ello las compresiones solas no son suficientes para oxigenar las células, deberá realizarse ventilaciones frecuentes para que la sangre se oxigene en los pulmones y se distribuya a todo el organismo. Para poder administrar correctamente las ventilaciones se deberá realizar la apertura de la vía aérea, para lo cual se puede utilizar la maniobra de extensión de la cabeza hasta la posición neutral y elevación del mentón, si hay sospecha de trauma cervical se utilizará la maniobra de tracción mandibular (12) (14).

Cuando se usa un dispositivo de barrera para administrar ventilaciones, se deberá seleccionar una mascarilla del tamaño apropiado, que cubra por completo la nariz y la boca, sin tapar los ojos ni superponerse al mentón, con la vía aérea permeable administrar una ventilación con una duración de 1 segundo provocando la elevación del tórax con cada ventilación (12).

Cuando se cuenta con un dispositivo avanzado de vía aérea y más de dos reanimadores se podrá administrar ventilaciones continuas cada 2 o 3 segundos, entre 20 y 30 ventilaciones por minuto, utilizando un dispositivo bolsa mascarilla que puede estar conectado a una fuente de oxígeno si se dispone de ello (14) (12).

La mayoría de DEA, viene incorporado una función pediátrica, estos equipos administran una descarga reducida cuando se utilizan los parches pediátricos, estos reducen la energía en dos tercios, estos parches están indicados en lactantes y niños hasta los 8 años, en caso de no contar con parches pediátricos es recomendable optar por usar el de adultos en vez de no utilizarlo, algunos equipos tienen incorporado un adaptador para administrar energía pediátrica, si se cuenta con ello se deberá activar esta función. El DEA se deberá usar tan pronto se disponga del equipo, al colocar los parches tener en cuenta que estos no pueden superponerse, por lo general la forma de colocación viene ilustrada en cada uno de los parches, de ser necesario en pacientes pediátricos colocar un parche en el tórax y otro en la espalda (12).

El conocimiento según Kant, es el resultado de proceso mental basado en hechos reales. Este proceso se inicia con la percepción de un sin número de estímulos a través sensibilidad y la intuición, que nuestra mente procesa mediante el entendimiento, ordenando los estímulos en un tiempo y espacio para luego agruparlos en categorías organizadas (15).

Por lo tanto, el conocimiento surge de un proceso ordenado, que usamos para explicar y predecir los hechos, que pueden ser transmitidos entre los miembros de una sociedad y en nuevas generaciones utilizando un lenguaje común o especializado si es necesario, de este modo permite transformar la realidad logrando satisfacer las necesidades humanas (16).

El conocimiento científico es el resultado de un proceso de investigación estructurado y metódico, valiéndose de técnicas y procedimientos sistemáticos que garantizan un conocimiento coherente, consistente y válido, que permita ser explicado, que sea predictivo y objetivo, y que aporte a la solución de los problemas (16).

El nivel de conocimiento se refiere a la proporción de información sobre un tema específico que ha sido capaz de almacenar el individuo durante un periodo de tiempo, por medio de capacitaciones, análisis de información científica o la propia experiencia. Debido a que el nivel de conocimiento es variable en cada individuo se podría describir cualitativa y cuantitativamente a través de una escala nominal de tres niveles que son bueno, regular y deficiente (17).

El nivel de conocimiento “bueno” describe una distribución cognitiva adecuada, donde la conceptualización y el pensamiento son coherentes y fundamentados. El nivel de conocimiento “regular” se refiere a un nivel medio donde se conoce conceptos básicos, pero no se logra una integración completa de las ideas. El nivel de conocimiento “deficiente”, se define como insuficiente, no se conocen los conceptos básicos y existen ideas desorganizadas (18).

Enfermería al ser una profesión con base científica posee un cuerpo de conocimientos propios que fundamentan el ejercicio de la profesión y que se transmiten en la formación profesional y nutren de la investigación científica que realizan sus miembros y que vienen construyendo desde hace varios años la estructura del conocimiento enfermero, que se sostiene sobre grandes pilares que son los metaparadigmas, filosofías, modelos conceptuales y las teorías de enfermería (19).

Doroty Johnson, en su “modelo de sistemas conductuales”, considera al individuo como un sistema conductual que a su vez está formado por subsistemas que dependen entre sí y que se integran para lograr el bienestar físico y mental. Se describen siete subsistemas que son: dependencia, afiliación, realización, sexualidad, ingestión, eliminación, agresividad/protección. El individuo siempre busca mantener un balance entre los subsistemas, pero los factores externos pueden desestabilizarlos y como consecuencia se ve afectado su salud. El rol del

enfermero consiste en restablecer el equilibrio entre los subsistemas a través de acciones de enfermería que regulen los procesos que se encuentren afectados (19).

En el paro cardiorrespiratorio se encuentra afectado el subsistema de dependencia, debido a que el paciente no es capaz de mantener una adecuada circulación sanguínea ni tampoco una ventilación óptima, que desencadena una hipoxia tisular y compromete la vida. El enfermero debe intervenir con el soporte vital básico para restablecer la circulación y la ventilación, restableciendo así el funcionamiento del sistema conductual que mantendrá con vida al individuo evitando lesiones permanentes e inclusive la muerte.

Basma S., Ahmad B., Ahmad A. y colaboradores, estudiaron el conocimiento en soporte vital básico en profesionales de enfermería de cuatro hospitales gubernamentales de Palestina en el año 2017, obteniendo como resultado que el puntaje promedio de conocimientos en los profesionales de enfermería fue del 56.7%. (20)

Bajrachayra S., Nagarkoti L., realizaron un estudio acerca de los conocimientos en soporte vital básico en enfermeras de un nivel terciario de Nepal en el año 2016 y encontraron que el 66% tenía conocimientos inadecuados, el 32% moderados y solo el 2% poseía conocimientos adecuados (21).

