



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de
Valladolid

Grado en Enfermería
Curso 2017/18

**SOPORTE VITAL BÁSICO:
CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN
ADULTA DEL BARRIO DE LA
“RONDILLA”**

Alumna: Gloria Garrido Carrasco

Tutora: Lucía Pérez Pérez

RESUMEN

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares encabezan el número de defunciones tanto a nivel mundial con un 31% como a nivel nacional con un 29.17%, afectando más a las mujeres que a los hombres. Esto es debido, en parte, a que los cambios económicos, culturales y sociales modifican los hábitos de los individuos, aumentando las probabilidades de padecerlas, así como sus factores de riesgo.

La isquemia coronaria es la principal etiología de la parada cardiorrespiratoria; la cual produce arritmias ventriculares y provoca casi el 60% de las muertes por parada cardíaca súbita. Así mismo la mayor parte de las paradas cardiorrespiratorias ocurren en lugares extrahospitalarios.

El protocolo de actuación a seguir ante dicha situación es la cadena de supervivencia, la cual jerarquiza los pasos a seguir. Es muy importante la actuación rápida de los testigos, ya que por cada minuto que se pierde disminuye en un 10% las posibilidades de sobrevivir.

Objetivo. Identificar el nivel de conocimientos y el grado de interés en adquirirlos con respecto al soporte vital básico en la población adulta.

Método. Para llevar a cabo dicha investigación; se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y transversal. Para ello se realizó trabajo de campo a través de una encuesta, teniendo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión y analizando los resultados a posteriori.

Resultados. Se comprobó que la gran mayoría de la población no se encuentra formada en soporte vital básico; encontrado diferencias significativas relacionadas con el nivel de estudios y la situación laboral. Los resultados muestran que la población con estudios universitarios así como la activa laboralmente, tienen mayor grado de conocimientos.

Conclusión. A pesar de que la población general tenga carencia en formación de soporte vital básico, una gran mayoría está interesada en recibir formación sanitaria respecto al tema.

Palabras Clave: Enfermedades cardiovasculares, primeros auxilios, parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. METODOLOGÍA	6
3.1 Diseño:	6
3.2 Población:	6
3.3 Criterios de Inclusión:.....	6
3.4 Criterios de Exclusión:.....	6
3.5 Duración de la Intervención:.....	6
3.6 Procedimiento:	6
3.7 Análisis de los datos	8
4. CRONOGRAMA	9
5. DESARROLLO DEL TEMA	10
6. RESULTADOS	16-19
7. DISCUSIÓN.....	20
7.1 Limitaciones.....	21
7.2 Fortalezas	21
7.3 Aplicación en la práctica clínica	21
7.4 Futuras líneas de investigación	22
8. CONCLUSIONES	23
9. BIBLIOGRAFÍA.....	24
11. ANEXOS	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencias Observadas en las preguntas realizadas.....	16
Tabla 2. Puntuación Encuesta.....	18

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Interacciones entre el operador telefónico, el testigo y el uso del DESA	11
Ilustración 2. Cadena de Supervivencia	11
Ilustración 3. Símbolo DEA diseño de ILCOR	14
Ilustración 4. Relación entre el estado laboral y formación en primeros auxilios.....	17
Ilustración 5. Relación entre el interés y el nivel de estudios.....	17
Ilustración 6. Puntuación en función del nivel de estudios	18
Ilustración 7. Puntuación en función de la situación laboral.....	19
Ilustración 8. Algoritmo de SVB y uso del DESA	27
Ilustración 9. Pasos a seguir en presencia de una PCR según la FEC.....	27
Ilustración 10. Cadena de supervivencia	27
Ilustración 11. Cadena de supervivencia en función del lugar de la parada; PCIH o PCEH.....	27

ABREVIATURAS

BLS: Basic Life Support

CERCP: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar

DESA: Desfibrilador Externo Semiautomático

ECV: Enfermedades Cardio-Vasculares

ERC: European Resuscitation Council (Consejo Europeo de Resucitación)

FEC: Fundación Española del Corazón

FV: Fibrilación Ventricular

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

ILCOR: Comité Internacional de Unificación en Resucitación

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCEH: Parada Cardíaca Extrahospitalaria

PCR: Parada Cardiorrespiratoria

PCS: Parada Cardíaca Súbita

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

SEC: Sociedad Española de Cardiología

SVA: Soporte Vital Avanzado

SVB: Soporte Vital Básico.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se definen como la agrupación de alteraciones e irregularidades del sistema cardiovascular (corazón y vasos sanguíneos: arterias, venas y capilares), las cuales afectan de forma progresiva a la luz de los vasos sanguíneos, con la consecuencia de una menor perfusión sanguínea a órganos vitales como el músculo cardíaco, riñón y cerebro; encabezando el número de defunciones anuales con una mayor proporción en los países con ingresos bajos a medios ⁽¹⁾. La etiología que tiene mayor relevancia es la formación de placas de ateroma en la capa más interna de los vasos sanguíneos, disminuyendo así la cantidad del aporte sanguíneo al miocardio y cerebro ⁽¹⁾. Las enfermedades cardiovasculares se clasifican en ocho grupos, en función de la sintomatología y la etiopatogenia, los cuales son; hipertensión arterial, cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías ⁽¹⁾.

