



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE  
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN  
NEONATOS DIRIGIDO AL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA. UARN-IAHULA.**

**ENERO-MARZO 2023.**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Autores:

Estefani Elizabeth Niño Gavidia

Yenny Vanessa Parra Cardona

Tutor: Vanessa E. Matute

Mérida, marzo 2023



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE  
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN  
NEONATOS DIRIGIDO AL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA. UARN-IAHULA.**

**ENERO-MARZO 2023.**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**TRABAJO DE GRADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

**Autores:**

**Estefani Elizabeth Niño Gavidia**

**Yenny Vanessa Parra Cardona**

**Tutor: Vanessa E. Matute R.**

**Mérida, marzo 2023**

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Yo, Vanessa Matute. C.I :16.444.882, hago constar que he leído el Trabajo Especial de Grado titulado: **EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN NEONATOS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. UARN-IAHULA. ENERO-MARZO 2023.**

Presentado por las ciudadanas Niño Gavidia, Estefani Elizabeth C.I: 24.196.559; Parra Cardona, Yenny Vanessa C.I: 22.929.463, para optar al Grado de Licenciado en Enfermería y acepto asesorar al participante en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo y presentación del Trabajo de Grado.

Tutor: Vanessa Matute.

C.I: 16.444.882

## **DEDICATORIA**

A Dios por guiarnos durante esta etapa de nuestras vidas, por hacernos entender que el tiempo de él es perfecto, que nada es antes o después; a nuestros padres por aconsejarnos, acompañarnos y por ser la escuela de nuestras vidas, formándonos con principios, valores y sobre todo demostrando que el éxito depende de nosotras; a nuestros profesores por dedicarnos su tiempo, apoyo, sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación, a nuestras casas de estudio por brindarnos profesores de excelencia que fueron nuestra guía en este camino para formarnos como buenas profesionales.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios a la vida y al destino; por cruzarnos en esta carrera tan especial y llena de amor; dar gracias a nuestros padres por ser nuestros pilares fundamentales en la construcción de nuestros sueños, en el apoyo continuo, el entusiasmo de siempre adelante pese a las adversidades y hoy podemos recoger ese fruto y decir lo logramos. Dar gracias a mi compañera por siempre estar presente, mantenernos con energía, entusiasmo y perseverancia superando con pasos firmes todos los obstáculos durante esta última etapa de la carrera. Agradecer a la Coordinadora de Enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal por brindarnos su amistad, cariño y su ayuda incondicional. Por último, gracias infinitas a nuestra querida tutora por siempre motivarnos a realizar las cosas con excelencia y disciplina, sobre todo que no hay obstáculo que nos detenga.

**Gracias.**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	16
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1 El planteamiento del problema.....	16
1.3 Justificación.....	23
1.4 Alcance y limitaciones.....	24
1.5 Línea de Investigación.....	25
1.6 Consideraciones Éticas o Aspectos Éticos.....	25
CAPÍTULO II.....	26
MARCO TEÓRICO.....	26
2.1 Antecedentes de la investigación.....	26
2.2 Bases teóricas.....	30
2.2.1 Paro Cardio Respiratorio (PCR).....	30
2.2.2 Teoría de enfermería.....	40
2.3 Bases legales.....	41

2.4 Hipótesis de la Investigación .....	42
2.5 Operacionalización de las Variables .....	43
 CAPÍTULO III .....	 46
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación .....	46
3.2 Población y Muestra .....	47
3.2.1 Población .....	47
3.2.2 Muestra .....	48
3.2.3 Criterios de Inclusión e Exclusión .....	48
3.3 Descripción del Instrumento.....	49
3.5 Procedimiento para la recolección de los datos.....	50
3.6 Técnicas utilizadas para el análisis de los datos .....	51
Referencias Bibliográficas.....	66
Anexos.....	71

www.bdigital.ula.ve



Universidad de los Andes  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería



**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE  
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN NEONATOS  
DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. UARN-IAHULA. ENERO-  
MARZO 2023.**

**Autores:**

Estefani Elizabeth Niño Gavidia  
Yenny Vanessa Parra Cardona

**Tutor:**

Vanessa E. Matute R.

**RESUMEN**

Con el objeto de evaluar la eficacia de la aplicación de una intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada dirigido al personal de enfermería de la UARN del IAHULA, se realizó un estudio cuasiexperimental de corte longitudinal con preprueba/posprueba en un sólo grupo; cuya población estuvo constituida por 25 profesionales de enfermería, siendo objeto de exclusión el personal que se encontrará para el momento del estudio de vacaciones, reposo médico o descanso trimestral. Asimismo, el personal de enfermería procedió (antes de la aplicación de la intervención educativa) a responder 32 preguntas con bolígrafo azul, posteriormente se aplicó secuencialmente la intervención educativa y finalmente se facilitó el mismo instrumento para responder nuevamente las 32 preguntas utilizando en esta ocasión bolígrafo rojo, con la finalidad de someter a prueba las hipótesis planteadas. En consecuencia, se obtuvo: grupo de edad con mayor prevalencia 20-30 años, predominancia del género femenino, el grado académico con mayor repitencia fue el Licenciado en Enfermería, asimismo, 52% del personal no ha participado activamente en programas de actualización sobre RCP y 48% afirma que la Institución (IAHULA) no ha facilitado la participación en dichos programas; la antigüedad del personal se situó entre 0-5 años y el turno de servicio de la mayoría del personal correspondió al turno diurno. De acuerdo al análisis estadístico para muestras emparejadas el promedio de respuestas correctas antes de la intervención fue de  $20,84 \pm 3,64$  y después de la intervención se incrementó considerablemente a  $27,12 \pm 2,92$ . En consecuencia, existe diferencia significativa entre los promedios de respuestas correctas antes de la intervención y después de la misma, lo que permitió determinar que la intervención educativa produjo un efecto significativo, además de confirmar la hipótesis de la investigación.

**Palabras Claves:** Reanimación Cardiopulmonar (RCP), Intervención Educativa, Personal de Enfermería, Unidad de Alto Riesgo Neonatal (UARN).



Universidad de los Andes  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería



**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE  
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN NEONATOS  
DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. UARN-IAHULA. ENERO-  
MARZO 2023.**

**Autores:**

Estefani Elizabeth Niño Gavidia  
Yenny Vanessa Parra Cardona

**Tutor:**

Vanessa E. Matute R.

**ABSTRACT**

In order to evaluate the effectiveness of the application of an educational intervention on advanced cardiopulmonary resuscitation aimed at the nursing staff of the IAHULA UARN, a longitudinal quasi-experimental study was carried out with pre-test/post-test in a single group; whose population was made up of 25 nursing professionals, being excluded the personnel who will be on vacation, medical rest or quarterly rest at the time of the study. Likewise, the nursing staff proceeded (before the application of the educational intervention) to answer 32 questions with a blue pen, later the educational intervention was applied sequentially and finally the same instrument was provided to answer the 32 questions again using a pen this time. red, in order to test the hypotheses. Consequently, it was obtained: age group with the highest prevalence 20-30 years, predominance of the female gender, the academic degree with the highest repetition was the Bachelor of Nursing, likewise, 52% of the personnel have not actively participated in CPR update programs and 48% affirm that the Institution (IAHULA) has not facilitated participation in said programs; the seniority of the staff was between 0-5 years and the shift of service of the majority of the staff corresponded to the day shift. According to the statistical analysis for paired samples, the average number of correct answers before the intervention was  $20.84 \pm 3.64$  and after the intervention it increased considerably to  $27.12 \pm 2.92$ . Consequently, there is a significant difference between the averages of correct answers before the intervention and after it, which allowed us to determine that the educational intervention produced a significant effect, in addition to confirming the research hypothesis.

Keywords: Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), Educational Intervention, Nursing Staff, Neonatal High Risk Unit (UARN).

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades del neonato representan un problema de salud pública ya que, estas incrementan las tasas de mortalidad infantil; las paradas cardiorrespiratorias suelen presentarse como las principales complicaciones de estas patologías; según las recomendaciones de los distintos consensos que direccionan la reanimación cardiopulmonar establecen que la mejora en las técnicas y el entrenamiento continuo pueden incrementar las tasas de supervivencia, haciendo énfasis en la actuación inmediata, la cual se constituye como de vital importancia. En otras palabras, el porcentaje de supervivencia estará directamente relacionado con la inmediatez y eficacia de la actuación por parte del personal de salud, por lo tanto, es imprescindible que el equipo de salud, especialmente el personal de enfermería, como pieza fundamental del equipo multidisciplinario, participe activamente en procesos de actualización y capacitación continua.

Actualmente, las intervenciones de reanimación cardiopulmonar (RCP) se basan en estudios realizados por las ILCOR (International Commite on Resusitation) y por la Asociación Americana del Corazón, los cuales, se presentan como guías de actuación, a través de la aplicación de algoritmos, recomendando la utilización de sesiones educativas en todos los centros sanitarios, a fin de fortalecer las habilidades y comportamientos del personal durante la RCP, jerarquizando cada intervención y fomentando la toma de decisión rápida con pensamiento crítico para la adecuada y eficaz ejecución de las maniobras correspondientes.

La práctica deliberada y el aprendizaje de dominio durante el entrenamiento de soporte vital, la incorporación de retroalimentación mínima puede mejorar la adquisición de habilidades, el entrenamiento de refuerzo sea individual o grupal,

facilita la retención de las habilidades de Reanimación Cardiopulmonar y la práctica en espacios clínicos se puede utilizar para mejorar los resultados de aprendizaje y favorecer el desempeño en Reanimación; la adición de sesiones breves y frecuentes centradas en repetición de este contenido mejora la retención de habilidades y comportamientos ante una Reanimación Cardiopulmonar.

Asimismo, el presente estudio se estructuró en cinco (5) Capítulos: Capítulo I: Planteamiento del Problema (descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos generales y específicos, alcances y limitaciones, línea de investigación y consideraciones éticas). Capítulo II: Marco Teórico (antecedentes, bases teóricas y legales, sistema de hipótesis y operacionalización de las variables). Capítulo III: Naturaleza metodológica (Tipo y diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de la información, análisis y procesamiento de datos). Capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones; referencia bibliográficas y anexos.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 El planteamiento del problema

“El ser humano nunca actúa directamente sobre las cosas, siempre hay un intermediario, un instrumento entre él y sus actos. Esto también sucede cuando se investiga científicamente, cuando trata de conocer algo en especial” (Bervian, 1990, p. 1)

Refiriéndose al pensamiento de Bervian, las personas durante su preparación profesional investigan temas de interés, en este caso todo profesional del área de salud, especialmente los enfermeros(as), deben conocer que la renovación constante y gestión adecuada del conocimiento combinado con la prestación de cuidados hospitalarios apropiados, constituyen la base de atención del individuo, familia y comunidad. Por lo tanto, la necesidad creciente de atención eficaz ejecutada bajo estándares de calidad, sobre todo en situaciones de salud crítica que ameritan la puesta en práctica de maniobras especializadas, son de gran importancia para la praxis profesional, lo que en el contexto actual permitiría disminuir las tasas de mortalidad, con peculiar interés en la población vulnerable, como lo son los neonatos.

La OMS (2020), señaló que, a nivel mundial las muertes de recién nacidos, descendió 5 millones en 1990 hasta 2.4 millones, los niños son los que mayor riesgo corren de morir en sus primeros 28 días de vida. En 2019, el 47% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron durante el periodo neonatal: aproximadamente un tercio el día mismo del nacimiento y cerca de tres cuartas partes en la primera semana de vida. (p.1)

La organización antes mencionada para el año 2019, estableció estrategias para disminuir las muertes neonatales las cuales fueron: fortalecer y mejorar la atención especialmente durante el parto y la primera semana de vida del recién nacido, la ampliación de servicios de calidad especialmente los de enfermería para recién nacidos, permitiendo reducir las inequidades de acuerdo a los principios de cobertura sanitaria universal, además de fortalecer el seguimiento de programas y la rendición de cuentas, a fin de registrar todos los nacimientos vivos y las muertes prenatales.