Singh R., Narayan S., estudiaron el nivel de conocimientos en soporte vital básico en enfermeros de un hospital docente de cuidado terciario en la ciudad de Pali en la India, obteniendo que el 67% tenía un conocimiento medio, el 13% tenía conocimiento deficiente y solo el 20% tenía un nivel de conocimiento adecuado. (22)

Calvache C., Ortega D., Escobar H. y colaboradores, estudiaron el Nivel de conocimiento en soporte vital básico en el personal no médico en una institución de salud de Pasto – Colombia, el año 2017, se incluyeron profesionales de enfermería en la población de estudio, representando el 31% de la muestra, el resultado fue que el 39.65% tuvo un nivel de conocimiento aceptable, el 41.37% tuvo un nivel de conocimiento adecuado, el 10.34% tubo un nivel alto y el 8.62% obtuvo un nivel de conocimiento inadecuado (23).

Barros L., Stanford L., Stanford L., Virgineo M., realizaron un estudio acerca del nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en reanimación cardiopulmonar en el Hospital Regional Tiberio Nunes en la ciudad de Floriano-PI en Brasil en el año 2018, encontrando que el 71.9 % de la población estudiada obtuvo más errores que aciertos al responder el cuestionario, por lo que los autores concluyeron que el nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en la población objeto del estudio, es deficiente. (24)

Gonzales J., Zavaleta H., estudiaron el nivel de conocimientos acerca del soporte vital básico en enfermeros de las unidades críticas de la Red de Salud Satipo-Pangoa de la DIRESA Junín entre los años 2016 y 2017, encontraron como resultado que el 14.71% obtuvo un nivel alto, el 64.71% obtuvo un nivel medio y el 20.59 obtuvo un nivel bajo, en conclusión predominó el nivel de conocimiento medio en la población estudiada (25).

Palacios B., estudio el nivel de conocimiento de los enfermeros en reanimación cardiopulmonar en un hospital del ministerio de salud en Piura el año 2019, llegando a la conclusión que el 50% de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento medio, el 29.55% un nivel bajo y el solo el 20.45% posee un nivel alto (26).

Infanzon P., Huamani N., estudiaron el nivel de conocimiento en profesionales de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar básica en establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Huamanga - Ayacucho, 2018, encontraron como resultado que el 12% obtuvieron un nivel de conocimiento alto, el 42% fue regular y el 46% fue deficiente por lo que concluyeron que el nivel de conocimientos respecto a reanimación cardiopulmonar es deficiente a regular (27).

Meneses D., Mendoza S., estudiaron el Nivel de Conocimiento y la actitud sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en profesionales en Enfermería en el Primer Nivel de Atención de la Red de Salud Huamanga el año 2017, encontraron que ninguno de los participantes obtuvo un nivel bajo, el 52.3% obtuvo un nivel medio y el 47.7% obtuvo un nivel alto, por lo que concluyeron que el nivel de conocimientos sobre el tema fue entre regular y bueno (28).

Quinto L., estudio el nivel de conocimiento que tienen los enfermeros de sobre reanimación cardiopulmonar básica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el

año 2018, llego a la conclusión que el 86.6% de los enfermeros tiene un nivel de conocimiento medio acerca de la reanimación cardiopulmonar básica (29).

El rol del profesional de enfermería exige una capacitación y actualización permanente, acorde a los avances científicos que le proporcionan competencias básicas para la atención de las personas en situación de emergencias y una de estas competencias es sin lugar a duda el manejo de las técnicas correctas de RCP.

El primer nivel de atención, cumple un rol principalmente preventivo- promocional, sin embargo, debido a su cercanía a las familias, cuando se presente una situación de emergencia, son quienes podrían responder más rápidamente. Además, se debe considerar que son el primer lugar de referencia en casos de emergencias en las comunidades y que la mayoría de los casos de personas que sufren paro cardiorrespiratorio ocurren en las áreas extra hospitalarias.

El profesional que pose conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos contribuye favorablemente a una respuesta adecuada, precisa y oportuna en situaciones que amenazan la vida de las personas. En consecuencia, las decisiones tomadas en situaciones como estas definen el desenlace del evento adverso, por ello deberán tener como base las guías y protocolos actualizados, que aplicados correctamente podrían evitar desenlaces fatales.

Por lo tanto, la importancia de realizar el presente estudio radica en que al dejar en evidencia el nivel de conocimiento que tiene los licenciados de enfermería de los centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte respecto al soporte vital básico, se permitirá sustentar capacitaciones que permitan fortalecer los conocimientos y por ende las competencias de los enfermeros frente a situaciones de emergencias que cursen con paro cardiorrespiratorio y que se pudiera presentar en sus establecimientos de salud.

El presente estudio se justifica desde el punto de vista práctico, el resultado del presente estudio servirá de sustento técnico para el planeamiento y ejecución de acciones de capacitación y actualización en soporte vital básico, promoviendo así el fortalecimiento de competencias en los licenciados de enfermería que se verá reflejado en una actuación adecuada frente a un paro cardiorrespiratorio, aumentando así la probabilidad de supervivencia post paro.

A menudo escuchamos la frase “llego cadáver al hospital”, la mayoría de personas que no han recibido capacitación en reanimación cardiopulmonar y se encuentran frente a una víctima de paro cardíaco su primera reacción es trasladarlo al hospital o al centro de salud más cercano de la forma más rápida posible por lo que frecuentemente llegan pasado los 10 minutos de paro donde según los estudios ya habría muerte cerebral y en consecuencia no habría nada que hacer. Frente a esta situación los licenciados de enfermería que trabajan en el primer nivel en el distrito de Comas refieren que no es frecuente que el personal que trabaja en este nivel se capacite en RCP, debido a que están más dedicados al manejo de estrategias preventivo promocionales, sin embargo, reconocen que es importante tener actualizados sus conocimientos en el tema, por lo que se debería incorporar las capacitaciones en RCP básico, en los planes de capacitación de la Dirección de Salud.

