

## Efectividad de una demostración clínica simulada para elevar los conocimientos sobre RCP-B en el adulto

Effectiveness of a simulated clinical performance to raise the adults' knowledge about Bystander Cardiopulmonary Resuscitation

José Alejandro Ávila Cabreja<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0900-2101>

Carlos Alejandro Fonseca Marrero<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7382-2812>

Haydée Fernández Massip<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4458-045X>

Ismael Sosa González<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8417-4029>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [javilacabreja@gmail.com](mailto:javilacabreja@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La ejecución de maniobras de reanimación cardiopulmonar por las personas que han presenciado un paro aumenta siete veces las posibilidades de supervivencia.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de una demostración de situación clínica simulada realizada en los domicilios para elevar el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto.

**Métodos:** Se realizó un estudio de tipo antes y después sin grupo control entre septiembre y diciembre de 2018. El universo estuvo conformado por 620 pacientes pertenecientes a un consultorio del policlínico “19 de abril” de Plaza de la Revolución. Se seleccionó una muestra de 200 pacientes y se les aplicó una encuesta, realizada por los autores, antes y después de la intervención, la cual se sometió a test alfa para la validación interna. Para la evaluación de la

demostración se utilizó la prueba t de student, un análisis de varianza (ANOVA) y un análisis *post hoc*.

**Resultados:** La media de edad fue de  $45,45 \pm 14,45$  años. El sexo femenino predominó con 102 personas (51 %). Hubo 63 (32 %) pacientes con nivel de técnico medio. La diferencia de las medias de puntos antes y después de la demostración fue estadísticamente significativa en todos los grados de escolaridad ( $p < 0,001$ ). Hubo diferencias en el aumento de puntos después de la demostración entre los universitarios y las personas con sexto grado ( $p = 0,013$ ).

**Conclusiones:** Realizar una demostración con una situación clínica simulada constituyó una herramienta efectiva para elevar el nivel de conocimiento de la población en estudio, independientemente del nivel de escolaridad.

**Palabras clave:** paro cardíaco; reanimación cardiopulmonar; nivel de conocimiento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Bystander cardiopulmonary resuscitation increases the chances of survival by seven times.

**Objective:** To assess the effectiveness of a simulated clinical situation carried out in homes to raise the level of knowledge about basic cardiopulmonary resuscitation in adults.

**Methods:** A before-and-after study without a control group was carried out between September and December 2018. The universe consisted of 620 patients from a family doctor's office belonging to 19 de Abril Outpatient Polyclinic in Plaza de la Revolución Municipality (Havana, Cuba). A sample of 200 patients was selected and a survey was applied on them, carried out by the authors, before and after the intervention, which was subjected to an alpha test for internal validation. For the assessment of the demonstration, Student's t test, variance analysis (ANOVA) and a post hoc analysis were used.

**Results:** The mean age was  $45.45 \pm 14.45$  years. The female sex predominated, with 102 people (51%). There were 63 (32%) patients with an associate's degree. The difference in the means of scores before and after the demonstration was statistically significant in all school levels ( $P < 0.001$ ). There were differences in the increase of scores after the simulated performance between the university students and the people with sixth grade ( $P = 0.013$ ).

**Conclusions:** Performance of a simulated clinical situation was an effective tool to raise the level of knowledge of the population under study, regardless of their level of education.

**Keywords:** cardiac arrest; cardiopulmonary resuscitation; level of knowledge.

Recibido: 04/06/2019

Aceptado: 08/11/2020

## Introducción

El inicio temprano de la reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B) en el adulto por parte de un testigo en áreas fuera del hospital es una determinante fundamental para la supervivencia del paciente.<sup>(1)</sup> Por este motivo, la Sociedad Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) recomienda el empleo de estrategias educativas encaminadas a la preparación de los miembros de la comunidad para que adquieran habilidades al respecto y puedan realizar una RCP-B de calidad.<sup>(2)</sup> En Cuba, también se han tomado medidas para la intervención en la población y la mejora de sus habilidades. Un ejemplo lo constituye el Centro de Entrenamiento a Desastres y RCP de la provincia de Holguín.