Su desarrollo está vinculado a cambios sociales, culturales y económicos; provocados por la globalización, el envejecimiento y la urbanización; acarreando cambios en el estilo de vida de la población y provocando un aumento en la predisposición a desarrollar enfermedades cardiovasculares ⁽¹⁾. Los principales factores de riesgo para desarrollar ECV son: el tabaco, sedentarismo o falta de actividad física, una mala alimentación y el consumo de alcohol ⁽²⁾. Otros factores determinantes son la pobreza, el estrés y los factores hereditarios ⁽¹⁾. Todos ellos combinados aumentan considerablemente las posibilidades de padecer ECV ⁽²⁾.

Sin embargo la mayor parte de los efectos de estos factores de riesgo se pueden prevenir en atención primaria, por lo que la enfermería desarrolla un papel clave en la prevención de las enfermedades cardiovasculares ⁽¹⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 17.7 millones de personas en el mundo murieron por alguna enfermedad cardiovascular en el 2015, lo que equivale al 31% del resto de defunciones que fueron anotadas en ese año ⁽¹⁾.

Cabe resaltar que de esas 17.7 millones de defunciones, 6.7 millones fueron debidas a accidentes cardiovasculares, y 7.4 millones fueron debidas a cardiopatía coronaria ⁽¹⁾.

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

Además un 75% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares se producen en países con un poder adquisitivo bajo ⁽¹⁾.

En cuanto se refiere a nuestro país, los datos de mortalidad cardiovascular en 2016 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) revelan que el número de defunciones ha disminuido un 0.22% en comparación con el año anterior ⁽³⁾. No obstante a nivel general la patología cardiovascular continúa siendo la primera causa de las defunciones con un 29.17% (media nacional), quedando en segundo lugar el cáncer con un 27.50% de las defunciones y en tercer lugar la patología del sistema respiratorio con un 11.4% de las defunciones ⁽³⁾.

A nivel autonómico, la mortalidad isquémica se da en mayor proporción en la región sureste peninsular, a excepción de Madrid con una mortalidad relativamente baja de un 25,39% y menor proporción en el norte peninsular, a excepción de Asturias con una tasa de mortalidad relativamente alta de un 32,44% situándose por encima de la media nacional ^(3,4).

Del total de los fallecimientos cardiovasculares, la mitad se producen por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular. Dentro de ellas la isquemia coronaria encabeza el número de defunciones con un 27% del total ⁽⁴⁾.

Más concretamente si nos referimos al género, la mortalidad cardiovascular afecta un 5% más al sexo femenino que al masculino ⁽³⁾. Según la Fundación Española del Corazón (FEC) mueren 9.000 mujeres más que hombres por enfermedad cardiovascular al año ⁽³⁾, constituyendo como la causa de muerte principal con un 32%, mientras que en los hombres supone la segunda causa de defunción con un 26%, tras los tumores ⁽⁴⁾.

Además los hombres están más concienciados sobre los síntomas del infarto y buscan atención sanitaria con mayor rapidez; mientras que en las mujeres es todo lo contrario, no están acostumbradas a reconocer los síntomas y si los padecen, permanecen con ellos más tiempo hasta acudir a los profesionales sanitarios ⁽⁵⁾. El promedio de varones que fallece por infarto corresponde al 46%, mientras que en las mujeres las cifras se elevan hasta un 53% incrementando la letalidad con factores de riesgo como la hipertensión arterial y la diabetes ⁽⁵⁾.

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

La mayor parte de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) tienen su etiología en enfermedades cardiovasculares, siendo la principal causa la cardiopatía isquémica o isquemia coronaria ⁽⁶⁾. La parada cardíaca súbita es responsable de más del 60% de las defunciones en adultos con cardiopatía isquémica ⁽⁶⁾ produciendo arritmias ventriculares (fibrilación ventricular y taquicardia ventricular) ⁽⁷⁾.

Además hay que tener en cuenta que la gran mayoría de paradas cardiorrespiratorias suelen ser extrahospitalarias (PCEH) ya sea en los domicilios y lugares públicos, en los que no suele haber profesionales sanitarios ⁽⁸⁾. Los datos respaldan este hecho, debido a que se producen aproximadamente 15.000 paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias anuales en España ⁽⁸⁾ con una supervivencia únicamente del 5% ⁽⁹⁾.