Teniendo en cuenta que los licenciados de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas, no reciben actualizaciones en RCP básico por parte de su institución, se desprenden las siguientes interrogantes: ¿El licenciado de enfermería que labora en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas está capacitado en SVB?, ¿ El licenciado de enfermería que labora en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas sabe reconocer un paro cardiorrespiratorio y qué acciones tomar?, ¿ El licenciado de enfermería que labora en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas, conoce las normas y guías sobre soporte vital básico vigentes en nuestro país?, ¿El licenciado de enfermería del distrito de Comas que labora en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas, conoce los nuevos cambios de la guía de RCP dados por la AHA?

Frente a esta situación expuesta se plantea la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico que tienen los licenciados de enfermería que laboran en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas?

El objetivo general de la presente investigación es:

Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico que tienen los licenciados de enfermería que laboran en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas.

Los Objetivos específicos son:

Identificar el nivel de conocimiento sobre conceptos generales del soporte vital básico en los licenciados en enfermería que laboran en los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas

Identificar el nivel de conocimiento sobre Soporte vital básico para adultos en los licenciados en enfermería que laboran en los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas

Identificar el nivel de conocimiento sobre Soporte vital básico para lactantes y niños menores de 8 años en los licenciados en enfermería que laboran en los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas

.

## **II. MATERIALES Y METODOS**

### **2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación será de enfoque cuantitativo, porque el objeto que se va a estudiar es específico, delimitado y se pretende extender los resultados a poblaciones similares al objeto de estudio. En cuanto al diseño metodológico es una investigación descriptiva porque busca especificar propiedades y características en la variable de estudio. Es de corte transversal porque estudiaremos la variable en un momento único (30).

### **2.2 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO**

La población está constituida por 88 licenciados de enfermería que laboran en los 21 centros y puesto de salud de la DIRIS Lima Norte del distrito de Comas.

La muestra será no probabilística, por conveniencia, debido a que la población es accesible a ser medida en su totalidad, se seleccionara según los criterios de inclusión y exclusión. Teniendo en cuenta la posibilidad que algunos de los individuos que conforman la población no cumplan con los criterios de inclusión se considerara el 95%, que representan 84 personas.

#### **2.2.1 Criterios de inclusión:**

Personal licenciado en enfermería que labora en un centro o puesto de salud de la DIRIS Lima Norte del distrito de Comas y que acepte voluntariamente participar en el estudio.

#### **2.2.2 Criterio de exclusión:**

Personal licenciado en enfermería que labora en un centro o puesto de salud de la DIRIS Lima Norte del distrito de Comas y que no acepte participar en el estudio.

### **2.3 VARIABLE DE ESTUDIO**

El presente estudio presenta una sola variable que es el Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico que tienen los licenciados de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte del distrito de Comas.

**Definición conceptual de variable principal:**

Proporción de información sobre soporte vital básico que ha sido capaz de almacenar el individuo, por medio de capacitaciones y/o revisión de la información científica y actualizada sobre el tema (16).

**Definición operacional de variable principal:**

Proporción de información sobre soporte vital básico que ha sido capaz de almacenar el licenciado de enfermería que labora en los centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte y que comprende los conceptos generales, el soporte vital básico para adultos y el soporte vital básico para lactantes y niños menores de 8 años y que será medido mediante un cuestionario de soporte vital básico, que se ha elaborado en base a las guías de SVB de la AHA 2015 y sus actualizaciones del 2018 y 2020 (16) (12)

**2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

La técnica a utilizarse en el trabajo de campo será el cuestionario, con preguntas cerradas que permitirán evaluar según las dimensiones de la variable en forma eficaz y adecuada (30)

Para medir el nivel de conocimientos en soporte vital básico, se utilizará el instrumento de recolección de datos “cuestionario sobre soporte vital básico según guías de la AHA 2015 y actualizaciones 2018 y 2020”.

El cuestionario sobre soporte vital básico consta de 20 ítems, de los cuales los primeros tres miden los conocimientos sobre conceptos generales del soporte vital básico, los siguiente 8 ítems miden los conocimientos sobre soporte vital básico para adultos y los últimos 9 ítems miden los conocimientos sobre soporte vital básico para lactantes y niños menores de 8 años. Se considerará 1 punto por cada respuesta correcta y 0 puntos por cada respuesta incorrecta, basándonos en la escala vigesimal se considera nivel de conocimiento “bueno” si el puntaje final se encuentra entre 16 y 20 puntos, “regular” si obtiene de 11 a 15 puntos y deficiente si obtiene de 0 a 10 puntos. Este instrumento ha sido validado por 5 jueces expertos, de los cuales dos son expertos en el área de investigación y tres expertos en el área de emergencias, obteniendo una validación del 87.92%. Se realizó la

prueba de confiabilidad a través de una prueba piloto aplicando el instrumento a 20 licenciados de enfermería que laboran en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte que laboran en el distrito de puente piedra, para obtener la confiabilidad del instrumento se utilizó el método de Kuder y Richardson (KR-20) con lo que se midió la consistencia interna de instrumento obteniendo una confiabilidad = 0.73, por lo tanto, el instrumento es confiable para ser aplicado en la población de estudio (30) (16)

## **2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS**

### **2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

La universidad elaborara una carta de presentación del investigador dirigida al Director General de la DIRIS Lima Norte donde se informará los objetivos de la investigación y se solicitara el permiso para la recolección de datos. En el distrito de comas existen 21 centros y puestos de salud que pertenecen a la DIRIS Lima Norte. Se solicitará a cada licenciado en enfermería que laboran en estos centros y puestos de salud, su consentimiento para la aplicación del instrumento.

### **2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos**

El instrumento se aplicará de manera virtual, haciendo uso de un formulario web.

## **2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO**

Los datos serán procesados estadísticamente haciendo uso de software estadístico SPSS versión 22 y Microsoft office Excel versión 2010. Una vez obtenidos los gráficos estadísticos se realizará al análisis, síntesis, descripción e interpretación mediante el uso de estadística descriptiva y discusión de resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Se tomará en cuenta los aspectos de protección de los participantes humanos de la investigación y los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (23)(24), así mismo se aplicara el consentimiento informado

previa información clara dada a las madres participantes (25). A continuación, se describe como se aplicarán los principios bioéticos:

### **Principio de autonomía**

El principio de autonomía se aplicará estrictamente en este estudio, al abordar al licenciado de enfermería, se respetará sus decisiones y libre voluntad de participar. A cada uno de ellos se les hará conocer los pormenores del estudio y luego se solicitará su consentimiento informado para que su participación sea adecuada y regular en el estudio.