Actualmente existe una gran polémica acerca de cuál resulta el método más efectivo para instruir a la población, debido a la gran heterogeneidad de los estudios de intervención, lo cual no ha permitido extraer conclusiones precisas.<sup>(3,4)</sup> En cuanto a si tiene importancia la utilización de un entrenador o no, *Liberman* y otros<sup>(5)</sup> refieren que las principales dificultades de esto son: su baja disponibilidad y la ansiedad por parte de los alumnos al no encontrarse en un medio familiar. También se han evocado como problemas importantes en la enseñanza de RCP el elevado coste del mantenimiento de los programas y la permanencia del conocimiento.<sup>(6)</sup>

Los autores consideran que, debido a la organización del sistema de salud cubano, este tipo de intervención sobre la población podría ser factible, puesto que puede llevarse a cabo por el médico de la familia, la enfermera y los estudiantes de medicina -con previa preparación-, que se encuentran involucrados en la atención primaria desde los inicios de la carrera; también eliminaría la ansiedad de los alumnos que la actividad se realice en los domicilios, como parte de los terrenos programados.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una demostración de situación clínica simulada realizada en los domicilios para elevar el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica en el adulto.

## Métodos

### Clasificación y contexto

Se realizó un estudio no observacional, cuasi-experimental de tipo antes y después, sin grupo control, con pacientes pertenecientes a un consultorio médico de la familia (CMF) del policlínico “19 de abril” de Plaza de la Revolución, en el período comprendido entre el 1ro. de septiembre y el 30 de diciembre de 2018.

### Universo y muestra

El universo estuvo constituido por todos los pacientes mayores de 18 años. Fueron excluidos los que no quisieron participar en el estudio, y los que tuvieron entrenamiento previo sobre RCP-B o su situación de salud se lo impidió (n = 620). Se realizó un cálculo muestral donde se utilizó una seguridad = 95 %; una precisión = 3 % y una proporción = 5 %; se obtuvo como resultado 153. Sin embargo, con el objetivo de aumentar el poder estadístico, se decidió estudiar a 200 pacientes, los cuales fueron seleccionados por un muestreo probabilístico aleatorio simple (Fig.).

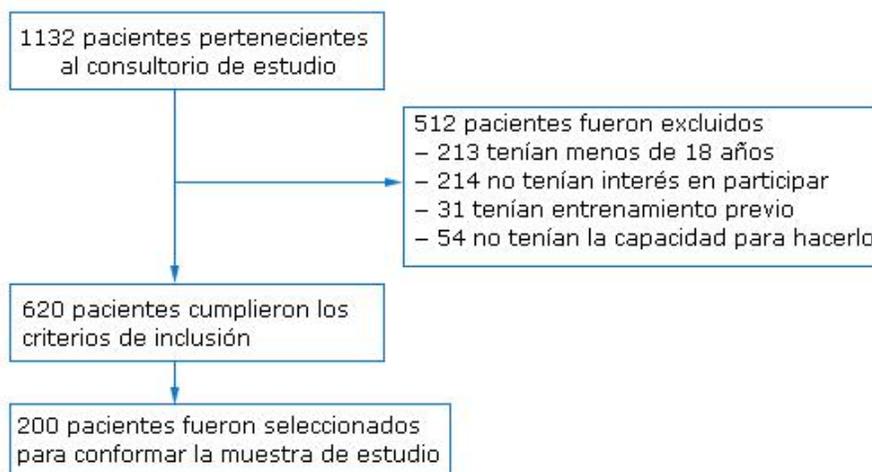


Fig. - Flujograma de la selección de los participantes.