Las probabilidades de sobrevivir frente a una parada cardiorrespiratoria aumentan hasta un 75% si la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la descarga de desfibrilación se realizan de forma correcta durante los tres primeros minutos, ya que cada minuto que pasa disminuye en un 10% las probabilidades de sobrevivir ^(7,9).

El protocolo de actuación frente a una parada cardiorrespiratoria es la cadena de supervivencia que consta de cuatro eslabones, de los cuales la población no sanitaria o reanimadores legos, debe conocer los tres primeros que constituyen el Soporte Vital Básico (SVB) ⁽¹⁰⁾.

El primer eslabón corresponde al reconocimiento y activación del sistema de respuesta de emergencia con llamada telefónica al 112. El segundo eslabón corresponde al masaje cardíaco o compresiones torácicas de calidad y de forma precoz. El tercer eslabón corresponde a la utilización precoz del desfibrilador externo semiautomático (DESA). Dichas actuaciones se deben seguir en orden ya que presenciar una parada cardiorrespiratoria es una situación estresante, resultando más efectivo y resolutivo actuar de modo automático, no dejando nada al azar o a la improvisación ^(9,10).

Los pasos citados anteriormente son de obligado cumplimiento por la población según las referencias normativas del artículo.195 del Código Penal, la Ley 31/95 de prevención de riesgos laborales, el artículo.51 de la ley de tráfico y seguridad vial, el artículo.129 del reglamento de conductores y la constitución española de 1978, debido a que todos los ciudadanos tenemos la obligación y el deber de proteger el derecho a la vida, la salud y la protección física ⁽¹¹⁾.

1.1 Justificación

El trabajo realizado está basado en la ejecución de un estudio de investigación, en el cual se han analizado los conocimientos que posee la población adulta comprendida entre los veinte años de edad hasta los sesenta y cinco años, de la zona Este de Valladolid cuyo núcleo central se ha concretado en la zona de la Rondilla, sobre el soporte vital básico (SVB). El barrio de la rondilla está situado al Noroeste de Valladolid, limitando al norte con el Río Esgueva, al sur con el Barrio de San Nicolás, al oeste con el Río Pisuerga y al este con la Avenida Palencia. Su origen se vincula a los años 50 a través de proceso de industrialización. Actualmente parte de la población que reside está envejecida (por ser los primeros pobladores en los años 50), y la otra parte es población joven inmigrante de países latinos o magrebíes, por lo que tienen un poder socioeconómico medio-bajo ⁽¹²⁾.

De esta manera se podrá detallar con mayor exactitud las carencias poblacionales respecto a grado de formación en soporte vital básico, pudiendo llegar a plantearse, si fuese necesario, un programa básico de instrucción de primeros auxilios para población no sanitaria vallisoletana.

Esto no es un hecho aislado ni puntual, si no que sociedades relevantes con poder de difusión como la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Fundación Española del corazón (FEC), el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP), ILCOR (Comité Internacional de Unificación en Resucitación) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) ponen en marcha iniciativas cada año, mediante guías, revisión de protocolos anteriores y actividades lúdicas entre otras, para mejorar a nivel global y nacional la salud de la población.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Conocer el nivel de conocimientos sobre soporte vital básico en población general adulta y su actitud hacia la realización de cursos sobre soporte vital básico.

2.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar el nivel de conocimientos sobre soporte vital básico identificando aspectos en los que muestran carencias importantes.
2. Determinar el porcentaje de la población que ha realizado cursos, y cuál está en disposición de realizarlos.
3. Identificar factores sociodemográficos relacionados con el grado de conocimientos soporte vital básico y la disponibilidad para recibir cursos.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño:

El trabajo realizado es un estudio descriptivo, observacional y transversal.

3.2 Población:

La población diana son los adultos de población general. La población muestreada ha sido los individuos adultos en el barrio de la Rondilla de Santa Teresa en Valladolid. La muestra ha sido extraída de la población por un muestreo por cuotas en estratos determinados por la edad y el sexo. La afijación en estos estratos se ha realizado de forma uniforme. Consideramos adultos en este estudio los individuos que tienen edades entre 20 y 65 años.

3.3 Criterios de Inclusión:

- Población en rango de edad. El rango de edad establecido fue desde los veinte años de edad hasta los sesenta y cinco años (incluyendo dichos años), para englobar en la mayor totalidad a lo que he considerado población adulta (≥ 20 años a ≤ 65 años).
- Residir de forma actual en el Barrio de la Rondilla de Valladolid.
- Personal no sanitario.