### **Principio de beneficencia**

A los licenciados de enfermería se les explicará sobre los beneficios indirectos que se obtendrá con los resultados de este estudio. Al determinar el nivel de conocimientos en soporte vital básico, nos permitirá orientar mejores estrategias en capacitación para este grupo profesional.

### **Principio de no maleficencia**

Se explicará a cada uno de los licenciados de enfermería que su participación en este estudio no implica ningún riesgo a su salud e integridad individual ni la de sus integrantes.

### **Principio de justicia**

Todos los participantes serán tratados con respeto y cordialidad, así mismo se tratará a todos por igual, sin discriminaciones ni preferencias.

### III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIO

#### 3.1 Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	2020								2021				
	Noviembre				Diciembre				Enero				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Identificación del Problema	X												
Búsqueda de la base bibliográfica	X												
Elaboración de la Introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes		X	X										
Elaboración de la Introducción: Importancia y justificación de la investigación			X	X									
Elaboración de la Introducción: Objetivos de la investigación			X	X									
Elaboración de los Materiales y Métodos: Población, muestra y muestreo			X	X									
Elaboración de los Materiales y Métodos: Técnicas e instrumentos de recolección de datos			X	X									
Elaboración de los Materiales y Métodos: Aspectos bioéticos				X									
Elaboración de los Materiales y Métodos: Métodos de análisis de información				X									
Elaboración de aspectos administrativos del estudio				X									
Elaboración de los anexos					X								
Aprobación del proyecto						X							
Trabajo de campo							X	X					
Redacción del informe final: Versión 1									X	X	X		
Sustentación de informe final													X

### 3.2 Recursos Financieros.

MATERIALES	2020- 2021		TOTAL	
	NOVIEMBR	DICIEMBRE	ENERO	S/.
<b>Equipos</b>				
1 laptop	1000			1000
USB	30			30
<b>Útiles de escritorio</b>				
Lapiceros	3			3
Hojas bond A4		10		10
<b>Material</b>				
Libros	60	60		120
Fotocopias	30	30	10	70
Impresiones	50	10	30	90
Espiralado	7	10	10	27
<b>Otros</b>				
Movilidad	50	20	40	110
Alimentos	50	10		60
Llamadas	50	20	10	80
<b>Recursos</b>				
<b>Humanos</b>				
Digitadora	100			100
<b>Imprevistos*</b>		100		200
<b>TOTAL</b>	<b>1430</b>	<b>270</b>	<b>30</b>	<b>1800</b>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sánchez Arias AG, Bobadilla Serrano ME, Dimas Altamirano B, Gómez Ortega M, González González G. Enfermedad Cardiovascular: Primera Causa. Revista Mexicana de Cardiología. 2016 julio; 27(s98-s102).
2. American Heart Association. American Heart Association. [Online].; 2014 [cited 2020 noviembre 5. Available from: [https://cpr.heart.org/idc/groups/heart-public/%40wcm/%40ecc/documents/downloadable/ucm\\_464150.pdf](https://cpr.heart.org/idc/groups/heart-public/%40wcm/%40ecc/documents/downloadable/ucm_464150.pdf).
3. Mori ER. Sociedad Sudamericana de Cardiología. [Online].; 2016 [cited 2020 noviembre 15. Available from: <http://www.sscardio.org/wp-content/uploads/2016/11/RIESGO-CARDIOVASCULAR-V44-copia.pdf>.
4. Jorge VR. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actual. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2008 abril; 25 (2)(233-236).
5. Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas. [Online].; 2018 [cited 2020 noviembre 14. Available from: <https://www.paho.org/data/index.php/es/mnu-mortalidad/tendencias-de-la-mortalidad-por-causa-de-muerte-sexo-y-pais-2000-2016.html>.
6. Ministerio de Salud. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. [Online].; 2019 [cited 2020 noviembre 15. Available from: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf).
7. Vidal SE. Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central de la UNMSM. [Online].; 2011 [cited 2020 noviembre 15. Available from: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas\\_anestesiologia/v19n2/pdf/a02v19n2.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas_anestesiologia/v19n2/pdf/a02v19n2.pdf).
8. Chayco LEELV. DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE. [Online].; 2019 [cited 2020 noviembre 16. Available from: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD\\_MINSA/DOCUMENTOS\\_ASIS/ASIS\\_DISTRITO%20COMAS%202019.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_DISTRITO%20COMAS%202019.pdf).
9. Vigo-Ramos J. MUERTE SÚBITA Y EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES: PROBLEMÁTICA ACTUAL. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2008 junio; 25(2, 2008, pp. 233-236).

10. Nodal Leyva Pedro E LHJGdLLDG. Paro cardiorrespiratorio (PCR): Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. 2006 julio; 45(3-4).
11. Romera ABC. Soporte Vital Básico. 1st ed. Malaga: INNOVACION Y CUALIFICACION, SL; 2012.
12. AMERICAN HEART ASSOCIATION. SOPORTET VITAL BASICO. 152308th ed. Dr. Alfredo Sierra Anzueta DMIG, editor. Texas: Integracolor LTD; 2016.
13. American Heart Association. Heart.org. [Online].; 2020 [cited 2020 noviembre 16. Available from: <https://www.heart.org/en/about-us/history-of-the-american-heart-association>.
14. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Asociación Americana del Corazón CPR y ECC. [Online].; 2020 [cited 2020 Noviembre 16. Available from: [https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts\\_2020eccguidelines\\_spanish.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_spanish.pdf).
15. Merino A. La solución kantiana del conocimiento científico. [Online].; 2016 [cited 2020 noviembre 18. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/297267592\\_La\\_solucion\\_kantiana\\_del\\_c\\_onocimiento\\_cientificopdf](https://www.researchgate.net/publication/297267592_La_solucion_kantiana_del_c_onocimiento_cientificopdf).
16. Yauli EFT. UNIVERSIDAD JAIME BAUSATE Y MEZA - Metodología de la Investigación Científica. [Online].; 2016 [cited 2020 noviembre 18. Available from: [http://repositorio.bausate.edu.pe/bitstream/handle/bausate/36/Tacillo\\_Metodolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.bausate.edu.pe/bitstream/handle/bausate/36/Tacillo_Metodolog%C3%ADa_de_la_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
17. Marcos Montero P, Torres Blas JM, Vilchez Aguirre GJ. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DE LA ENFERMERA(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA Tesis , editor. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
18. Ponce Umiña SV. CONOCIMIENTO SOBRE LA FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN, ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA, EN ENFERMERAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE PUNO Tesis , editor. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.