Como parte de estos asociados el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018), señaló que, para lograr los objetivos mundiales de salud infantil, sería fundamental conseguir una gran calidad en la atención prenatal, la atención esencial en el parto, la atención postnatal y la atención hospitalaria para los recién nacidos de bajo peso o enfermos, con equidad en todos los países. (p.4)

Asimismo, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a nivel mundial, en los países de bajos ingresos, la tasa media de mortalidad neonatal es de 27 muertes por cada 1.000 nacimientos. En los países de altos ingresos, esta tasa es de 3 muertes por cada 1.000. En América Latina y el Caribe, cerca de 100 mil recién nacidos mueren en la región antes de cumplir su primer mes de vida. En América Latina y el Caribe, la mortalidad neonatal más alta se registra en los bebés de mujeres más vulnerables por su condición de pobreza y bajo nivel de educación.

No obstante, Venezuela se ubica en el puesto 90 en el ranking mundial. Con respecto a la región, Venezuela está en el puesto 15 con una tasa de mortalidad neonatal de 10,3% según las estimaciones del informe de la UNICEF descrita anteriormente. Los datos presentados en este informe corresponden a los datos más actualizados y más completos disponibles sobre la mortalidad neonatal, los cuales, han sido extraídos del Grupo Interinstitucional para las Estimaciones de la Mortalidad en la Niñez de las Naciones Unidas, en el año 2017.

Es importante señalar, que en Venezuela el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), no ha actualizado las cifras estadísticas relacionadas con la mortalidad neonatal e infantil en los últimos años, por esta razón, diversas Organizaciones y Asociaciones sin fines de lucro han realizado estimaciones y proyecciones acerca de la realidad actual en cuanto a las tasas de mortalidad neonatal e infantil, tal es el caso, de la Asociación Civil CONVITE.

Según, la Asociación Civil CONVITE (2016), el reporte epidemiológico del segundo trimestre del año 2016 indicó lo siguiente: hasta la semana epidemiológica N° 21 del año 2016 el acumulado anual es de 4.074 muertes infantiles, con ascenso de 18,50% con respecto al período homólogo del año 2015 (n= 3.438). En promedio se han registrado 194 muertes semanales y 28 diarias, presentándose una tendencia ascendente. La tasa de mortalidad infantil del país se ubica en 18,61 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos estimados (NVE). Por consiguiente, la mortalidad neonatal (0 – 27 días) concentra 79,65% (n=3244muertes), mientras la mortalidad post neonatal (28 días – 11 meses) concentra el 20,35% restante (n=829 muertes). La mortalidad neonatal precoz (0 – 6 días) concentra 57,16% de la mortalidad infantil (n=2328 muertes). (p.10)

En consecuencia, el mayor número de muertes neonatales ocurre los primeros 7 días después del nacimiento. Asimismo, es importante considerar algunos factores influyentes como la prematuridad y el bajo peso al nacer, además de factores asociados al periodo perinatal como, las infecciones, la rotura prematura de membrana, los trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes gestacional, los cuales, son considerados factores de riesgo y que condicionan las muertes neonatales.

Por otra parte, Navarro B. (2018) destaca que, las muertes neonatales se relacionan con afecciones perinatales como (el crecimiento intrauterino retardado, complicaciones maternas del embarazo, síndromes de dificultad respiratoria, infecciones, hipoxias intrauterinas y asfixias perinatales), así como también malformaciones, muerte súbita, bajo peso al nacer y las complicaciones propias del parto, lo que condiciona que la recurrencia de muertes neonatales van de la mano con la pobreza, la salud materna y la calidad de la atención prenatal. (p. 8)

Ahora bien, lo anteriormente expuesto, implica incrementar la capacidad instalada de las Unidades de Alto Riesgo Neonatal, para satisfacer la demanda creciente de neonatos con problemas de salud potenciales, los cuales, debido a la compleja situación de salud presentan Paro Cardiorrespiratorio (PCR), siendo esta, una consecuencia inevitable. En el mismo orden de ideas, la supervivencia, según estudio que se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Central de San Cristóbal, demostró que la mayor incidencia de decesos se presentó en recién nacidos con menos de 37 semanas de gestación, así como el peso promedio, que fue de 2.500grs aproximadamente, lo que denota, una proporción directamente relacionada con la prematuridad y el bajo peso al nacer.

Igualmente, en el estado Mérida, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), según cifras aportadas por el Departamento de

Estadística, en el primer semestre del año 2021, nacieron vivos 1293 neonatos por cada 100mil habitantes, de ellos, el 35,5% (459 neonatos) ingresaron a la Unidad de Alto Riesgo Neonatal, siendo las principales causas de ingreso a esta Unidad las siguientes: 9,36% (121 neonatos) cursaron con trastornos relacionados con la corta edad gestacional y bajo peso al nacer; 11,5% (148 neonatos) ingresaron con problemas respiratorios; 2,9% (37neonatos) representaron sepsis de origen bacteriana; 1,4% (18neonatos) ingresaron con patologías que no se relacionaron con el embarazo; 1,4% (18 neonatos) presentaron ictericia neonatal y 1% (14) cursaron con algún trastorno de origen cerebral; el 0,6% (8 neonatos) fueron ingresados por alguna complicación materna durante el embarazo; por último, 0,54% (7 neonatos) presentaron síndrome de aspiración neonatal. Asimismo, las cardiopatías fueron causal de ingreso en 0,45% (6neonatos) y otras patologías en 6.34% (82).

Por lo tanto, las estadísticas expuestas anteriormente, denotan que 10,7% de esta población, requirió la aplicación de técnicas de reanimación cardiopulmonar avanzada, siendo efectivas en 5,9% (76 neonatos), mientras que, en 4,8% (62 neonatos) las maniobras de RCP resultaron infructuosas. Estos datos corresponden al 1er semestre del año 2021, indicando que la relación entre supervivencia y mortalidad es muy cercana, es decir, que casi el 50% de los neonatos ingresados a la Unidad de Alto Riesgo Neonatal, que requirieron maniobras de RCP fallecieron. En relación, con los datos aportados por UNICEF (antes descrito), la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA, superó en un semestre el equivalente a la tasa de mortalidad neonatal a nivel mundial.

Análogamente, haciendo referencia a diversos estudios internacionales donde el porcentaje de PCR intrahospitalario representa entre el 2 y 6% de los neonatos admitidos en las Unidades de Alto Riesgo, con una supervivencia de hasta 16% y con mayor frecuencia de documentación en los casos de asistolia o actividad eléctrica sin pulso (85%). Contrariamente y en menor porcentaje (10-15%) en casos de fibrilación

ventricular o taquicardia ventricular sin pulso. Generalmente, debido a que los neonatos sufren parada cardiorrespiratoria secundaria a la progresión de la insuficiencia respiratoria, choque o condición clínica propia de salud, más que como un evento súbito, siendo la prevención un eslabón de vital importancia.

Tal es el caso, de la UARN del IAHULA, donde la demanda de atención de neonatos con complicaciones asociadas principalmente al bajo peso al nacer y la prematurez constituyen un grave problema de salud pública que predispone el aumento de las tasas de morbimortalidad. Asimismo, como lo prueban las cifras estadísticas (antes descritas) un porcentaje importante de estos neonatos indudablemente presentará PCR, debido a la compleja situación clínica, lo que indefectiblemente amerita que la preparación y gestión de conocimientos por parte del profesional de enfermería en materia de RCP básica y avanzada sea uno de los principales aspectos considerados en la prestación de atención basada en estándares de calidad y en los últimos consensos y actualizaciones internacionales, los cuales permitirían protocolizar la actuación, disminuir los errores por omisión, mejorar la práctica profesional y disminuir la tasa de mortalidad neonatal.

En el mismo orden de ideas, haciendo referencia a la UARN del IAHULA y a los datos porcentuales aportados por el Departamento de Estadística de dicho recinto hospitalario, que señalan que casi el 50% de los neonatos que ameritan maniobras de RCP avanzada fallece, permite analizar exhaustivamente la problemática actual, desde la perspectiva educativa, debido a la escases de personal de enfermería especialista en el área y la ausencia de actualización y educación continua sobre RCP avanzado, las cuales, acentúan el grave problema de salud pública, además contribuir al incremento de las tasas de mortalidad neonatal. Aunado a ello, el déficit de personal de enfermería, la disminución de la capacidad instalada de la Unidad para la creciente demanda, la carencia de tecnología y material médico quirúrgico para la atención adecuada y la

realización de las maniobras de acuerdo a lo establecido internacionalmente ,constituyen uno de los principales problemas de atención.

En consecuencia, sería de suma importancia determinar si las intervenciones educativas basadas en la gestión adecuada del conocimiento mediante la actualización constante sobre RCP de acuerdo a los últimos Consensos Internacionales por parte del profesional de enfermería de la UARN del IAHULA, serían lo suficientemente eficaces. Es por ello, que surge la siguiente interrogante objeto de investigación: ¿cuál es la eficacia de la aplicación de una intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos dirigido al personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA?

## **1.2 Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos dirigido al personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA. Enero-Marzo 2023.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas, académicas y laborales del personal de enfermería que labora en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA.

2. Determinar la información previa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos que maneja el personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA.
3. Aplicar una intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos al personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA.
4. Comparar el efecto producido por la intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos con la información previa manejada por el personal de enfermería de la Unidad de Alto riesgo Neonatal del IAHULA.

### **1.3 Justificación**

La reanimación cardiopulmonar en el neonato, constituye un conjunto de maniobras realizadas de forma frecuente en las Unidades de Alto Riesgo Neonatal, sin embargo, su ejecución requiere de personal altamente capacitado, de lo contrario las probabilidades de supervivencia disminuyen drásticamente, lo que se traduce en incremento desmesurado de la tasa de mortalidad neonatal. De lo anterior, se establece la importancia de la capacitación y actualización constante del personal de enfermería, lo que permitiría, disminuir los costos y los días de estancia hospitalaria, así como, posibilitar la protocolización de la actuación médica y de enfermería, disminuir los errores por omisión y mejorar la práctica profesional, lo cual, repercutiría en la disminución de la tasa de mortalidad neonatal.

Cabe destacar que la importancia social, las investigaciones en el área de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) son efectuadas por entes reconocidos mundialmente para tratar de establecer pautas de ejecución que permitan aumentar la supervivencia sin secuelas o daños neurológicos. Asimismo, estos Consensos establecen que el entrenamiento individual o de refuerzo en equipo debe realizarse cada año para favorecer la retención de conocimientos, habilidades y comportamientos,

puesto que, varios estudios sustentan que las habilidades en RCP disminuyen en un plazo de tres a doce meses, por lo tanto, la investigación continua basada en evidencia científica sugiere que los refuerzos o actualizaciones frecuentes mejoran el rendimiento y ayudan a reducir la mortalidad neonatal en entornos de escasos recursos.

Con respecto a la importancia practico- teórico, las intervenciones educativas basadas en los diversos Consensos Internacionales proporcionarán a los profesionales de enfermería herramientas esenciales para el manejo y atención de neonatos con PCR, fortaleciendo las habilidades y destrezas del personal, además de analizar y evaluar suficientemente los resultados de esta investigación, considerando los aspectos que requieran refuerzo mejorando la calidad de los procesos ejecutados.

En cuanto a la justificación metodológica, busca analizar y evaluar los resultados de esta investigación, para así dar conclusiones y recomendaciones que serán útiles para el personal de salud, con respecto a refuerzos teóricos como prácticos en temas de RCP para mejorar la calidad de procedimientos y ayudar a disminuir las tasas de mortalidad y que avale próximos estudios que sigan esta línea de investigación.

#### **1.4 Alcance y limitaciones**

Los alcances de la presente investigación, están íntimamente relacionados con el fortalecimiento de las habilidades y destrezas del personal de enfermería en la ejecución de maniobras avanzadas de RCP, así como también el mejoramiento de la gestión del conocimiento necesaria para la adecuación de las técnicas avanzadas en RCP y, por último, protocolizar la actuación de los profesionales de enfermería durante la RCP basados en los Consensos Internacionales, en aras de mejorar la calidad de atención a la población neonatal.

Asimismo, durante el proceso investigativo, la falta de disposición y motivación por parte del personal de enfermería para participar activamente en la recolección de los datos constituyó una limitante de importancia.