## Variables

Las variables utilizadas resultaron: edad, grupo etario, sexo, nivel de escolaridad, nivel de conocimiento sobre RCP-B -se consideró adecuado ( $\geq 60\%$  de las respuestas correctas) e inadecuado ( $< 60\%$  de las respuestas correctas), total de puntos antes y después de la intervención y aumento de puntos después de la demostración.

## Métodos e instrumentos de recolección de datos

Los datos demográficos se obtuvieron mediante la entrevista a los sujetos bajo estudio y la revisión de sus respectivas fichas familiares. Se evaluó el nivel de conocimiento con una encuesta confeccionada y aplicada por los autores (Anexo).

Dicha encuesta contó con 3 acápites esenciales: conocimiento sobre la cadena de supervivencia, conocimiento sobre las habilidades de RCP y conocimiento sobre el número de emergencias en Cuba. Para evaluar el primer acápite los individuos debían ordenar los elementos de la cadena de supervivencia según sus conocimientos; para el segundo, marcar con X las afirmaciones que ellos consideraban correctas; y para el tercero, señalar con X cuál creían que era el número de emergencias en Cuba. La puntuación máxima de la encuesta fue de 10 puntos (pregunta 1 = 4 puntos; pregunta 2 = 5 puntos; pregunta 3 = 1 punto).

Antes de que la encuesta se utilizara en el campo se sometió a pruebas de validación interna mediante la prueba alfa (Cronbach); se obtuvo un resultado de 0,634. Posteriormente, se realizó un ensayo piloto donde se les aplicó la encuesta a 15 personas.

Una vez obtenidos los resultados de la primera aplicación de la encuesta se desarrolló una demostración sobre la base de las principales deficiencias encontradas, en la que se utilizó un maniquí y un escenario simulado. La demostración ocurrió en las casas de los participantes y tuvo una duración aproximada de dos horas. A estos se les enseñó cómo reconocer a un paciente en paro, cuáles resultaban los elementos fundamentales de la cadena de supervivencia, cómo realizar una RCP de calidad<sup>(7)</sup> y cuál era el número de emergencias. Se esperó una semana y se volvió a aplicar la misma encuesta con el fin de evaluar si había sido efectiva.

Todos los datos se incluyeron en una base de datos elaborada con el programa SPSS versión 20.0 para su posterior manejo estadístico.

## Técnicas y procedimientos estadísticos

Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para describir las variables categóricas. Las variables cuantitativas se representaron mediante la media (M) y la desviación típica (DT). Para comprobar la normalidad de la distribución de variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov; así como la prueba de Levene, para la homogeneidad de varianzas. Se usó la prueba de t de student para muestras relacionadas con el fin de comparar las medias de todos los pacientes según el nivel de escolaridad antes y después de la demostración. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comprobar si existieron diferencias significativas en el aumento de puntos después de la demostración entre los pacientes con diferentes niveles de escolaridad, así como un análisis *post hoc*, que utilizó la prueba de Tukey para identificar los grupos entre los que hubo diferencias.

## Consideraciones éticas

El protocolo de estudio fue revisado por el Comité de Ética y de Investigación. Para proteger la integridad de los sujetos se cumplieron los aspectos de la declaración de Helsinki<sup>(8)</sup> y sus versiones posteriores. Todos los sujetos que accedieron a participar en la investigación firmaron el consentimiento informado.

## Resultados

La media de edad de la población fue de  $45,47 \pm 14,42$  años. El sexo femenino resultó el más representado con 102 personas (51 %). Los pacientes de nivel de técnico medio predominaron con 63 pacientes (31,5 %). Antes de la intervención, los 200 pacientes tuvieron un nivel de conocimiento inadecuado sobre la cadena de supervivencia y las habilidades de RCP-B, a diferencia del conocimiento sobre el número de emergencia donde 98 (49 %) pacientes tuvieron un nivel de conocimiento adecuado. Después de la intervención, el nivel de conocimiento sobre la cadena de supervivencia, habilidades de RCP y el número de emergencia fue adecuado en 178 (89 %), 182 (91 %) y 200 (100 %) pacientes, respectivamente (Tabla 1).