19. Raile Alligood M, Marrier Tomey A. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. In Gràcia Td, editor. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. Barcelona: El Sevier; 2011. p. 03-36.
20. Salameh Basma. Evaluación comparativa de conocimientos básicos sobre soporte vital entre enfermeras profesionales y estudiantes de enfermería Health] [M, editor. [Jenin-Palestina]: Universidad Árabe Americana de Jenin, Jenin, Palestina; 2018.
21. Bajracharya S, Nagarkoti L. Conocimientos sobre soporte vital básico entre enfermeras de un hospital de nivel terciario de Nepal. 15190th ed. [Tesis] , editor. [Nepal]: MJSBH [Internet]; 2016.
22. SINGH R, NARAYAN SEERVI. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ALGORITMO BÁSICO DE SOPORTE VITAL EN ENFERMERÍA PERSONAL EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA DE C. 625490th ed. [Tesis] , editor. [Pali Rajasthan]: IJMBS [Internet].; 2019.
23. Calvache Ceron CM, Ortega Vallejo DF, Adrián Escobar H, Imbacuán-Muñoz JP, Paz Echeverry OA, Florez Burbano CM, et al. Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico del personal no médico de una institución de salud. 26763607th ed. med] [, editor. [Pasto - Colombia]: Portal Regional da BVS; 2017.
24. Barros Carneiro LN, Stanford Baldoino L, Stanford Baldoino L, Virgineo MdS. Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as técnicas de reanimação cardiopulmonar. 12350th ed. [Tesis] , editor. [Florianópolis]: Centro Universitario Uninovafapi; 2018.
25. Gonzales Poves C, Zavaleta Javes HM. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BASICO DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN UNIDADES CRITICAS DE LA RED DE SALUD DE SATIPO-PANGO, DIRESA JUNIN 2016-2017" [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2018.
26. Palacios Bardales M. CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ENFERMEROS DE ÁREAS CRÍTICAS EN UN HOSPITAL DEL MINSA - PIURA, FEBRERO 2019 [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2019.
27. Infanzón Quispe P, Huamaní Quispe H. "Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en profesionales de enfermería en establecimientos de

- primer nivel de atención de la red de salud Huamanga". 3462nd ed. [Tesis] , editor. [Huamanga]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA; 2018.
28. Meneses Mendoza D, Mendoza Vasquez S. Nivel de conocimiento y actitud sobre reanimación cardiopulmonar básica en Ilcenciados (as) en enfermería en el primer nivel de atención de la Red de Salud Huamanga, 2017. 4172nd ed. [Tesis] , editor. [Huamanga]: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO; 2017.
29. Quinto Navarro LJ. Conocimiento que Tiene el Enfermero sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 205001269217444th ed. [Tesis] , editor. [Lima]: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO; 2018.
30. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigacion. Sexta ed. Castellanos MÁT, editor. Mexico D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V; 2014.

## **ANEXOS**

## Anexo A: Operacionalización de la variable.

VARIABLE	Tipo De Variable Según Su Naturaleza Y Escala De Medición	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES	
<b>Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico.</b>	Tipo De Variable Según Su Naturaleza: Cuantitativa	Proporción de información sobre soporte vital básico que ha sido capaz de almacenar el individuo, por medio de capacitaciones y/o revisión de la información científica y actualizada sobre el tema (16)	Proporción de información sobre soporte vital básico que ha sido capaz de almacenar el licenciado de enfermería que labora en los centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte y que comprende los conceptos generales, el soporte vital básico para adultos y el soporte vital básico para lactantes y niños menores de 8 años y que será medido mediante un cuestionario de soporte vital básico, que se ha elaborado en base a las guías de SVB de la AHA 2015 y sus actualizaciones del 2018 y 2020 (12) (14) (16)	Conceptos generales	RCP de calidad	1	BUENO	DE 16 A 20 pts.	
					Cadena de supervivencia	2			
	Paro cardiorrespiratorio				3				
	Soporte vital básico para adultos			Secuencia	4,5	REGULAR			
				Compresiones torácicas	6,7				
				Ventilaciones	8, 9				
				Desfibrilación temprana	10, 11				
	Soporte vital básico para lactantes y niños menores de 8 años.			Secuencia	12, 13				DEFICIENTE
				Ventilaciones	14, 15				
				Compresiones torácicas	16, 17, 18,19				
Desfibrilación Temprana		20							
								De 11 a 15 pts.	
								De 0 a 10 pts.	

## **Anexo B. Instrumento De Recolección De Datos:**

### **CUESTIONARIO: SOPORTE VITAL BASICO**

#### **I. PRESENTACION:**

Estimado licenciado(a), buenos días, soy estudiante del Programa de Especialización en Enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Norbert Wiener, en esta oportunidad estoy realizando un estudio cuyo objetivo es: Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico que tienen los licenciados de enfermería que laboran en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas, por lo que solicito su colaboración respondiendo el presente cuestionario que me permitirá lograr el objetivo planteado.

#### **II. INSTRUCCIONES:**

Seleccione la alternativa que considere correcta en cada una de las preguntas formuladas, para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras, explicándole que es de carácter anónimo y confidencial.