### **1.5 Línea de Investigación**

La línea de investigación establecida por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, seleccionada para el presente estudio corresponde al lineamiento: El proyecto de vida y la salud sexual y reproductiva, que se encuentra bajo la dirección del grupo de investigación: *“La enfermería y los procesos sociales”* del Departamento de Enfermera En Salud Familiar y Desarrollo Humano.

### **1.6 Consideraciones Éticas o Aspectos Éticos**

Para el desarrollo armonioso de la presente investigación se consideraron los tres principios éticos fundamentales aplicados en todo estudio relacionado con las Ciencias Sociales, Médicas y Biológicas, los cuales hacen referencia a los principios de respeto a la dignidad humana, beneficencia y justicia, en un todo de acuerdo con lo establecido en el Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería.

Asimismo, se conservó el anonimato de los datos recolectados durante la ejecución del estudio y se informó suficientemente a la población objeto de estudio que podrían retirarse en cualquier momento del proceso investigativo, el cual se condujo bajo la rectoría de los cinco (5) principios generales que guían toda acción de enfermería.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

A continuación, se describen los estudios que, a través de la exhaustiva revisión bibliográfica realizada, sirvieron para soportar desde el punto de vista teórico, metodológico y ético la presente investigación.

Asimismo, Quiroz S. (2021), realizó una investigación intitulada: Efecto de la educación continua en reanimación cardiopulmonar en el desempeño del profesional de enfermería del servicio de urgencias Realizado en Panamá en el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos, cuyo objetivo fue, determinar el efecto positivo de la educación continua en reanimación cardiopulmonar en el desempeño del profesional de enfermería en el servicio de urgencias. La investigación desde la perspectiva metodológica fue de carácter no experimental transaccional de tipo descriptivo, la población estuvo conformada por 137 profesionales de enfermería correspondiendo la muestra a un total de 15 profesionales de enfermería representando el 11% total de la población. Asimismo, para la recolección de los datos se utilizó un instrumento denominado cuestionario descriptivo, que constó de 17 ítems. En cuanto a los resultados, el personal de enfermería del servicio de urgencia consideró de mayor utilidad para mejorar los conocimientos en relación a RCP el uso de cursos en 47% (7), capacitaciones 40% (6) y diplomados 13%. En consecuencia, concluyeron que la

educación continua en temas de reanimación cardiopulmonar tuvo un efecto positivo en el desempeño del profesional de enfermería del servicio de urgencias, además busca fortalecer conocimientos, competencias, destrezas y habilidades necesarias para actuar con seguridad y autocontrol durante la RCP, garantizando mayor probabilidad de sobrevivencia del paciente, es decir, los programas de educación continua en RCP incrementan el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería, corroborando la necesidad de estructurar la educación continua en salud como herramienta que contribuirá para la mejora de los índices de éxito en RCP.

En el mismo orden de ideas, Cuero I. (2021), realizó una investigación intitulada: Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar en enfermeros en el área de neonatología del hospital general Esmeraldas. Realizado en el Sur Delfina Torres de Concha, Ecuador-Quito. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar en neonatos del área crítica de neonatología. Con respecto a la metodología se realizó un estudio mixto, de corte transversal y enfoque descriptivo, utilizando métodos empíricos de la observación, la medición, los teóricos deductivo- inductivo y análisis- síntesis. Asimismo, la muestra incluyó a 17 enfermeras que trabajaban en dicha área, a quienes se les aplicó un cuestionario de preguntas y una ficha de observación para verificar la aplicación de sus conocimientos y el uso de los protocolos. Como resultados obtuvieron que 70.6% de profesionales manifestaron ser capaces de realizar una reanimación cardiopulmonar eficaz, sobre el alcance apropiado de la respiración del recién nacido sano con aire al ambiente y respondieron correctamente el 70,5%, acerca del accionar después de los 60 segundos del parto, si el bebé sigue apnéico y flácido, el 52,9% respondió asertivamente y el 41.2% respondió que hay que iniciar la ventilación a presión positiva; el 100% de la muestra conoció qué es la asfixia y que el porcentaje del oxígeno que llevan los alveolos del neonato durante la transición es del 21%. Finalmente, concluyeron que existió un alto nivel de conocimiento en el personal de enfermería del área de neonatología sobre la reanimación cardiopulmonar específicamente sobre

conceptos básicos, avanzados y práctica en el procedimiento respaldados en guías de actuaciones.

Balboa S. (2021), realizó una investigación intitulada: Competencias cognitivas y actitudinales del personal de enfermería sobre reanimación neonatal en la unidad de neonatología, Hospital del Norte, La Paz-Bolivia. El objetivo de este estudio, fue determinar las competencias cognitivas y actitudinales del personal de enfermería sobre reanimación neonatal, planteando como metodología un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo y observacional. Asimismo, el instrumento utilizado fue un cuestionario con 20 ítems y 7 ítem de lista de observación. Como resultados obtuvo: en cuanto a las características socio laborales, 8% del personal de enfermería realizó maestrías, 31% especialidad y 61% diplomados. Respecto a la experiencia laboral en el área de neonatología 61% tiene experiencia de 11 años el cual recibieron actualización en reanimación cardiopulmonar neonatal, 62% realiza eventualmente estas actualizaciones, 23% de manera periódica y 15% anualmente. Por último, al realizar el análisis diferencial en cuanto a las competencias cognitivas se obtuvo que, 23% del personal de enfermería cuenta con un nivel bueno, 69% un nivel regular y 8% malo, referente a las competencias actitudinales 15% del personal de enfermería cuenta con dichas competencias en nivel óptimo, 69% aceptable y 16% insuficiente.

Otro antecedente de importancia fue el realizado por: Mejía F (2020), cuya investigación fue intitulada: Conocimiento y autoeficacia sobre reanimación cardiopulmonar de los enfermeros en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren callao 2020. Realizado en Perú-Callao. El objetivo principal fue determinar la relación entre las variables conocimiento y autoeficacia sobre reanimación cardiopulmonar. Asimismo, la naturaleza metodológica fue descriptiva, cuantitativa de corte transversal y la población objeto de estudio estuvo conformada por 73 enfermeros, siendo la muestra obtenida por muestreo aleatorio simple. Los resultados arrojados fueron: según sus dimensiones el reconocimiento y

activación de respuesta de RCP más la apertura de la vía aérea con 85.3% y 50% respectivamente, obtuvieron un alto conocimiento, seguido de regular conocimiento en buena ventilación y compresiones torácicas con 82.4% y 79.4%, en desfibrilación soporte vital avanzado (SVA) y cuidado postparo cardíaco de RCP 38.2% nivel regular. Con respecto a las dimensiones de RCP básica el mayor porcentaje tuvo alguna confianza con 35.3% y total confianza en RCP Avanzada con 35.3%. Por lo tanto, luego de realizar el contraste de hipótesis, se determinó la correlación positiva moderada ( $r = 0.508$ ) según Rho de Spearman, obteniendo como conclusión que existió una relación significativa entre el conocimiento y autoeficacia sobre reanimación cardiopulmonar de los enfermeros del servicio de Emergencia.

Finalmente, Ramírez M. y Morales L. (2019), realizaron un estudio intitulado: Impacto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del I.S.S.T.E. Realizado en Acapulco-México, cuyo objetivo, fue determinar el impacto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada en los enfermeros de la unidad. Metodológicamente, realizaron un estudio descriptivo, longitudinal y la población objeto de estudio estuvo conformada por personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, la muestra fue determinada por conveniencia, puesto que, se estudió al 100% de la población que cumplió con los criterios de inclusión. De acuerdo a los resultados estadísticos arrojados, después de la intervención educativa 14 de los 20 sujetos estudiados presentaron incremento en el nivel de conocimiento de RCP, 2 disminución y 4 se mantuvieron en estándar inadecuado. En consecuencia, concluyeron que la intervención educativa tuvo impacto sobre el nivel de conocimientos de los sujetos objeto de estudio, alcanzando los objetivos planteados en la investigación.

## 2.2 Bases teóricas

### 2.2.1 Paro Cardio Respiratorio (PCR)

Según García M. (2011) “La Parada Cardiorrespiratoria, es la interrupción brusca e inesperada, y potencialmente reversible, de la respiración y de la actividad mecánica del corazón”(p. 197)

Escobar J. (2012) define el paro cardiorrespiratorio, significa “un colapso en la perfusión tisular cuyas consecuencias son determinadas por el daño producido a los órganos más temprano y severamente afectados”. (p. 1)

Según Sánchez R. Pérez M. (2020) se entiende “toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardio circulatorias espontaneas, no siendo el resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico”. (P. 3)

Según Martínez A. (2020) describe que las causas que se presentan en una parada cardíacas son las siguientes: el fallo respiratorio, se determina la dificultad respiratoria otros problemas respiratorios del recién nacido y el síndrome de aspiración neonatal, en el fallo circulatorio: la hipovolemia, problemas distributivos (sepsis), en el fallo cardíaco: las arritmias cardíacas, la descompensación de cardiopatías congénitas, la depresión grave del sistema nervioso central, convulsiones prolongadas y el aumento de la presión intracraneal, en relación a miscelánea: el barotrauma, los trastornos metabólicos, las malformaciones en el periodo neonatal y la muerte súbita del lactante. (p. 34-35)

A demás este autor hace referencia a los signos de una parada cardiaca, destacando los siguientes: no responde a estímulos verbales o dolor, ausencia de respiración normal, bocanadas o gasping, la disminución de signos de circulación (tos, movimientos, respiración efectiva, palidez extrema o cianosis, un pulso menor de 60 latidos por minuto en lactante), además la pérdida de conciencia, la falta de respiración efectiva y signos de circulación son indicativos de inicio de reanimación cardiopulmonar; también se destacan los factores que condicionan a un RCP neonatal y se describe los siguientes: factores fetales (crecimiento intrauterino retardado, edad gestacional menor a las 37 semanas, gestaciones múltiples y anomalías congénitas), factores maternos (infecciones, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia, talla baja y prematuro sin corticoide antenatal) y factores intrapartos (evidencia de compromiso fetal, líquido amniótico teñido de meconio, parto podálico vía vaginal, parto con fórceps, cesárea antes de las 39 semanas, cesárea de emergencia y la administración de anestesia general).

Según Nodal (2006), existen 3 modalidades de parada cardiaca, describiendo “la Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP), es el ritmo del electro cardiograma (ECG) inicial más frecuente en pacientes que presentan PCR secundaria a enfermedad coronaria” (p.3).

Otra de las modalidades que menciona este autor es la Asistolia que constituye el ritmo primario o es responsable de la aparición de una situación de PCR en el 25% de las acontecidas en el ambiente hospitalario y en el 5% de las extrahospitalarias, no obstante se encuentra con más frecuencia al ser la evolución natural de las FV no tratadas; por último menciona que la Actividad eléctrica sin pulso, se define como la presencia de actividad eléctrica cardiaca organizada, sin traducirse en actividad mecánica (ausencia de pulso arterial central) o tensión arterial sistólica (TAS) menos de 60 milímetros de mercurio (mmHg), en ausencia de flujo en las arterias coronarias,

las ondas coordinadas en el ECG solo pueden existir de forma transitoria; la presencia de disociación electro mecánica (DEM) provoca una situación de muy mal pronóstico.

Este autor define el concepto de resucitación cardiopulmonar (RCP) como el conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la respiración y circulación espontánea, así mismo describe el concepto de RCP básica como el conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible parada cardiaca y/o respiratoria, alertar a los sistemas de emergencia y realizar una sustitución (aunque precaria) de las funciones respiratoria y circulatoria, hasta el momento que la víctima pueda recibir el tratamiento calificado.

Según Sánchez R. y Pérez M. (2020) describen que el soporte vital básico, “es un conjunto de actuaciones con las que se persigue el mantenimiento de una vía aérea permeable y adecuada; una respiración efectiva y que conduzca a un intercambio gaseoso adecuado; el restablecimiento de la circulación sanguínea”. (p. 5)

Gracia M, y González R. (2011) plantea que la reanimación básica en pediatría, se compone de una serie de maniobras que se realizan de manera secuencial y cuyos fines son identificar una situación de PCR, activar el sistema de emergencias y sustituir la función respiratoria y cardiocirculatoria del paciente hasta la recuperación o hasta el inicio de la RCP avanzada.