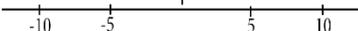
**Tabla 1 - Características de la población**

Variables	N (%)
<i>Edad (M ± DT)</i>	45,47 ± 14,42
<i>Sexo</i>	
Masculino	98 (49 %)
Femenino	102 (51 %)
<i>Nivel de escolaridad</i>	
Sexto	16 (8 %)
Noveno	39 (17,5 %)
Duodécimo	27 (13,5 %)
Técnico medio	63 (31,5 %)
Universitario	55 (27,5 %)
<i>Conocimiento adecuado antes de la demostración</i>	
Cadena de supervivencia	0 (0 %)
Habilidades de RCP-B	0 (0 %)
Número de emergencias	98 (49 %)
<i>Conocimiento adecuado después de la demostración</i>	
Cadena de supervivencia	178 (89 %)
Habilidades de RCP-B	182 (91 %)
Número de emergencias	200 (100 %)

La diferencia de puntos antes y después de la demostración, en todos los niveles de escolaridad, fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2 - Media de puntos por nivel de escolaridad antes y después de la intervención**

Nivel de escolaridad	Antes		Después		Total	Diferencia de medias		Diferencia de medias	
	Media	DT	Media	DT		VI, Fijo, 95% IC	VI, Fijo, 95% IC		
Sexto	1.06	0.929	8.69	0.873	16	7.63 (7.36-7.89)		♦	
Noveno	2.28	1.075	9.26	0.785	39	6.97 (6.80-7.15)		♦	
Duodécimo	2.36	0.780	8.93	0.900	27	6.59 (6.40-6.79)		♦	
Técnico medio	2.30	0.724	8.89	0.892	63	6.79 (6.69-6.90)		♦	
Universitario	2.51	0.836	9.05	0.911	55	6.55 (6.39-6.71)		♦	
Total 95 % IC					200	6.79 (6.61-6.96)		♦	



El aumento de puntos fue mayor en las personas con nivel de sexto grado (M: 7,56; IC 95 %: 6,86-8,26); mientras que en los universitarios resultó menor (M: 6,44; IC 95 %: 6,13-6,74). Se encontraron diferencias intergrupales significativas en el aumento de puntos después de la demostración ( $p = 0,014$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3 - Aumento de puntos después de la demostración**

Nivel de escolaridad	Media	DT	IC 95 %
Sexto	7,56	1,315	6,86-8,26
Noveno	7,05	1,255	6,64-7,46
Duodécimo	6,67	1,209	6,19-7,14
Técnico medio	6,78	1,276	6,46-7,10
Universitario	6,44	1,135	6,13-6,74

En análisis *post hoc* reveló una diferencia significativa en el aumento de puntos después de la intervención entre los pacientes con sexto grado y los universitarios solamente ( $p = 0,013$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4 - Análisis *post hoc* de la relación entre el aumento de puntos después de la intervención y el nivel de escolaridad**

(I) Nivel de escolaridad	(J) Nivel de escolaridad	DM (I-J)	ET	P	IC 95 %	
					Límite inferior	Límite superior
Sexto	Noveno	0,511	0,365	0,627	-0,49	1,52
	Duodécimo	0,896	0,388	0,146	-0,17	1,96
	Técnico medio	0,785	0,344	0,155	-0,16	1,73
	Universitario	1,126*	0,349	0,013	0,17	2,09
Noveno	Sexto	-0,511	0,365	0,627	-1,52	0,49
	Duodécimo	0,385	0,308	0,722	-0,46	1,23
	Técnico medio	0,274	0,250	0,810	-0,42	0,96
	Universitario	0,615	0,257	0,122	-0,09	1,32
Duodécimo	Sexto	-0,896	0,388	0,146	-1,96	0,17
	Noveno	-0,385	0,308	0,722	-1,23	0,46
	Técnico medio	-0,111	0,283	0,995	-0,89	0,67
	Universitario	0,230	0,289	0,931	-0,56	1,03
Técnico medio	Sexto	-0,785	0,344	0,155	-1,73	0,16
	Noveno	-0,274	0,250	0,810	-0,96	0,42
	Duodécimo	0,111	0,283	0,995	-0,67	0,89
	Universitario	0,341	0,227	0,560	-0,28	0,97
Universitario	Sexto	1,126*	0,349	0,013	-2,09	-0,17
	Noveno	-0,615	0,257	0,122	-1,32	0,09
	Duodécimo	-0,230	0,289	0,931	-1,03	0,56