#### **III. DATOS GENERALES:**

##### **Sexo:**

- Masculino. ( )
- Femenino. ( )

##### **Edad:**

- 24 - 34 años. ( )
- 35 - 45 años. ( )
- 46 - 56 años. ( )
- 57 a + años. ( )

##### **Tiempo de experiencia profesional:**

- 1 - 5 años. ( )
- 6 - 10 años ( )
- 11 - 15 años. ( )
- 16 - 20 años. ( )
- 21 a + años. ( )

#### IV. PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BASICO.

##### CONCEPTOS GENERALES:

1. **Son características de un RCP de alta calidad, excepto:**
  - a) Empezar las compresiones antes de los 10 segundos, comprimir fuerte y rápido.
  - b) Realizar compresiones no muy profundas para evitar que se fracturen las costillas.
  - c) Permitir una expansión torácica completa y minimizar las interrupciones.
  - d) Realizar ventilaciones eficaces y evitar una ventilación excesiva.
  - e) Todas son correctas.
  
2. **¿Cuál es el primer eslabón de la cadena extra hospitalaria en adultos?**
  - a) Soporte vital avanzado.
  - b) RCP de alta calidad.
  - c) Prevención.
  - d) Desfibrilación Rápida.
  - e) Reconocimiento y activación del sistema de emergencia.
  
3. **¿Cuál de los siguientes enunciados describe más fielmente el paro cardíaco súbito?**
  - a) Cuando un adulto sufre dificultad respiratoria y la frecuencia cardíaca no varía.
  - b) Cuando la frecuencia cardíaca es de 40 a 60 latidos por minuto y aumentan las respiraciones.
  - c) Cuando se bloquea el flujo sanguíneo hacia el corazón y aumenta la frecuencia cardíaca.
  - d) Cuando se desarrolla un ritmo anormal y el corazón deja de latir inesperadamente.
  - e) Todas son correctas.

##### SOPORTE VITAL BASICO PARA ADULTOS:

4. **Una persona de aproximadamente 50 años, colapsa súbitamente, usted verifica que la zona sea segura, luego le toca los hombros y exclama “¿estás bien?”, la víctima no responde. ¿Qué debería hacer a continuación?**
  - a) Comprobar el pulso.
  - b) Iniciar RCP de alta calidad.
  - c) Comenzar a administrar las ventilaciones de rescate.
  - d) Pedir ayuda en voz alta a las personas que se encuentren cerca.
  - e) Ninguna es correcta.

5. **Si al comprobar la respiración y el pulso, observa que la víctima no respira o solo jadea/boquea y no tiene pulso, usted ordena que activen el sistema respuesta a emergencia y que traigan el desfibrilador automático externo (DEA), ¿Qué debería hacer a continuación?**
- a) Iniciar RCP de alta calidad comenzando por las compresiones torácicas.
  - b) Vigilar a la víctima hasta que lleguen profesionales más experimentados.
  - c) Realizar una ventilación de rescate administrando 1 ventilación cada 5 o 6 segundos.
  - d) Encontrar a alguien que le ayude y vaya a buscar el DEA más próximo.
  - e) Ninguna es correcta.
6. **¿Cuál es la relación de compresiones torácicas y ventilaciones cuando se administra RCP a un adulto?**
- a) 10 compresiones y 2 ventilaciones.
  - b) 15 compresiones y 2 ventilaciones.
  - c) 30 compresiones y 2 ventilaciones.
  - d) 100 compresiones y 2 ventilaciones.
  - e) 30 compresiones y 1 ventilación.
7. **¿Cuál es la frecuencia y la profundidad de las compresiones torácicas en el adulto?**
- a) Una frecuencia de 60 a 80 compresiones por minuto y una profundidad aproximada de 2.5 cm (0.98 pulgadas).
  - b) Una frecuencia de 80 a 100 compresiones por minuto y una profundidad aproximada de 4 cm (1.5 pulgadas).
  - c) Una frecuencia de 120 a 140 compresiones por minuto y una profundidad aproximada de 6.4 cm (2.52 pulgadas).
  - d) Una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto y una profundidad aproximada de al menos 5 cm (2 pulgadas).
  - e) Una frecuencia de 100 compresiones por minuto y una profundidad aproximada de 5 cm (2 pulgadas).
8. **¿Si sospecha que una víctima que no responde, sufre un traumatismo craneoencefálico, ¿Cuál es el método más indicado para abrir la vía aérea?**
- a) Maniobra de extensión de cabeza y elevación del mentón.
  - b) Tracción mandibular.
  - c) Maniobra de extensión de la cabeza y elevación del cuello.
  - d) Evitar la apertura de la vía aérea.
  - e) Maniobra frente mentón

9. **Con respecto a la ventilación durante el soporte vital básico, señale la alternativa incorrecta:**
- a) Las ventilaciones se deben administrar rápidamente para no interrumpir demasiado tiempo las compresiones, por lo que no es necesario que el tórax se eleve.
  - b) Si se cuenta con un dispositivo bolsa mascarilla y por lo menos dos reanimadores se dará ventilaciones cada 6 segundos de forma continua, sin interrumpir las compresiones torácicas.
  - c) Si se cuenta con un dispositivo bolsa mascarilla, pero es imposible conectarlo a una fuente de oxígeno, se utilizará este dispositivo de todos modos.
  - d) Durante la ventilación con bolsa mascarilla, se recomienda que intervengan 2 reanimadores para que la ventilación sea eficaz, uno abre la vía aérea y sella la mascarilla contra el rostro, mientras el otro comprime la bolsa.
  - e) Todas son correctas.
10. **¿Cuál es la acción inicial más apropiada que debe realizar en cuanto el DEA llega al lugar donde se encuentra la víctima?**
- a) Encienda el DEA.
  - b) Coloque los parches.
  - c) Pulse el botón de analizar.
  - d) Pulse el botón de descarga.
  - e) Ninguna es correcta
11. **¿Qué acción debería realizar mientras el DEA está analizando el ritmo cardiaco?**
- a) Comprobar el pulso.
  - b) Continuar con las compresiones torácicas.
  - c) Realizar solamente ventilaciones de rescate.
  - d) Alejarse de la víctima.
  - e) Ninguna es correcta

## **SOPORTE VITAL BASICO PARA LACTANTES Y NIÑOS**

12. **Un lactante de aproximadamente 9 meses de edad es traído al centro de salud por su mamá, usted lo evalúa y confirma que no responde, ¿Qué debería hacer a continuación?**
- a) Evaluar la respiración y el pulso.
  - b) Permeabilizar la vía aérea.
  - c) Pedir ayuda y activar el sistema de respuesta a emergencias.
  - d) Iniciar compresiones torácicas.
  - e) Trasladarlo inmediatamente a un hospital de referencia.