El protocolo establecido por la Asociación Española de Pediatría, (2020) “establece que el soporte vital básico (SVB) se debe desarrollar en función de un algoritmo, para que sea eficaz y de calidad” pág. 37; lo plantea de la siguiente manera:

Para iniciar el procedimiento se comprueba el estado de consciencia del paciente, hablándole en voz alta cerca de los oídos o estimulándolo suavemente, en

caso de lesiones en el sistema musculo esquelético, se procede a inmovilizar bimanualmente antes de ser estimulado; si responde se dejará en posición de seguridad o como se encuentre siempre que no corra peligro, activando equipos de emergencias e informando del suceso, se monitorizará periódicamente, sino responde, se alerta al entorno sin dejar de hacer las maniobras de RCP; se procederá a colocar en decúbito supino, que se encuentre alineado en una superficie plana, lisa y dura; se hace la apertura de la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón (MFM), colocando una mano sobre la frente inclinaremos la cabeza hacia atrás, haciendo una extensión del cuello, moderada en niños y neutra en lactantes, simultáneamente elevaremos el mentón con la punta de los dedos índice y medio de la otra mano; en caso de traumatismo haremos tracción mandibular (elevar los ángulos de la mandíbula hacia arriba y delante preferiblemente con dos dedos de cada mano, mientras fijamos el cuello), si hay cuerpo extraño solo se retirará si es visible y fácilmente extraíble, evitando el barrido a ciegas; manteniendo la vía aérea abierta nos aproximaremos a la boca y nariz del niño para comprobar la respiración normal (no más de 10 segundos), se debe observar si se eleva el tórax o el abdomen, escuchando los ruidos respiratorios y sentir el aire exhalado. Si la respiración y las ventilaciones son efectivas o normales, se colocará en posición lateral de seguridad que previene la obstrucción de la vía aérea y reduce el riesgo de aspiración, evitando cualquier presión sobre el tórax y en extremidades; cada 30 min se procede a cambiar de posición; si es traumático se dejará en la posición que se encuentre, si esta es segura, se activarán los equipos de emergencia y se observara al niño, junto con su respiración periódicamente cada 1-2 minutos, si no hay respiración efectiva o normal, se administraran ventilaciones, que serán con aire espirado o con soporte instrumental de la vía aérea y oxigenoterapia (ventilaciones con aire espirado  $FiO_2 < 18\%$ ); asegurando un buen sellado con la boca, tras una inspiración, se insufla el aire de forma sostenida y durante un segundo, comprobando la elevación y el posterior descenso del tórax; en lactantes menores de un año se implementa la técnica boca-boca a nariz, en niños y en adultos será boca a

boca, pinzando la nariz al insuflar (realizando cinco insuflaciones de un segundo, ratificando la posición). Para que este paso sea efectivo, tras cada ventilación, se permite la salida del aire, adaptando la fuerza y volumen de insuflación al tamaño del niño, si ninguna ventilación es efectiva se podría estar en presencia de una posible obstrucción.

Esta Asociación destaca que, tras cinco ventilaciones de rescate, se procede a evaluar los signos de circulación (60 respiraciones por minuto, se realizan únicamente ventilaciones de (12-20/minuto), revalorando periódicamente; iniciar compresiones torácicas si hay duda, si no hay signos de vida o pulso (menor a 60 latidos por minuto en lactante y niños), iniciando 15 compresiones torácicas alternando con 2 ventilaciones. Las compresiones torácicas (CT) en pediatría se aplica en la mitad inferior del esternón, un través de dedo por encima de la apófisis xifoidea, adaptándose al tamaño y edad; la presión ejercida debe deprimir el esternón al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax (4 centímetros (cm) en lactantes, 5 cm en niños y hasta 6 cm en adultos), el ritmo será 100-120 latidos por minuto (lpm), usando el mismo tiempo de presión que de descompresión. En lactantes, las CT se realizan con dos dedos perpendiculares al tórax, o bien abrazando con dos manos el tórax presionando con los pulgares, en niños/as, posicionando el talón de una mano en la zona de compresión y manteniendo el brazo extendido vertical al pecho, si fuera preciso, se utilizan las dos manos, posicionando un talón de una mano sobre el otro sin apoyarse, evitando lesionar costillas, se intercalan 15 compresiones con 2 ventilaciones en lactantes y niños; es fundamental activar equipos de emergencia informando del suceso (qué, quién y dónde), un solo reanimador iniciará las maniobras de SVB manteniendo durante un minuto antes de la alerta, si hay más de un reanimador, uno iniciará la RCP mientras el otro busca ayuda, ante pérdida de consciencia súbita (parada cardiaca de origen cardiaco) sin signos de circulación, se utiliza la ayuda y un desfibrilador (si está cercano y accesible) antes de iniciar RCP.

Según Nodal (2006) define el concepto de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada como “el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de PCR, optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen”. (p.1)

Ortegón C., y Sierra G. (2017) determina que la reanimación cardiopulmonar avanzada es la que incluye la sustitución y restitución de la función del sistema cardiopulmonar, además de incluir el manejo de vía aérea a través de dispositivos avanzados para la misma, así como la administración de medicamento, terapia eléctrica mediante un análisis de ritmo cardíaco por quien ejecuta las maniobras, así como el manejo del paciente posterior a la parada cardíaca. (p.48)

La American Heart Association (2020) establecen los siguientes criterios para un RCP avanzado de calidad; para el inicio del RCP se realiza la ventilación con bolsa mascarilla, suministrando oxígeno; comprimiendo fuertemente (mayor o igual a un tercio del diámetro anteroposterior del tórax) logrando de 100 a 120 compresiones por minuto, permitiendo la expansión torácica completa, reduciendo al mínimo las interrupciones entre compresiones, cambiando el compresor cada 2 minutos o antes si está cansado. Sino se cuenta con una vía aérea avanzada, la relación es de 15 compresiones y 2 ventilaciones, pero si esta vía es avanzada, las compresiones se realizan continuas y se suministra una ventilación cada 2 a 3 segundos. (p.18)

Esta asociación indica en hacer la conexión del monitor/desfibrilador, evaluando si el ritmo es desfibrilables, si hay frecuencia ventricular o taquicardia ventricular sin pulso; se procede administrar una descarga inicial de 2 Joules/kg, se realiza RCP por 2 minutos y se canaliza el acceso intravenoso o intraóseo (IV/IO), se

evalúa si el ritmo es desfibrilable; nuevamente se procede administrar la segunda descarga que es de 4 Joules/kilogramo (kg), a su vez se realiza RCP por 2 minutos y se administra 0,01 miligramo (mg)/ kg de adrenalina (0,1 mililitros (ml)/kg de concentración de 0,1 mg/ml, dosis máxima de 1mg), se repite cada 3 a 5 minutos, se continua con la evaluación del ritmo si es desfibrilable, se administra descargas mayores o igual a 4 Joules/Kg y descargas posteriores mayor o igual 4 Joules/Kg, con un máximo de 10 Joules o la dosis para adultos; se procede nuevamente a realizar RCP por 2 minutos administrando amiodarona una dosis de 5mg/kg durante el paro cardiaco, se pueden repetir hasta 3 dosis totales para la fibrilación ventricular refractaria o la taquicardia ventricular sin pulso o bien se administra dosis de lidocaína de carga de 1mg/kg.

La AHA (2020) determina que si el ritmo no es desfibrilables y está en asistolia, se administra adrenalina lo antes posible, nuevamente se realiza RCP por 2 minutos y se indica dosis de 0,01 mg/ kg de adrenalina (0,1 ml/kg de concentración de 0,1 mg/ml, dosis máxima de 1mg) se repite cada 3 a 5 min, si el ritmo no es desfibrilables se continua con el RCP tratando las causas reversibles (hipovolemia, hipoxia, hidrogenión, hipoglucemia, hipo o hiperpotasemia, hipotermia, neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco, toxina, trombosis pulmonar y coronaria). (p.18)

Según la European Resuscitation Council (2021), la reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica indica, comenzar y / o continuar con el soporte vital básico pediátrico; el reconocimiento de la PCR se puede realizar por signos clínicos o basándose en los signos vitales monitorizados (ECG, pérdida de SpO2 y / o el valor digital de CO2 al final de la espiración/ETCO2, perdida de presión arterial entre otros), es importante destacar que también se debe iniciar la RCP en niños bradicárdicos con signos de muy baja perfusión a pesar de una asistencia respiratoria adecuada. Si aún no está realizada, aplique la monitorización cardíaca lo antes posible utilizando electrodos

de ECG o parches autoadhesivos (o palas de desfibrilación). Diferenciar entre ritmos cardíacos desfibrilables y no desfibrilables. Los ritmos no desfibrilables son la actividad eléctrica sin pulso (AEP), la bradicardia y la asistolia. Si la bradicardia (es menor a 60 lpm) es el resultado de hipoxia o isquemia, se necesita RCP incluso si hay pulso detectable. Por lo tanto, los reanimadores deben evaluar los signos de vida y no perder tiempo comprobando el pulso. En ausencia de signos de vida, continúe proporcionando RCP de alta calidad. Obtenga acceso vascular y administre adrenalina IV (10 mcg /kg, máximo 1 mg) lo antes posible, tras la administración de adrenalina infundir suero salino fisiológico (SF) para facilitar la distribución del fármaco, repetir la adrenalina cada 3-5 minutos. En los casos en los que probablemente sea difícil obtener un acceso intravenoso, busque el acceso IO de inmediato. (Pág. 68,69)

Además, la European Resuscitation Council (2021), destaca los ritmos desfibrilables las cuales son taquicardia ventricular sin pulso (TV) y fibrilación ventricular (FV). Tan pronto como se identifique, se debe intentar la desfibrilación de inmediato (independientemente de la amplitud del ECG). En caso de duda, considere que el ritmo es desfibrilable. Si usa parches autoadhesivos, continúe con las compresiones torácicas mientras se carga el desfibrilador, una vez cargada, haga una pausa en las compresiones torácicas y asegúrese de que todos los reanimadores estén alejados del niño; minimizando el retraso entre la interrupción de las compresiones torácicas y la administración de la descarga (menor a 5 segundos), administre una descarga (4 J/kg) y reanude inmediatamente la RCP; vuelva a evaluar el ritmo cardíaco cada 2 minutos (después de la última descarga) y administre otra descarga (4 J/kg) si persiste un ritmo desfibrilable. Inmediatamente después de la tercera descarga, administre adrenalina (10 mcg/kg, máximo 1 mg) y amiodarona (5 mg/kg, máximo 300 mg) IV / IO; infundiendo suero fisiológico después de cada medicamento. La lidocaína IV (1 mg / kg) puede ser utilizada como una alternativa a la amiodarona por reanimadores competentes en su uso, administre una segunda dosis de adrenalina (10 mcg/kg, máx. 1 mg), una vez administrada, la adrenalina puede repetirse cada 3-5

minutos después de la quinta descarga, si el niño todavía tiene un ritmo desfibrilable y se administra amiodarona (5 mg/kg, máx. 150 mg). Recomendando cambiar a la persona que realiza las compresiones al menos cada 2 minutos, esté atento a la fatiga y / o las compresiones subóptimas y cambie de reanimador antes si es necesario. Se debe continuar la RCP a menos que: se identifica un ritmo organizado potencialmente perfundido (al comprobar el ritmo) y se acompañe de signos de retorno de la circulación espontánea (apertura de los ojos, movimiento, respiración normal) mediante monitorización (ETCO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>, presión arterial, ultrasonido) o existan criterios para retirar la reanimación.