	Técnico medio	- 0,341	0,227	0,560	-0,97	0,28
--	---------------	------------	-------	-------	-------	------

Leyenda: DM: diferencia de medias; ET: error típico; IC: intervalo de confianza.

Nota: \*La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05.

## Discusión

La demostración con una situación clínica simulada en los domicilios de los pacientes permitió aumentar el nivel de conocimiento sobre RCP-B en el adulto de toda la población, independientemente del nivel de escolaridad. Este método de enseñanza ha sido reconocido por varios investigadores<sup>(9,10,11,12,13,14)</sup> como efectivo para elevar el nivel de conocimiento de la población. Sin embargo, este es el primer estudio que se realiza utilizando como centro de enseñanza el domicilio de las personas involucradas en la investigación, por lo que no existe ninguna otra evidencia.

Aunque el análisis *post hoc* mostró una diferencia significativa en el aumento de puntos después de la demostración entre las personas con escolaridad de sexto grado y los universitarios, esto no influyó en que se lograra un nivel de conocimiento adecuado en todos los integrantes de la muestra. Una posible interpretación de la diferencia encontrada en el aumento promedio de puntos de estos grupos puede deberse a la baja media de puntos encontrada en los individuos con sexto grado de escolaridad frente a la más alta media de los universitarios al principio del estudio, lo cual limita el aumento promedio de aprendizaje de estos últimos con respecto a los primeros. Además, los autores consideran que no influyó en gran medida el nivel de escolaridad en el aprendizaje por la simplicidad de los temas en los cuales se instruyó a las personas que participaron en el estudio. Aunque el limitado poder del análisis *post hoc* restringe la interpretación de este resultado,<sup>(15)</sup> se necesita que este hallazgo sea considerado en caso de futuras reproducciones en las que se estudien personas con diferentes niveles de escolaridad.

Principalmente, este estudio sugiere que la inclusión de este tipo de demostración, como parte de las tareas de promoción que lleva a cabo el equipo básico de salud, con la ayuda de los estudiantes de medicina; puede ser un método efectivo y sin costo alguno para mejorar el conocimiento de la población sobre la RCP-B en el adulto. Esto último se podría traducir en una disminución de la mortalidad de los pacientes que sufren parada cardiorrespiratoria en la comunidad, al obtener una atención rápida y efectiva hasta la llegada de servicios especializados de

emergencia. También permitiría una periodicidad en la enseñanza, lo cual constituye un elemento importante porque existe una relación dosis-respuesta entre la periodicidad de la formación y el nivel de conocimientos/disposición sobre el aprendizaje de la RCP.<sup>(16)</sup>

En la interpretación del estudio hay que tener en cuenta algunas limitaciones. Entre ellas, la voluntariedad de los pacientes: los que estuvieron de acuerdo con participar eran los más interesados en la RCP-B, lo que pudo haber influido en los resultados de la evaluación; y la evaluación únicamente teórica después del plazo de una semana, porque el deterioro de las habilidades se produce más rápido que el del conocimiento.<sup>(17)</sup>

A partir de esta investigación surgen otras cuestiones que podrían ser el problema principal de futuros estudios, por ejemplo: ¿en qué tiempo se deteriorará un 60 % de los conocimientos adquiridos sobre RCP-B en el adulto después de una demostración similar? o ¿incrementaría la retención de habilidades de RCP-B si se combinara este tipo de demostración con materiales para la autopreparación de los pacientes?