- 13. Para evaluar el pulso en un lactante, ¿sobre qué arteria palparía?**
- a) Carótida.
  - b) Femoral.
  - c) Radial.
  - d) Poplítea
  - e) Braquial.
- 14. ¿Qué maniobra se recomienda para realizar la apertura de la vía aérea en pacientes pediátricos, sin sospecha de trauma?**
- a) Hiperextensión del cuello más allá de la posición neutra.
  - b) No realizar extensión de la cabeza, solo tracción mandibular.
  - c) Extensión de la cabeza más allá de la posición neutra.
  - d) Extensión de la cabeza hasta la posición neutra.
  - e) Ninguna es correcta
- 15. Si se cuenta con un dispositivo bolsa mascarilla pediátrica y dos reanimadores. ¿Cómo se recomienda administrar las ventilaciones?**
- a) Administrar una ventilación cada 5 o 6 segundos (de 10 a 12 por minuto).
  - b) Administrar una ventilación cada 6 segundos (10 por minuto).
  - c) Administrar una ventilación cada 4 o 5 segundos (de 12 a 15 por minuto).
  - d) Administrar una ventilación cada 2 o 3 segundos (de 20 a 30 por minuto).
  - e) Administrar una ventilación cada 30 compresiones torácicas.
- 16. ¿Cuál es la relación compresión – ventilación que deberá aplicar frente a una víctima pediátrica, si usted es el único reanimador?**
- a) 15 compresiones y 1 ventilación.
  - b) 15 compresiones y 2 ventilaciones.
  - c) 20 compresiones y 2 ventilaciones.
  - d) 10 compresiones y 2 ventilaciones.
  - e) 30 compresiones y 2 ventilaciones.
- 17. ¿Cuál es la relación compresión – ventilación que deberá aplicar frente a una víctima pediátrica, si llega un segundo reanimador?**
- a) 15 compresiones y 1 ventilación.
  - b) 15 compresiones y 2 ventilaciones.
  - c) 20 compresiones y 2 ventilaciones.
  - d) 10 compresiones y 2 ventilaciones.
  - e) 30 compresiones y 2 ventilaciones.

- 18. ¿Qué maniobra utilizaría para aplicar las compresiones torácicas en un lactante, si hubiera dos reanimadores?**
- a) Maniobra con dos pulgares y manos alrededor del tórax.
  - b) Técnica con dos dedos en el centro del tórax.
  - c) Compresiones con el talón de una mano sobre el tórax.
  - d) Aplicar 5 golpes secos con el talón de la mano en la espalda entre ambas escapulas.
  - e) Ninguna es correcta.
- 19. ¿Cuál es la profundidad de la compresión torácica para un niño?**
- a) Al menos un cuarto de la profundidad del tórax, unos 2.5 cm.
  - b) Al menos un tercio de la profundidad del tórax, unos 4 cm.
  - c) Al menos un tercio de la profundidad del tórax, unos 5 cm.
  - d) Al menos la mitad de la profundidad del tórax, unos 6.4 cm.
  - e) Al menos unos dos tercios de la profundidad del tórax, unos 7 cm.
- 20. ¿Qué es importante recordar acerca de la colocación de los parches de DEA en lactantes?**
- a) Asegurarse de que los parches se superpongan en lactantes muy pequeños.
  - b) Colocar solo un parche de desfibrilación para adultos en el tórax.
  - c) Colocar un parche en el tórax y otro en la espalda, según indicación mostrada en los parches pediátricos.
  - d) Si no se dispone de parches pediátricos, es mejor no usar el DEA.
  - e) Todas son correctas.

## **Anexo C. Consentimiento informado.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Estimado licenciado(a):**

Mediante la presente usted está invitado a participar en el estudio de investigación titulado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SOPORTE VITAL BASICO QUE TIENEN LOS LICENCIADOS EN ENFERMERIA QUE LABORAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRIS LIMA NORTE EN EL DISTRITO DE COMAS 2020”.

Por lo tanto, deberá conocer la siguiente información antes de decidir si acepta participar en el estudio:

1. El responsable de la investigación es: Lic. Enf. BUSTAMANTE CARRASCO, JOSE LUIS.
2. El objetivo principal del estudio de investigación es: Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico que tienen los licenciados de enfermería que laboran en centros y puestos de salud de la DIRIS Lima Norte en el distrito de Comas.
3. Como beneficio por su participación en el presente estudio, usted podrá conocer el resultado final de la presente investigación y su resultado individual, que servirá de sustento técnico para promover actividades de capacitación y actualización en el tema.
4. Al participar en este estudio no existe ningún tipo de riesgo o inconvenientes que puedan perjudicar al participante debido a que la prueba que se va aplicar es cuestionario.
5. Los participantes no realizaran gasto alguno durante el estudio.
6. Se mantendrá estricta confidencialidad con la información que usted proporcione al estudio, para ello no se le pedirá sus datos personales al responder el cuestionario y los resultados no mostrarán nombres de los participantes.
7. Usted tiene la potestad de renunciar a su condición de participante en el momento que usted considere pertinente, ello no generará sanción de ningún tipo.
8. Si usted tuviera alguna duda o consulta adicional durante su participación en el estudio, puede acudir al responsable de la investigación, cuyos datos de contacto son: \_\_\_\_\_.
9. Si usted desea presentar alguna queja o reclamo respecto a su participación en el estudio, puede dirigirse al Comité de Ética: \_\_\_\_\_, cuyos datos de contacto son: \_\_\_\_\_.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he sido informado sobre las condiciones de participar en este estudio de investigación, habiendo comprendido la información brindada y no habiendo sido coaccionado de ninguna forma, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, .... De..... de .....