Según la AHA (2020) hace énfasis en las intervenciones de atención post paro cardíaco, valorando lo siguiente: monitorizar oxigenación y ventilación, logrando una saturación de oxígeno normal o adecuada para el neonato, mantener una presión de dióxido de carbono estable, evitando hipercapnia e hipocapnia grave; valorar el estado hemodinámico del neonato con mayor énfasis en frecuencia cardíaca y presión arterial, analizar los parámetros de lactato sérico, diuresis y presión venosa central, para mantener el control exhaustivo del tratamiento indicado; administrar dosis de solución parenteral con o sin agentes inotrópicos o vasopresores, para mantener una presión arterial de acuerdo a las indicaciones médicas; mantener control de la temperatura central, para prevenir fiebre inmediatamente después de la PCR, evitar los escalofríos; con respecto a la valoración neurológica, observar los signos de convulsiones (si se presentan, administrar fármacos según indicaciones médicas); medir valores de glucemia y mantener los electrolitos dentro de los parámetros normales y así prevenir las arritmias e hipoglicemias.(Pág. 21)

La reanimación cardiopulmonar, resulta ser una condición muy compleja, ya que en ella existe variables que pueden resultar difíciles de medir, en la actualidad hay presencia de dudas y debates de cómo debería realizarse un RCP eficaz y de calidad, propuestos por las principales consensos internacionales de RCP como los American

Heart Association y European Association Council, que se mantienen en actualizaciones que va desde 1 año a 5 años, es por esta razón que se resalta la variabilidad de cada consenso.

En ambos consensos se realizan 15 compresiones torácicas y 2 ventilaciones, si se está en presencia de una vía aérea avanzada la AHA establece que se deben hacer ventilaciones de 2 a 3 seg y en ERC recomienda que se debe ventilar con una frecuencia de 25 ventilaciones por minuto en menores de 1 año ; la desfibrilación se debe realizar de manera secuencial, la AHA refiere que la primera descarga corresponde a 2 Joules / kg , la segunda descarga 4 Joules/kg y descargas posteriores son mayor o igual a 4 Joules /kg siendo la dosis máxima 10 Joules/kg o dosis de adulto, mientras que en la ERC la primera y la segunda descarga corresponde a 4 Joules y posteriores a estas 8 Joules destacando que en la fibrilación ventricular o taquicardia ventricular se aplican más de 5 descargas.

Además estos consensos en la parte de medicamentos determinan que la adrenalina en la AHA se administra la adrenalina en ritmos desfibrilables después de la segunda descarga (0,01mg/kg Max 1mg Iv/Io o endotraqueal) y en ritmos no desfibrilables se administra lo antes posible (0,01mg/kg Max 1mg Iv/Io o endotraqueal), la amiodarona se administra después de la 3era descarga con una dosis de 5mg/kg (puede repetir hasta 3 dosis totales para la FV refractaria o TV sin pulso) y en el caso de la lidocaína esta se administra después de la tercera descarga dosis de carga de 1mg/kg. (Iv/Io); en la ERC destaca que la administración de adrenalina en ritmos desfibrilables se realiza en la tercera descarga, (10mcg/kg Max 1gr Iv/Io) y en ritmos no desfibrilable administrar lo antes posible (10mcg/kg Max 1mg Iv/Io); la amiodarona se administra después de la 3era descarga con una dosis 5mg/kg (Max 300mg Iv/Io), después de la quinta descarga dosis de 5mg/kg (Max 150 mg Iv/Io), en esta la administración de lidocaína se omite, pero se recomienda administrar solución fisiológica de 5 a 10 ml después de administrar el fármaco. Ambos consensos están de

acuerdo con respecto a las causas reversibles (hipovolemia, hipoxia, hidrogenión, hipoglucemia, hipo o hiperpotasemia, hipotermia, neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco, toxina, trombosis pulmonar y coronaria)

### **2.2.2 Teoría de enfermería**

Según M. Tomey (2012) dice que la teoría del cuidado de Jean Watson, tratan las necesidades con respecto al rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería; esta teoría fundamenta esta investigación ya que se relacionan, fundamentándose en siete aspectos importantes; ellos son los siguientes: (p. 1)

El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal, comprendiendo factores que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas; aceptación a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado; la práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos, así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación, siendo fundamental para la enfermería.

Estos aspectos van de la mano con respecto al manejo de pacientes que ameriten reanimación cardiopulmonar, ya que se debe realizar de manera organizada para así satisfacer un cuidado óptimo promoviendo y previendo la salud.

Según Tomey (2012) destaca que Watson hace énfasis en el interés que la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un

resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida,

### **2.3 Bases legales.**

Palella, Stracruzzi (2017): indica que las bases legales son las normativas jurídicas que sustentan el estudio desde la carta magna, las leyes orgánicas, las resoluciones, decretos entre otros (p.1).

Descrito lo anterior y tomando como referencia la pirámide de Kelsen se busca categorizar las diferentes leyes y normas para así distinguirlas con facilidad y describir su jerarquía, siendo la principal la Convención Americana sobre Derechos Humanos o también llamado Pacto de San José que se basa en prever derechos y libertades que tienen que ser respetados por los Estados Partes, a su vez la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se define como la organización jurídico-política que adopta una nación como un estado democrático, social de derecho y justicia, además Venezuela posee una Ley Orgánica para la Protección de niños/as y Adolescentes que se encarga de los derechos y garantías a través de la protección integral, que el estado, la sociedad y la familia deben brindarles desde el momento de la concepción, y la existencia de un código deontológico que rige la conducta del profesional de la enfermería en sus relaciones con las personas, instituciones, usuarios de los servicios, autoridades y consigo mismo, la cual, es aplicable en todos los actos de su vida profesional.

Asimismo, según la Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en San José, Costa Rica, del año 1967, en el artículo 19 establece los Derechos del Niño. “Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”. (p.9)

Del mismo modo, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999, en el Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida, el estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicio, en el mismo orden de ideas, el Artículo 84 hace referencia a garantizar el derecho a la salud, en el cual el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrando al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Igualmente, la Ley Orgánica para la Protección de niños/as y adolescentes (2009) en el Artículo 15 hace mención a que todo niño/a y adolescente tienen derecho a la vida, el estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas asegurar la sobrevivencia y el desarrollo integral de todos los niños/as y adolescentes.

Por último, el Código Deontológico de Enfermería (2006) de Venezuela en el Artículo 41 establece que todo profesional de enfermería cuando realice un trabajo de investigación o publicación relacionado con los usuarios, en dependencias Universitarias, Comunitarias o asistenciales, debe guardar confidencialmente de toda la información para que no perjudique al usuario o la institución.

#### **2.4 Hipótesis de la Investigación**

H<sub>i</sub>: la aplicación sistemática de la intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar en neonatos al personal de enfermería producirá cambio significativo en cuanto a las variables correcto o incorrecto - respuestas y tiempo- antes y después sobre la información previa manejada por el personal.

H<sub>0</sub>: la aplicación sistemática de la intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar en neonatos al personal de enfermería no producirá cambio significativo en cuanto a las variables correcto e incorrecto - respuestas y tiempo- antes y después sobre la información previa manejada por el personal.

H<sub>E</sub>: la diferencia entre las medias (promedio) de las respuestas correctas sea menor que cero, en otras palabras, que el promedio de respuestas correctas sea menor antes o previo a la intervención educativa que después de la aplicación de la intervención.

## 2.5 Operacionalización de las Variables

Objetivos Específicos	Variable	Dimensión	Indicador	Ítems
Identificar las características sociodemográficas, académicas y laborales del personal de enfermería que labora en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA.	<b><u>Variable Interviniente:</u></b>  Características generales de la población objeto de estudio que probablemente interfieran con el proceso de investigación.	Características sociodemográficas	Género	A
			Edad	B
		Datos académicos	Grado de instrucción académica	C
			Participación en programas de actualización sobre RCP neonatal.	D, E, F
		Datos laborales	Turno	G
			Años de servicio	H
Determinar la información previa (conocimiento) sobre	<b><u>Variable Dependiente:</u></b>  Información previa o	<b>Saber de enfermería</b>	Conceptos básicos	1, 2,3
			Causas	4,5
		Conjunto de conocimientos	Signos clínicos	6,7
			Criterios de autonomía	8,9

reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos que maneja el personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA.	conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar que maneja el personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA.	técnicos-teóricos sobre RCP avanzada que posee el personal de enfermería.	Compresión torácica	10, 11, 12	
			Ventilación	13	
			Fármacos	14,15	
		<b>Práctica de enfermería</b>  Conjunto de habilidades y destrezas sobre RCP avanzado que adquiere el personal de enfermería durante el ejercicio diario de la profesión.		Antes	1,2
				Durante	3 a 14
				Después	15,16
Aplicar una intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos al personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA.	<b>Variable Independiente:</b>  Intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar en neonatos dirigido al personal de enfermería.  Conjunto de acciones educativas sobre reanimación	Competencia conceptual	Definiciones básicas Objetivos Causas            Signos premonitorios Compresión torácica Ventilación Fármacos		
		Competencia procedimental	Ejecución de los diversos algoritmos de RCP  Maniobras de RCP avanzado.		

	cardiopulmonar que se ejecutan coordinadamente con el objeto de prestar atención integral al neonato.	Competencia actitudinal	Importancia de la correcta aplicación de las maniobras de RCP avanzada.	
--	---	-------------------------	---	--

**Fuente: Niño, E. Parra, Y. (2023).**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

De acuerdo a sus características metodológicas y los objetivos planteados, se realizó una investigación cuasiexperimental de corte longitudinal con preprueba/posprueba en un sólo grupo.

Al respecto Hernández, Fernández y Batista (2010), establecen que este diseño de investigación: manipula deliberadamente una o más variables independientes para observar su efecto y relación con una o varias dependientes, sólo que trabajan con “grupos intactos” formados por motivos ajenos al experimento. (p.558)

En otras palabras, en los diseños cuasiexperimentales los participantes no se asignan al azar al grupo, ni se emparejan, sino que dicho grupo ya está integrado previamente al experimento, lo que implica que el grupo en su totalidad tenga características similares entre sí. Tal es el caso, del estudio in comento, dónde en el cual el grupo objeto de estudio, en su conjunto es homogéneo.

Según Myers (2006) define que el “estudio longitudinal es un tipo de diseño de investigación que consiste en estudiar y evaluar a las mismas personas por un periodo prolongado de tiempo” (p.1).

Asimismo, para responder a las interrogantes de la investigación y someter a prueba las hipótesis planteadas, se utilizó un tipo de cuasiexperimento de preprueba/posprueba en un sólo grupo, en el cual, se aplicó una prueba previa al estímulo o manipulación, después se realizó el proceso de intervención mediante la ejecución o puesta en práctica de un plan educativo y finalmente, se aplicó una posprueba.

Por lo tanto, el grupo objeto de estudio fue seleccionado considerando las posibles variables intervinientes y desde la perspectiva metodológica se intentó probar la influencia de la manipulación de la variable independiente sobre la dependiente, lo que permitió evaluar suficientemente la eficacia de la intervención.

Igualmente, los estudios de corte longitudinal permiten al investigador que observe a los participantes en diferentes intervalos de tiempo, ofreciendo así una relación de causa y efecto. De este modo, cuando la respuesta es observada en ocasiones de tiempo, los datos de medidas repetidas reciben el nombre de datos longitudinales. Metodológicamente hablando, los elementos que son observados o medidos en diversas ocasiones se denominan unidades, individuos o sujetos. Los intervalos de tiempo en que se observa o registra la respuesta de las unidades de observación se denominan puntos de tiempo u ocasiones y pueden variar desde unos cuantos minutos a muchos años.

## **3.2 Población y Muestra**

### **3.2.1 Población**

Para el desarrollo armonioso de la investigación, la población estuvo constituida por todo el personal de enfermería que labora en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. En consecuencia, la población objeto de estudio estuvo conformada por 37 profesionales de enfermería.

Según Fidias G. (2006), la “población es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación”. (p. 81)

### **3.2.2 Muestra**

De acuerdo a Balestrini M. (2001), la “muestra es una parte representativa de una población, cuyas características deben reproducirse en ella lo más exactamente posible”. (p.142)

Por consiguiente, de acuerdo a las características de la población en estudio, se realizó un muestreo por conveniencia; conformada por 25 licenciados en Enfermería, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.2.3 Criterios de Inclusión e Exclusión**

Como objeto de estudio para la realización de la mencionada investigación, se consideró a todo el Personal de Enfermería que labora en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Asimismo, fueron objeto de exclusión, el Personal de Enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal que para el momento de la aplicación de la intervención educativa se encuentren de descanso trimestral, vacaciones o reposo médico.