Realizar una demostración con situaciones clínicas simuladas en el domicilio de las personas representó una herramienta efectiva para elevar el nivel de conocimiento de la población en estudio, independientemente del nivel de escolaridad. Esta conclusión se puede extrapolar a toda la población objetivo. Los resultados sugieren que podrían establecerse estrategias de promoción utilizando esta técnica para incrementar el nivel de conocimiento de la población del país.

## Referencias bibliográficas

1. Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010 [acceso 27/01/2019];3:63-81. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circoutcomes.109.889576>
2. Cheng A, Magid DJ, Auerbach M, Bhanji F, Bigham BL, Blewer AL, *et al*. Part 6: Resuscitation Education Science: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020 [acceso 31/01/2021];142(Suppl 2):S551-S79. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000903>

3. Ming-Ju H, Bhanji F, Wen-Chu C, Chih-Wei Y, Kuo-Liong C, Matthew Huei-Ming M. Comparing the effect of self-instruction with that of traditional instruction in basic life support courses-A systematic Review. *Resuscitation*. 2016;108:8-19. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.08.021>
4. González-Salvado V, Rodríguez-Ruiz E, Abelairas-Gómez C, Ruano-Raviña A, Peña-Gil C, González-Juanatey JR, *et al.* Training adult laypeople in basic life support. A systematic Review. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73(1):53-68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2018.11.013>
5. Liberman M, Golberg N, Mulder D, Sampalis J. Teaching cardiopulmonary resuscitation to CEGEP students in Quebec-a pilot project. *Resuscitation*. 2000;47:249-57. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0300-9572\(00\)00236-7](https://doi.org/10.1016/s0300-9572(00)00236-7)
6. Miró O, Escalada X, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Sanclemente G, Gómez X, *et al.* Programa de Reanimación Cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): conclusiones tras 5 años de experiencia. *Emergencias*. 2008 [acceso 27/01/2019];20:229-36. Disponible en: [http://emergencias.portalsemes.org/descargar/programa-de-reanimacion-cardiopulmonar-orientado-a-centros-de-ensenanza-secundaria-proces-conclusiones-tras-5-anos-de-experiencia/force\\_download/](http://emergencias.portalsemes.org/descargar/programa-de-reanimacion-cardiopulmonar-orientado-a-centros-de-ensenanza-secundaria-proces-conclusiones-tras-5-anos-de-experiencia/force_download/)
7. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, *et al.* Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020 [acceso 31/01/2021];142(Suppl 2):S366-S468. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000916>
8. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea: 59ª Asamblea General; 2008 Oct. Disponible en: [https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Etica/declarac\\_Helsinki\\_ivestigacs\\_medicas\\_serres\\_hum.pdf](https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Etica/declarac_Helsinki_ivestigacs_medicas_serres_hum.pdf)
9. Sastre Carrera MJ, García García LM, Bordel Nieto F, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Benítez Robredo MT, *et al.* Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. *Aten Primaria*. 2004 [acceso 05/02/2019];34(8):408-13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-ensenanza-reanimacion-cardiopulmonar-basica-poblacion-13068217>
10. Piriz Assa AR, Hidalgo Marrero Y, Rodríguez Portelles AC, Córdova Vega CA, Durán Calzadilla Y, Céspedes Segura S. Propuesta de entrenamiento en emergencias y reanimación cardiopulmocerebral para testigos presenciales no

profesionales de salud. *Medisur*. 2018 [acceso 05/02/2019];16(6):867-75. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4195/2739>