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....

Firma del participante

## VALIDACIÓN DE LO JUECES EXPERTOS

### EXPERTO N° 1

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formule las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				95%
Amplitud de contenido				95%
Redacción de los ítems			85%	
Claridad y precisión				95%
Pertinencia				95%

VALORACION DE LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

**Datos del Experto:**

Nombres y Apellidos: Lic. Carlos Francisco Bermudes Alvarado

Profesión: Lic. En Enfermería N° de Colegiatura: 45533

Cargo: Enfermero - UCI quemados

Institución: Instituto Nacional del Niño San Borja

Fecha: 04/12/20 Firma: 

**EXPERTO N°2:**

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formule las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			85%	
Amplitud de contenido			85%	
Redacción de los ítems			85%	
Claridad y precisión			90%	
Pertinencia			85%	

VALORACION DE LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

**Datos del Experto:**

Nombres y Apellidos: Mg. Enrique DOMÍNGUEZ GONZÁLES DÍAZ

Profesión: Enfermero N° de Colegiatura: 45090

Cargo: Docente Investigador / Equipo técnico dirección de epidemiología e investigación

Institución: Universidad Nacional de Bernardino de Cabello - LIMA

Fecha: 04-12-2020 Firma: 

### EXPERTO N°3

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formule las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			85%	
Amplitud de contenido			85%	
Redacción de los ítems			85%	
Claridad y precisión			85%	
Pertinencia			85%	

VALORACION DE LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

#### Datos del Experto:

Nombres y Apellidos: Mg. Johana Vanessa Collantes Zapata  
Profesión: Enfermera N° de Colegiatura: 45100  
Cargo: Docente del área de investigación Escuela Profesional de Enfermería  
Institución: Universidad Cesar Vallejo

Fecha: 04-12-2020 Firma: 

#### EXPERTO N°4:

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formule las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			90%	
Amplitud de contenido				94%
Redacción de los ítems			90%	
Claridad y precisión		80%		
Pertinencia			90%	

VALORACION DE LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

#### Datos del Experto:

Nombres y Apellidos: Lic. Hector Augusto Castro Yeros

Profesión: Enfermero N° de Colegiatura: 045785

Cargo: Instructor de Brigadas de Intervención Inicial en Emergencias y Desastres

Institución: DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA-UNIDAD DE MOVILIZACION Y DEFENSA REGIONAL

Fecha: 02-12-20 Firma: 

**EXPERTO N°5:**

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formule las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			84%	
Amplitud de contenido			90%	
Redacción de los ítems			88%	
Claridad y precisión			82%	
Pertinencia			90%	

VALORACION DE LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

**Datos del Experto:**

Nombres y Apellidos: JESSICA CARLOS MUSAYON

Profesión: LICENCIADA EN ENFERMERIA N° de Colegiatura: 50724

Cargo: ENFERMERA ASISTENCIAL AREA EMERGENCIA

Institución: DIRIS LIMA NORTE - C.M.I. LAURA RODRIGUEZ.

Fecha: 30/11/2020 Firma: 

## TABLA DE CONSOLIDADO FINAL DE EVALUACION DE LOS 5 JUECES EXPERTOS

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Profesional 1	95%	95%	85%	95%	95%	93.00%
Profesional 2	85%	85%	85%	90%	85%	86.00%
Profesional 3	85%	85%	85%	85%	85%	85.00%
Profesional 4	90%	94%	90%	80%	90%	88.80%
Profesional 5	84%	90%	88%	82%	90%	86.80%
<b>Resultado final</b>						<b>87.92%</b>

La validez del contenido del instrumento fue de 87.92%, lo cual se interpreta como bueno

<b>VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO:</b>	Deficiente	0% a 69%
	Aceptable	70% a 80%
	<b>Bueno</b>	<b>80% a 90%</b>
	Excelente	90% a 100%

**CALCULO DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR EL METODO KUDER  
- RICHARDSON (KR-20)**

N° ENCUESTA DO	CONTENIDO (K)																				TOTAL
	PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	PREGUNTA 5	PREGUNTA 6	PREGUNTA 7	PREGUNTA 8	PREGUNTA 9	PREGUNTA 10	PREGUNTA 11	PREGUNTA 12	PREGUNTA 13	PREGUNTA 14	PREGUNTA 15	PREGUNTA 16	PREGUNTA 17	PREGUNTA 18	PREGUNTA 19	PREGUNTA 20	
1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	12
3	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	14
4	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7
5	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	10
6	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
7	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6
8	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	10
9	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	12
10	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	9
11	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	8
12	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	10
13	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	12
14	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	11
15	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
17	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7
18	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	10
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18
20	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	9
p	0.7	0.55	0.75	0.2	0.65	0.7	0.35	0.3	0.5	0.5	0.35	0.3	0.2	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.3	0.45	
q (1-p)	0.3	0.45	0.25	0.8	0.35	0.3	0.65	0.7	0.5	0.5	0.65	0.7	0.8	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.7	0.55	
p*q	0.21	0.248	0.188	0.16	0.228	0.21	0.228	0.21	0.25	0.25	0.228	0.21	0.16	0.24	0.24	0.25	0.24	0.25	0.21	0.248	
Varianza total (σ²):																				14.315789	
Sumatoria de p*q (Σp*q):																				4.455	

$$r_{20} = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( \frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

$$KR-20 = \frac{20}{20-1} \times \frac{14 - 4.5}{14.32} = 0.73$$

Donde:

K = Número de ítems del instrumento

p = Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q = Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

σ² = Varianza total del instrumento

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Tomado de Ruiz Bolívar (2002).