### **3.3 Descripción del Instrumento**

En cuanto al instrumento de recolección de datos del presente estudio, se elaboró un instrumento constituido por tres (3) partes; la primera parte, conformada por el debido consentimiento informado, asimismo, la segunda parte contenitiva de la información sociodemográfica, académica y laboral del personal de enfermería de la UARN del IAHULA y, por último, una tercera parte, la cual estuvo conformada por 32 preguntas alusivas al Saber y Práctica de Enfermería sobre RCP en neonatos. Asimismo, como medida de calificación o análisis a las 32 preguntas descritas, se utilizó un instrumento tipo cuestionario estructurado con preguntas cerradas y dos posibles opciones de respuesta (Correcto e Incorrecto). De igual modo, la escala in comento se distribuyó de forma repetida señalándose una primera con el color azul (Previo a la Intervención Educativa) y la segunda con el color rojo (Posterior a la Intervención Educativa). Igualmente, el instrumento tenía un código de identificación alfanumérico en la parte superior derecha, el cuál fue utilizado sólo por las investigadoras durante la puesta en práctica del mencionado estudio.

Lo anteriormente expuesto, se realizó tomando en consideración los objetivos planteados y posteriormente fue sometido a validación mediante juicios de expertos, previo a su aplicación.

### **3.5 Procedimiento para la recolección de los datos**

Según Balestrini M (2001), las técnicas e instrumentos de recolección de datos, corresponden a un “conjunto de técnicas que permitirán cumplir con los requisitos establecidos en el paradigma científico, vinculados a el carácter específico de las diferentes etapas de este proceso investigativo especialmente referido al momento teórico y al momento metodológico de la investigación” (pág. 145)

Para responder a los objetivos de la investigación planteada se procedió a aplicar un instrumento tipo cuestionario estructurado con preguntas cerradas y dos posibles opciones de respuesta, al personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA previa solicitud de consentimiento, a la Coordinadora de Enfermería de dicha Unidad y a cada uno de los participantes, donde fueron informados(as) de la importancia de su participación en el mencionado estudio y que los datos que utilizaron fueron con fines científicos para realizar un Trabajo Especial de Grado.

Por otra parte, Fideas A. (2006), define que el cuestionario “es la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contetitivo de una serie de preguntas” (pág. 74)

Posteriormente, el personal de enfermería procedió en un primer momento (previo a la aplicación de la intervención educativa) a responder las 30 preguntas con

bolígrafo azul, en el espacio señalado para tal fin, luego se aplicó la intervención educativa en un tiempo no mayor a 20 minutos y para finalizar se hizo la entrega del mismo instrumento para responder nuevamente las 30 preguntas utilizando bolígrafo rojo en el espacio señalado con el mismo color, esta sesión educativa fue realizada por las investigadoras de este trabajo.

Es perentorio acotar, que los instrumentos de recolección de datos fueron identificados por los investigadores a través de un código alfanumérico previo a iniciar el experimento, lo cual permitirá mantener el anonimato de los datos aportados y preservar la confidencialidad de los mismos.

### **3.6 Técnicas utilizadas para el análisis de los datos**

Se utilizó la estadística inferencial, el Software Estadístico SPSS 25(IBM SPSS Statistics 25) y la T de Student.

## **CAPÍTULO IV**

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

La presentación y análisis de los datos se estructuró de acuerdo a las dimensiones e indicadores de las variables objeto de estudio, asimismo, la información fue categorizada y procesada en una base de datos diseñada para tal fin, considerando los objetivos planteados. Es importante destacar, que los mismos reflejan el comportamiento estadístico de la población estudiada, expresando así, de manera matemática los resultados obtenidos, los cuales se presentan a continuación:

### Descripción sociodemográfica del personal de enfermería de la UARN-IAHULA.

www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 1. Distribución por edad del personal de enfermería. UARN- IAHULA.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	20 a 30 años	10	40,0
	31 a 40 años	7	28,0
	41 a 50 años	4	16,0
	Mas de 51 años	4	16,0
	Total	25	100,0

Fuente: Niño, Parra (2023).

En relación a la edad del personal de enfermería que labora en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal (UARN) del IAHULA, se obtuvo que 40% se encontraron en

grupos de edades entre 20 a 30 años, asimismo, 28% oscilaron en el rango comprendido entre los 31 y 40 años de edad, mientras que, 16% se hallaron entre los 41 y 50 años; por último, el 16% restante se encontró entre los 51 años o más.

Por lo tanto, estos resultados se relacionan con el estudio realizado por Quiroz (2021), el rango de edad de la mayoría del personal objeto de estudio se encontró en los grupos de edades entre 20-30 años, asimismo, difieren con lo hallado por Ramírez (2019), donde la población predominante correspondía a los grupos de edades entre 31-40 años.

**Tabla N°2. Distribución por género del personal de enfermería. UARN- IAHULA.**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	<b>F</b>	<b>24</b>	<b>96,0</b>
	<b>M</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

Con respecto al género, 96% del personal de enfermería estudiado fueron del sexo femenino, mientras que, sólo 4 % correspondieron al género masculino.

Lo expuesto anteriormente, se asemeja con los resultados obtenidos en los estudios realizados por Ramírez (2019) y Quiroz (2021), donde la mayoría del personal de enfermería es del sexo femenino.

**Descripción académica del personal de enfermería de la UARN del IAHULA.**

**Tabla N° 3. Distribución por grado de instrucción académica del personal de enfermería. UARN- IAHULA.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Asistente de terapia	1	4,0
	Técnico Superior en Enfermería	7	28,0
	Licenciado(a) en Enfermería	15	60,0
	Especialista en Cuidado Neonatal	1	4,0
	Otros	1	4,0
	Total	25	100,0

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

www.bdigital.ula.ve

De acuerdo al grado de instrucción académica del personal de enfermería, se obtuvo que, 60% son Licenciados en Enfermería, 28% son Técnicos Superiores en Enfermería, 4% Asistentes de Terapia (cargo impuesto por la institución, pertenece al grupo de Enfermeros), sólo 4% es Especialista en Cuidado Neonatal y el restante 4% corresponde al personal **de Enfermería** que ha realizado diplomados.

Estos resultados guardan relación con lo descrito por Ramírez (2019), donde la mayoría de la población estudiada eran Licenciados en Enfermería, caso contrario al estudio realizado por Balboa (2021), donde la mayoría del personal de enfermería era personal Especialista en Cuidados Neonatales.

**Tabla N° 4. Distribución de acuerdo a la participación en programas de actualización sobre RCP neonatal.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	10	40,0
	NO	13	52,0
	Total	23	92,0
Perdidos	No respondió	2	8,0
	Total	25	100,0

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

En la tabla anterior, se evidencia que, el 52% no ha participado en programas de actualización reciente sobre RCP neonatal, mientras que, sólo 40% del personal ha participado en programas de actualización, y un 8% restante del personal no respondió.

**Tabla N° 5. Distribución de acuerdo al tiempo transcurrido desde la última actualización sobre RCP Neonatal.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1 – 5 años	11	44,0	61,1
	6 – 10 años	5	20,0	27,8

	+ de 15 años	2	8,0	11,1
	Total	18	72,0	100,0
Perdidos	No respondió	7	28,0	
	Total	25	100,0	

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

Enlazando con la tabla número 4, referente a la participación en programas de actualización sobre RCP y el tiempo transcurrido desde la última participación, se obtuvo que, 61,1% participó en dichos programas en un periodo comprendido entre 1 y 5 años, 27,8% participaron en un rango de tiempo entre 6-10 años, por último, 11,1% participó en programas de actualización hace más de 15 años.

Dichos hallazgos, difieren con lo descrito por Balboa (2021), donde aproximadamente 62% de la población se actualiza eventualmente, asimismo señala que la actualización en materia de RCP Neonatal debe ser periódica y preferiblemente anual.

**Tabla N° 6. Distribución acerca de la disposición institucional para facilitar al personal realizar actualizaciones sobre RCP Neonatal.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	11	44,0
	NO	12	48,0
	Total	23	92,0

Perdidos	No respondió	2	8,0
Total		25	100,0

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

La tabla anterior, describe que, 48% del personal de enfermería afirma que la Institución no facilita programas de actualización sobre RCP Neonatal, mientras que, 44% asevera que han participado en programas de actualización facilitados por la Institución (IAHULA), y un 8% restante del personal no respondió.

Existe una discrepancia con respecto al antecedente de Mejía (2020) el determina que la institución capacita a su personal en los últimos 3 años en el cual un 52,9% de la población del estudio se ha capacitado en temas de RCP en la Institución que labora.

www.bdigital.ula.ve

**Tabla N° 7. Distribución acerca del conocimiento acerca de los distintos Consensos Internacionales sobre Reanimación Cardiopulmonar.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	11	44,0
	NO	10	40,0
	Total	21	84,0
Perdidos	No respondió	4	16,0
Total		25	100,0

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

La tabla N° 7 describe que, 44% del personal afirma conocer los distintos Consensos Internacionales sobre Reanimación Cardiopulmonar, mientras que, 40 % asevera que no conoce los Consensos, por último, 16% del personal no respondió.

Lo anterior, difiere de lo encontrado por Quiroz (2021), donde 100% de la población objeto de estudio, conocía al menos un Consenso Internacional (América Heart Association).

#### **Descripción laboral del personal de enfermería de la UARN del IAHULA.**

**Tabla 8. Distribución de acuerdo a los turnos de trabajo del personal de Enfermería. UARN- IAHULA.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Matutino	11	44,0
	Vespertino	3	12,0
	Nocturno	8	32,0
	Otro	3	12,0
	Total	25	100,0

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

Con respecto, al turno de trabajo que labora el personal, se obtuvo que, 44% labora en el turno matutino; 32% en el nocturno, y 12% restante labora en el turno vespertino y otros se identifica con el personal que cumple horario de 24 horas.

Los resultados arrojados, concuerdan con el estudio de Ramírez (2019), donde la mayoría del personal labora en el turno diurno.

**Tabla N° 8. Distribución acerca de los años de servicio del personal de Enfermería. UARN- IAHULA.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	0 – 5 años	10	40,0
	5 -10 años	6	24,0
	10 -15años	3	12,0
	15 - 20años	4	16,0
	20 años o mas	2	8,0
	Total	25	100,0

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

La tabla anterior describe que 40% del personal tiene entre 0 y 5 años de servicio, mientras que, 24% tiene entre 5-10 años, asimismo, 12% tiene entre 10 y 15 años; 16% tiene entre 15 y 20 años, y, por último, el 8% restante tiene 20 años de servicio o más.

En relación a lo anterior, y el estudio realizado por Balboa (2021), coincide con el rango de años de servicio entre 0 y 5 años, sin embargo, difiere con el estudio de Ramírez (2019), donde la población tenía entre 10 y 19 años de experiencia laboral.

#### 4.1 Descripción de los criterios del saber y práctica de enfermería de los profesionales de enfermería durante la aplicación de RCP Neonatal.

Para responder a los objetivos específicos planteados y comparar el efecto producido por la intervención educativa sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en neonatos con la información previa (conocimiento) manejada por el personal de enfermería de la Unidad de Alto Riesgo Neonatal del IAHULA, se aplicó el instrumento de recolección de datos antes de la intervención educativa y después de la intervención, tomando las respuestas correctas en cada uno de los casos, luego, se aplicó la Prueba T de Student, la cual permite hacer inferencias sobre medias poblacionales cuando la muestra objeto de estudio es pequeña o cuando se desconoce la desviación típica de la población, en este caso, se cumplen los dos criterios, a saber: la muestra es pequeña (25) y no se conoce la desviación típica poblacional, por lo tanto, cuando se tienen muestras emparejadas (también conocidas como muestras dependientes), se comparan las diferencias entre las observaciones de cada par. En consecuencia, se utilizó la distribución T de Student para muestras emparejadas, en las que se ha medido la misma variable antes y después de un tratamiento o intervención, para evaluar si esta intervención ha sido efectiva o no.