11. Smiak Yacubosky NV, Radlovachki Majlak LR, Torres Maidana GI. Conocimientos de la población adulta sobre reanimación cardiopulmonar básica. Coloquio de enfermería argentino; 2018 [acceso 05/02/2019]. Disponible en: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/489/450>

12. Garrido Carrasco G. Soporte vital básico: conocimientos de la población adulta del barrio de la “Rondilla” [Tesis de especialidad]. Valladolid: Repositorio de tesis de la Universidad de Valladolid; 2015 [acceso 27/01/2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/30404/1/TFG-H1213.pdf>

13. García Martínez JC, Márquez Hernández VV, Casas Salmerón MA, Granero Molina J, Fernández Sola C, López-Rodríguez MM. Estrategia de entrenamiento práctico en RCP para diseminar información entre la población general de Almería. *Therapeía*. 2018 [acceso 05/02/2019];10:57-74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6677707.pdf>

14. González-Salvado V, Abelairas-Gómez C, Peña-Gil C, Neuro-Rey C, Barcala-Furelos R, González-Juanatey JR, et al. Basic Life Support Training into Cardiac Rehabilitation Programs: A Chance to Give Back. A community intervention controlled manikin study. *Resuscitation*. 2018;127:14-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.03.018>

15. Wang R, Lagakos SW, Ware JH, Hunter DJ, Drazen JM. Statistics in medicine-reporting of subgroup analyses in clinical trials. *N Engl J Med*. 2007 [acceso 05/02/2019];357:2189-94. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsr077003>

16. Angulo-Menéndez P, Lana A, Morís de la Tassa J. Conocimientos y disposición para realizar soporte vital básico por agentes de la policía local. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40(2):177-85. DOI: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0033>

17. Mancini ME, Soar J, Bhanji F, Billi JE, Dennett J, Finn J, et al. Education, Implementation and Teams Chapter Collaborators. Part 12: education, implementation, and teams: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*. 2010;122(Suppl 2):S539-S81. DOI: <https://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971143>

### **Anexo. Encuesta para valorar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B) en adultos**

La siguiente encuesta persigue el objetivo de explorar los conocimientos que tienen las personas sobre reanimación cardiopulmonar básica en adultos. Es voluntaria, anónima y confidencial.

1. Ordene los siguientes elementos de la cadena de supervivencia en una parada cardíaca extrahospitalaria:
  - 1.1\_\_\_ RCP de calidad inmediata.
  - 1.2\_\_\_ Soporte vital avanzado y cuidados pos-parada cardíaca.
  - 1.3\_\_\_ Reconocimiento y activación del sistema de respuesta de emergencia.
  - 1.4\_\_\_ Servicios de emergencias médicas básicos y avanzados.
  
2. Marque con una X las acciones que Ud. considera que el reanimador debe hacer para brindar una RCP de calidad:
  - 2.1\_\_\_ Realizar las compresiones torácicas con una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto (cpm).
  - 2.2\_\_\_ Comprimir a una profundidad inferior a 5 cm (2 pulgadas) o superior a 6 cm (2.4 pulgadas).
  - 2.3\_\_\_ Apoyarse en el pecho entre compresiones.
  - 2.4\_\_\_ Permitir una descompresión torácica completa después de cada compresión.
  - 2.5\_\_\_ Realizar dos ventilaciones después de 30 compresiones, realizando cada ventilación durante 1 segundo y asegurándose de que se produce la elevación torácica.
  
3. El número telefónico para activar los servicios de emergencia en Cuba es:  
\_\_\_112                      \_\_\_911                      \_\_\_103                      \_\_\_104

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### Contribución de los autores

*José Alejandro Ávila Cabreja:* Investigación e idea inicial, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito, revisión, corrección y aprobación de su versión final.

*Carlos Alejandro Fonseca Marrero:* Recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito, revisión, corrección y aprobación de su versión final.

*Haydée Fernández Massip e Ismael Sosa González:* Análisis e interpretación de los datos y aprobación de la versión final.