**Tabla N° 9. Distribución Estadística para muestras emparejadas.**

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	Respuestas correctas antes	20,84	25	3,648	,730

Respuestas correctas después	27,12	25	2,920	,584
------------------------------	-------	----	-------	------

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

En la tabla anterior, se observa que el promedio de respuestas correctas antes de la intervención fue de  $20,84 \pm 3,64$  y después de la intervención se incrementó considerablemente a  $27,12 \pm 2,92$ .

**Tabla N° 10. Prueba T de Student para muestras emparejadas.**

Prueba de muestras emparejadas		
Respuestas correctas antes - Respuestas correctas después		
Diferencias emparejadas	Media	-6,280
	Desv. Desviación	4,774
	Desv. Error promedio	,955
95% de intervalo de confianza de la diferencia	Inferior	-8,251
	Superior	-4,309
	T	-6,577
	Gl	24
	Sig. (bilateral)	,000

**Fuente: Niño, Parra (2023).**

Lo descrito anteriormente, denota que la diferencia promedio entre los dos momentos en cuanto a respuestas correctas es de  $-6,28 \pm 4,77$ ; con un  $p$ valor=0,000. En consecuencia, existe diferencia significativa entre los promedios de respuestas correctas antes de la intervención y después de la misma, lo que permite afirmar que la intervención educativa fue eficaz, porque las respuestas correctas se incrementaron

sustancialmente posterior a la intervención educativa, lo que confirma la hipótesis de investigación donde la aplicación de la intervención educativa sobre RCP en neonatos produjo cambio significativo en cuanto a las variables correcto o incorrecto - respuestas y tiempo- antes y después sobre la información previa manejada por el personal. Es decir que se rechaza la hipótesis nula (o de independencia planteada en la investigación).

#### **4.2 Análisis General**

Obtenidos los resultados, es perentorio afirmar que los objetivos e hipótesis planteadas, fueron sometidas a prueba para responder a las interrogantes de la investigación. En consecuencia, se logró evaluar y determinar la eficacia de la Intervención Educativa sobre RCP Neonatal en términos de significancia estadística en cuanto a las variables correcto -incorrecto- respuestas y tiempo- antes y después sobre la información previa (conocimiento) manejada por el personal.

Sin embargo, algunas características generales de la población objeto de estudio pudo incidir significativamente sobre el resultado obtenido, haciendo referencia al grupo de edades del personal de enfermería que labora en la UARN, encontrándose entre 20 y 30 años, el cual representa el 40% de la población, lo que indica que es un personal joven con probable poca experiencia en el área, aseveración que es sustentada con el grado de instrucción con mayor repitencia y los señalamientos del personal acerca de la no participación activa en programas de actualización en los últimos 5 años, aunado a ello, la poca disposición por parte de la Institución (IAHULA) para promover escenarios de actualización constante al personal, asimismo, la UARN no cuenta con personal especialista en el área de Neonatología, lo cual dificulta ampliamente la atención de calidad. Otro aspecto importante, señala que el personal no

conoce los Consensos Internacionales sobre RCP, lo cual es determinante en términos de actuación efectiva basada en evidencia científica. Por lo tanto, dichos hallazgos permiten analizar desde una perspectiva integral la situación administrativo-asistencial de la UARN.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

La recolección de los datos y el análisis de los resultados permitieron obtener las siguientes conclusiones dando respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas.

- Más de la mitad del personal de enfermería estudiado se encontró en grupos de edades comprendidas entre 20 y 30 años. Igualmente, más de la mitad de la población correspondió al género femenino. En cuanto al grado de instrucción académica, el personal Licenciado en Enfermería predominó sobre el personal Especialista en Cuidados Neonatales. La mayor proporción del personal estudiado no ha participado activamente en programas de actualización sobre RCP en los últimos 5 años, asimismo, casi la mitad del personal afirma que la Institución no ha facilitado la participación en dichos programas de actualización. El promedio de años de servicio oscilo entre 0-5 años y entre 5-10 años. Asimismo, el turno de servicio de la mayoría del personal correspondió al turno diurno.
- Las respuestas correcto e incorrecto presentados en las declaraciones o preguntas expuestas antes y después de la aplicación de la intervención educativa sobre RCP en relación con la información previa (conocimiento) manejado por el personal de enfermería presentaron visibles diferencias con respecto a las respuestas.
- Las variables objeto de estudio en términos de correcto o incorrecto - respuestas y tiempo- antes y después produjeron cambios importantes. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (o de independencia), es decir, que ambas variables sufrieron modificaciones antes y después de la aplicación de la intervención educativa sobre RCP con respecto a la información manejada previamente por el personal de enfermería, por lo tanto, la puesta en práctica de la intervención educativa produjo cambios estadísticamente significativos.

## **5.2 Recomendaciones**

- Presentar los resultados de este estudio al personal interdisciplinario que labora en la UARN del IAHULA, con el objeto de implementar la educación continua

en servicio basada en evidencia científica utilizando los últimos Consensos Internacionales, como una estrategia preventiva y terapéutica en los cuidados colaborativos.

- Continuar con la línea de investigación propuesta en este estudio, exhortando a los profesionales de enfermería que laboran en dicha área, a protocolizar la actuación de enfermería durante el PCR, con la finalidad de desarrollar suficiente evidencia científica que soporte la importancia de la aplicación sistemática de cuidados enfermeros estandarizados.
- Fomentar estrategias didácticas de formación continua en el servicio dirigidas al personal de enfermería a fin de garantizar la actualización técnico-científica basada en evidencia clínica sustentada, que sean implementadas por el personal de mando de la UARN

www.bdigital.ula.ve

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1999, C. B. (1999). *Constitución Bolivariana de Venezuela del 1999*. Caracas.

2021, E. R. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021*. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de European Resuscitation Council Guidelines 2021: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2021/09/RCP-Guias-ERC-2021-01-Resumen-Traduccion-oficial-CERCP.pdf>

Asociación Española de Pediatría. (2020). *Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica*. Recuperado el 05 de marzo de 2023, de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/03\\_rcp.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/03_rcp.pdf)

Association, A. H. (2020). *Aspectos destacados de las guías de American Heart Association del 2020 para RCP Y ACE*. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de American Heart Association: [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)

Balboa , S. (2021). *Competencias cognitivas y actitudinales del personal de enfermería sobre reanimación neonatal, Unidad de Neonatología, Hospital del Norte, cuarto trimestre, gestión 2019*. Recuperado el 15 de Octubre de 2022, de Repositorio Institucional Universidad Mayor de San Andrés: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/27056>

Balestrini , M. (2001). *Como se elabora el proyecto de investigacion*. Caracas: BL consultores asociados.

Bervian. (1990). *Niveles de Conocimiento*. Recuperado el 26 de Junio de 2022, de Academia.edu: [https://www.academia.edu/17069240/Niveles\\_del\\_conocimiento](https://www.academia.edu/17069240/Niveles_del_conocimiento)

Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscr. (1967). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Recuperado el 17 de Octubre de 2022, de Convención Americana sobre Derechos Humanos: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>

Convite Asociación Civil. (2016). *Análisis de las cifras de mortalidad materna e infantil en Venezuela*. Recuperado el 05 de marzo de 2023, de [https://issuu.com/conviteac/docs/ana\\_lisis\\_mm\\_y\\_mi\\_2016\\_versi\\_n\\_fi](https://issuu.com/conviteac/docs/ana_lisis_mm_y_mi_2016_versi_n_fi)

Cuero , I. (2022). *Reanimación Cardio Pulmonar En El Área De Neonatología Del Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres De Concha*. Recuperado el 2022 de Octubre de 2022, de repositorio digital pucese: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2440>

D, M. (2006). *Psicología*. Madrid: Panamericana.

Escobar , J. (2012). *Fisiopatología del paro cardiorrespiratorio. Fisiología de la reanimación cardiopulmonar*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2022, de Revista Chilena de Anestesia:

<https://revistachilenadeanestesia.cl/fisiopatologia-del-paro-cardiorrespiratorio-fisiologia-de-la-reanimacion-cardiopulmonar/>

Etecé, E. (2020). *Etica profesional* . Recuperado el 10 de Octubre de 2022, de Concepto.de: <https://concepto.de/etica-profesional/#:~:text=La%20C3%A9tica%20profesional%20hace%20referencia,que%20poseen%20los%20seres%20humanos.>

Fidias, G. (2006). *El proyecto de investigacion, introduccion a la metodologia cientifica*. Caracas.: Episteme.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018). *Poner fin a la muertes neonatales y fetales prevenibles para 2030*. Recuperado el 05 de marzo de 2023, de [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/poner-fin-a-las-muertes-neonatales-y-fetales-prevenibles-para-2030d1b0f0d3-2c1c-49fa-a042-4960fe7029db.pdf?sfvrsn=6125b499\\_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/poner-fin-a-las-muertes-neonatales-y-fetales-prevenibles-para-2030d1b0f0d3-2c1c-49fa-a042-4960fe7029db.pdf?sfvrsn=6125b499_1)

Franco, J., & Risquez, A. (2015). *Sobrevida de los recién nacidos en la unidad de cuidados Intensivos neonatales. Hospital Central de San Cristóbal. 2012-2013*. Recuperado el 02 de Febrero de 2023, de Arch Venez Puer Ped vol.78 no.2 Caracas jun. 2015: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492015000200004#:~:text=\)%20\(10\).-](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492015000200004#:~:text=)%20(10).-),La%20creaci%C3%B3n%20de%20unidades%20de%20cuidados%20intensivos%20neonatales%20(UCIN)%20han,a%201000%20gramos%20(11).

Garcia , M., & Gonzalez , R. (Noviembre de 2011). *La reanimación cardiopulmonar y la atención inicial*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2022, de scielo: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/taller05.pdf>

Garcia , M., & Gonzalez, R. (2011). *La reanimación cardiopulmonar y la atención inicial*. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de Rev Pediatr Aten Primaria vol.13 supl.20: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/taller05.pdf>

Hernández, F. y. (2010). *Metodologia de la investigacion*. Mexico : McGrawHill.

- Infancia, F. d. (01 de Marzo de 2018). *UNICEF*. Recuperado el Febrero de 2023, de <https://www.unicef.org/venezuela/comunicados-prensa/el-trabajo-de-unicef-en-venezuela-para-contribuir-con-la-supervivencia-infantil>
- Ley Organica para la Proteccion del Niños, N. y. (2009). *Ley Organica para la Proteccion del Niños, Niñas y Adolescentes*. Caracas, Venezuela.
- Martínez, A. (2020). *Reanimación cardiopulmonar básica*. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/03\\_rcp.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/03_rcp.pdf)
- Mejía, F. (2020). *Conocimiento y autoeficacia sobre reanimación cardiopulmonar de los enfermeros en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Callao. 2020*. Recuperado el 19 de Junio de 2022, de Universidad Nacional del Callao repositorio institucional digital: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5446>
- Menendez, J. (2014). *Reanimacion cardiopulmonar basica en pediatria*. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de Organo de expresion de la sociedad Española de Pediatría extrahospitalaria y atención primaria : <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-05/reanimacion-cardiopulmonar-basica-en-pediatria/>
- Navarro, M. (2018). *Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales*. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de Medisan, vol. 22 No, 7: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/rt/printerFriendly/1443/html>
- Nodal, P., & Lopez , J. (2006). *Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento*. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de Rev Cubana Cir v.45 n.3-4: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932006000300019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300019)
- OMS. (2020). *Mejorar la Supervivencia y el Bienestar de los Recien Nacidos*. Recuperado el 14 de Agosto de 2022, de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

Ortegón , C., & Sierra , G. (Noviembre de 2011). *Calidad de Reanimacion Cardiopulmonar avanzada en un hospiutal de segundo nivel*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2022, de scielo: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572017000100047](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000100047)

Palella. (2017). *Bases Legales*. Recuperado el 05 de marzo de 2023, de <https://metinvest.jimdofree.com/marco-te%C3%B3rico/>

Quiroz , S. (2021). *EFEECTO DE LA EDUCACIÓN CONTINUA EN REANIMACIÓN*. Recuperado el 15 de Octubre de 2022, de up-rid repositorio institucional digital de la universidad de Panamá: [http://up-rid.up.ac.pa/5256/1/sasha\\_quiroz.pdf](http://up-rid.up.ac.pa/5256/1/sasha_quiroz.pdf)

Ramirez M., & Morales L. (2019). *Impacto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del I.S.S.S.T.E Acapulco, 2018*. Recuperado el 15 de Octubre de 2022, de ri.uagro.mx: <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2020>

Sanchez , R., & Perez , N. (Julio de 2020). *PARADA CARDIORRESPIRATORIA*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2022, de medynet: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/pcr.pdf>

Tomey, A. (2012). *MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA*. Recuperado el 05 de marzo de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834734030.pdf>

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **ANEXOS**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**Anexo N° 1**  
**Instrumento**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Universidad de Los Andes  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EFICACIA DE  
UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR AVANZADA EN NEONATOS DIRIGIDO  
AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD  
DE ALTO RIESGO NEONATAL DEL IAHULA.

Estimado Profesional:

El presente instrumento, tiene como objetivo principal recaudar información necesaria para el desarrollo armonioso del trabajo de investigación intitulado: EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN NEONATOS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO NEONATAL DEL IAHULA. El cual será presentado como requisito indispensable para la obtención del grado de Licenciado en Enfermería.

Agradeciendo de antemano la sinceridad expuesta por usted en los datos aportados. Es importante señalar, que la información recolectada será utilizada única y exclusivamente con fines académicos, garantizando el carácter anónimo y su confidencialidad.

Atentamente;  
Universitarias: Estefani Niño y Yenny Parra.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante este documento manifiesto que he sido informado(a) sobre los beneficios que podría suponer la información recolectada a través del instrumento suministrado, para cubrir el objetivo del trabajo de investigación: EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN NEONATOS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO NEONATAL DEL IAHULA. Asimismo, he sido informado(a) de que los datos aportados sólo serán utilizados con fines académicos, así como también he sido informado(a) de que mis datos personales serán protegidos y que tengo derecho a rechazar participar en el mismo, o abandonar el llenado del instrumento si ese es mi deseo.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que este cuestionario escrito sea aplicado y utilizado para lograr el objetivo planteado en la investigación in comento.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

I Parte: Datos sociodemográficos, académicos y laborales del Personal de Enfermería.

- A. Género: F\_\_ M\_\_
- B. Edad: 20 a 30\_\_ 31 a 40\_\_ 41 a 50\_\_ >51\_\_ años.
- C. Grado de instrucción: Asistente de terapia\_\_ Técnico Superior en Enfermería\_\_ Licenciado(a) en Enfermería\_\_ Especialista en Cuidado Neonatal\_\_ Otros\_\_ Especificar\_\_\_\_\_
- D. ¿Ha participado activamente en programas de actualización sobre RCP neonatal básico y avanzado en los últimos años? Si\_\_ No\_\_ Especifique tiempo desde la última actualización: 1 – 5 años \_\_ 6 – 10 años\_\_ 11 – 15años\_\_ + de 15años\_\_\_\_\_
- E. ¿La Institución ha facilitado la participación en programas de actualización continua sobre RCP neonatal? Si\_\_ No\_\_
- F. ¿Conoce los distintos Consensos Internacionales sobre Reanimación Cardiopulmonar? Si\_\_ No\_\_
- G. Turno: Diurno\_\_ Vespertino\_\_ Nocturno\_\_ Otro\_\_ Especificar\_\_\_\_\_
- H. Años de servicio: 0 – 5 años\_\_ 5 -10 años\_\_ 10 -15años\_\_ 15 - 20años\_\_ 20 años o +\_\_

II Parte: Saber de Enfermería.

INSTRUCCIONES:

- A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con el saber y la práctica de enfermería, con dos (2) opciones de respuesta distribuidas en dos (2) partes.
- Por favor, coloque una (X) en la alternativa de respuesta que corresponda según su apreciación utilizando el bolígrafo azul en los recuadros destinados para tal fin e identificados con el color azul.
- Posterior a la presentación de la intervención educativa sobre Reanimación Cardiopulmonar Neonatal Avanzada, sírvase a marcar con una (X) los recuadros indicados con el color rojo según corresponda con su apreciación.
- Gracias por su colaboración.

ÍTEMS	Previo a la Intervención Educativa		Posterior a la Intervención Educativa	
	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
1. La parada cardiorespiratoria es aquella situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiorrespiratorias.	X			

2. El RCP es el conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, con la finalidad de intentar reinstaurar después, la respiración y circulación espontánea.	X			
3. El RCP avanzado incluye manejo de la vía aérea, administración de fármacos, terapia eléctrica y cuidado post parada.	X			
4. Las malformaciones congénitas, los trastornos metabólicos, el fallo respiratorio y circulatorio son algunas de las causas potenciales de paro cardiorrespiratorio en neonatos.	X			
5.El taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, hipovolemia e hipotermia, son consideradas causas reversibles de parada cardíaca.	X			
6. La presencia de bradicardia, disnea, palidez cutáneo-mucosa, hipotermia y cianosis central o periférica, son indicativos de paro cardiorrespiratorio.	X			
7.Los ritmos premonitorios de parada cardiorespiratoria son principalmente bradicardia, fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso.	X			
8. En caso de presentarse PCR, el personal de enfermería debe activar con inmediatez el código azul y proceder aplicar y accionar los distintos algoritmos de RCP según sea el caso.	X			
9. Para dar por finalizado un RCP neonatal, el personal de enfermería debe considerar y aprobar: el tiempo de ejecución, estado del neonato y verificar si las causas son de posible resolución.	X			
10. La finalidad de las compresiones torácicas es reestablecer la circulación espontánea.	x			
11.Durante las compresiones torácicas en neonatos puede presentarse aspiración del contenido gástrico y fracturas costales.	x			
12. La compresión torácica debe iniciarse de inmediato tras reconocer el PCR e interrumpirlas cuando sea necesario para determinar la presencia de pulso y ritmo cardíaco.		X		
13. La limpieza y apertura de la vía aérea superior durante el PCR en neonatos debe realizarse con inmediatez, incluso antes de comenzar las compresiones torácicas.		x		
14. Durante el RCP avanzado en neonatos el fármaco de elección inmediata es la adrenalina.	X			

15. La adrenalina, induce una respuesta cronotrópica positiva con efecto inotrópico positivo.	X			
<b>III Parte: Práctica de Enfermería.</b>				
ÍTEMS	Previo a la Intervención Educativa		Posterior a la Intervención Educativa	
	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
1. Durante la jornada laboral es necesario recibir, organizar y mantener a disposición inmediata el equipo de RCP.	X			
2. Ante PCR presenciada, el profesional de enfermería valora el estado del neonato, inicia maniobras de RCP y activa el sistema de emergencia.		x		
3. Para iniciar la exploración y apertura de la vía aérea se ejecuta la maniobra frente- mentón.	X			
4. La mejor estrategia para realizar RCP de alta calidad en neonatos con vía aérea intervenida es aplicar compresiones y ventilaciones con una relación 3:2.		X		
5. Para realizar RCP de alta calidad sin intervención de la vía aérea, la relación compresión-ventilación es 15:2.	X			
6. Para iniciar las compresiones torácicas en neonatos es importante ubicar el dedo índice y medio de la mano dominante del resucitador sobre el tórax justo por debajo de la línea del pezón, encima del apéndice xifoides.	x			
7. En caso de difícil acceso venoso en el neonato durante la PCR, la vía intraósea es considerada de elección para administrar adrenalina.	X			
8. Durante la RCP avanzada en neonatos, la dosis máxima de adrenalina es de 0,01 mg/kg de peso.		x		
9. La dosis correspondiente de adrenalina durante la RCP, debe administrarse cada 5 minutos y verificar presencia de pulso.		x		
10. La dosis endotraqueal de adrenalina corresponde a 0,5mg/kg de la concentración de 1mg/ml.		x		
11. En caso de que el neonato no responda a la ventilación con presión positiva administrada por máscara o la frecuencia cardíaca sea < 60 latidos/minuto, lo indicado es iniciar el proceso de intervención de la vía aérea.	x			
12. En caso de desfibrilación, las palas del desfibrilador deben ubicarse sobre el tórax del neonato considerando colocar la	X			

primea pala a nivel infraclavicular derecho y la otra en el ápex respectivamente.				
13. Ante taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) se administra una descarga inicial de 2 Joules / kg.	X			
14. El voltaje máximo de descargas eléctricas que pueden aplicarse a un neonato es de 2 Joules.		X		
15. La aplicación de una segunda descarga eléctrica al neonato durante la RCP, corresponde a 4 Joules/ kg.	X			
16. Al finalizar las maniobras de RCP, el personal de enfermería debe ejecutar las intervenciones de atención post-PCR que corresponden a la monitorización de los signos vitales, control de la temperatura y valoración neurológica.	X			
17. El personal de enfermería debe registrar los procedimientos realizados durante las maniobras de RCP, tiempo de duración, número de dosis administradas de adrenalina u otros fármacos utilizados, además de la condición de salud del neonato.	x			

www.bdigital.ula.ve

**Anexo N° 1**

**Autorizaciones**  
[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Mérida 06 de marzo del 2023

Ciudadano.

Francisco Salcedo.

Director de Docencia e Investigación del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

Reciba un cordial saludo, somos estudiantes activos cursantes del último semestre de la carrera de Enfermería, por medio de la presente nos dirigimos a ustedes con la finalidad de solicitarle la autorización al personal que labora en el Departamento de Registro y Estadísticas de la Salud del IAHULA para que nos den acceso por el tiempo necesario y nos faciliten las estadísticas de los nacimientos; patologías de ingresos a la unidad de alto riesgo neonatal y aplicación efectivas y no efectivas de reanimación cardiopulmonar, correspondientes al año 2021 que reposan en los archivos del IAHULA, ya que la información contenida en esa fuente es requerida para nuestro trabajo de grado.

De antemano, agradecer el apoyo brindado; esperamos su pronta respuesta.

Atentamente

Estefani Elizabeth Niño Gavidia

CI. 24.196.559

Yenny Vanessa Farra Carón

CI. 22.929.463





Mérida 06 de marzo del 2023

Ciudadano,

Nelson León La Cruz,

**Coordinador del Departamento de Estadísticas de la Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.**

Reciba un cordial saludo, somos estudiantes activos cursantes del último semestre de la carrera de Enfermería, por medio de la presente nos dirigimos a ustedes con la finalidad de solicitarle la autorización al personal que labora en el Departamento de Registro y Estadísticas de la Salud del IAHULA para que nos den acceso por el tiempo necesario y nos faciliten las estadísticas de los nacimientos; patologías de ingresos a la unidad de alto riesgo neonatal y aplicación efectivas y no efectivas de reanimación cardiopulmonar, correspondientes al año 2021 que reposan en los archivos del IAHULA, ya que la información contenida en esa fuente es requerida para nuestro trabajo de grado.

De antemano, agradecer el apoyo brindado; esperamos su pronta respuesta.

Atentamente

**Estefani Elizabeth Nifo Gavidia**

CI. 24.196.559

**Yenny Vanessa Parra Cardona**

CI. 22.929.463

Mérida 06 de marzo del 2023

**Ciudadano.**

**Franklin Ramírez.**

**Director del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.**

Reciba un cordial saludo, somos estudiantes activos cursantes del último semestre de la carrera de Enfermería, por medio de la presente nos dirigimos a ustedes con la finalidad de solicitarle la autorización al personal que labora en el Departamento de Registro y Estadísticas de la Salud del IAHULA para que nos den acceso por el tiempo necesario y nos faciliten las estadísticas de los nacimientos; patologías de ingresos a la unidad de alto riesgo neonatal y aplicación efectivas y no efectivas de reanimación cardiopulmonar, correspondientes al año 2021 que reposan en los archivos del IAHULA, ya que la información contenida en esa fuente es requerida para nuestro trabajo de grado.

De antemano, agradecer el apoyo brindado; esperamos su pronta respuesta.

Atentamente

**Estefani Elizabeth Niño Gavidia**

**CI. 24.196.559**

**Yenny Vanessa Parra Cardona**

**CI. 22.929.463**