3.4 Criterios de Exclusión:

- Población que no cumple los criterios del rango de edad.
- Población que no resida en dicha zona.
- Personal con estudios universitarios en Ciencias de la Salud.

3.5 Duración de la Intervención:

Para realizar dicho estudio, se realizó un trabajo de campo exhaustivo que comprendió cuatro meses, iniciándose en el mes de enero de dos mil dieciocho y finalizando en el mes de mayo de dicho año.

3.6 Procedimiento:

El procedimiento que se ha llevado a cabo para la realización de este trabajo han sido búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas de ciencias de la salud tales como Cuiden, la biblioteca Cochrane, Science Direct, google académico, Elsevier, la organización mundial de la salud (OMS) y Cruz Roja, así como sobre todo en las guías,

manuales y protocolos revisados y elaborados por la Sociedad Española de Cardiología, el Consejo Español de Resucitación Pulmonar, el Consejo Europeo de Resucitación y la Universidad de la Rioja. Además de estas fuentes de información, también he accedido al portal de sanidad de Castilla y León.

He escogido dichas fuentes de información por la veracidad de su contenido y el reconocimiento sanitario de sus autores, debido a que dichos conocimientos son actualizados y contrastados en concordancia a los nuevos avances o técnicas en sanidad obteniendo en todo momento con criterio científico.

Para realizar las búsquedas se escogieron una serie de palabras claves que son: Primeros Auxilios o First Aid en inglés, Soporte vital Básico (SVB) o Basic Life Support (BLS) en inglés, Enfermedades Cardiovasculares y Desfibrilador o DEA. Dichas palabras han facilitado la obtención de información para elaborar este trabajo.

Fundamentalmente se empleó para realizar las búsquedas de información, el castellano como idioma principal. Aunque también se ha empleado el idioma de habla inglesa para profundizar en algunos aspectos. Toda la información obtenida ha sido a partir de formatos electrónicos.

El procedimiento que se ha llevado a cabo para realizar este estudio ha sido la elaboración personal y validada de una encuesta de diez ítems con respuestas cerradas sobre el soporte vital básico (Anexo I).

Para su desarrollo se realizaron búsquedas de encuestas validadas, con el fin de obtener tanto el formato como el contenido que debería llevar. La encuesta de “Abraldes y Ortín” ha sido la que se ha tomado como referencia para llevar a cabo su composición.

Una vez elaborada la encuesta, se comenzó con el trabajo de campo de la siguiente forma: la encuesta fue pasada a la población vallisoletana por las calles pertenecientes al barrio de la Rondilla en el ámbito público, es decir, en las calles y sitios transitados públicos, participando de forma voluntaria en la encuesta los individuos seleccionados.

3.7 Análisis de los datos

Hemos calculado puntuaciones en una escala de 0 a 10 para resumir el nivel de conocimientos sobre soporte vital básico de los individuos encuestados a partir de sus respuestas al cuestionario. Hemos agrupado las puntuaciones observadas en 4 niveles (de 0.0 a 4.9 Suspenso, de 5.0 a 6.9 Aprobado, de 7.0 a 8.9 Notable y de 9.0 a 10.0 Sobresaliente).

Hemos resumido las variables numéricas con medias \pm desviaciones típicas y las variables cualitativas con porcentajes. Hemos calculado intervalos de confianza al 95% (IC95%) para medias y para porcentajes poblacionales.

Hemos contrastado la relación entre la puntuación y las variables sociodemográficas utilizando la t de Student, el análisis de la varianza, el análisis de regresión o el test chi-cuadrado según correspondiera por la naturaleza de las variables a relacionar.

Se consideraron como estadísticamente significativos valores de p menores que 0.05. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23.

4. CRONOGRAMA

MESES	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo															
Buscar Información sobre Encuestas	■	■	■	■																	
Desarrollar Encuesta Propia					■	■															
Ejecutar Encuesta Propia							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Recoger los datos de las Encuestas									■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Elaborar Conclusiones																	■	■	■	■	

Las variables que he analizado son:

- Datos demográficos: edad y sexo.
- Datos Socioeconómicos: situación o ámbito laboral y nivel de estudios.

5. DESARROLLO DEL TEMA

El concepto de auxilio sanitario toma mayor relevancia y difusión con el empresario suizo Henry Dunant, debido a que compartía y promovía unos ideales de prestación asistencial sanitaria universal, humanitaria y de espíritu voluntario a los heridos en tiempos bélicos independientemente del bando al que perteneciesen, por profesionales cualificados. Esta línea de pensamiento fue apoyada por miembros pertenecientes a la sociedad Ginebrina de Utilidad Política, que junto con Dunant fundaron el Comité Internacional de la Cruz Roja en el año 1863. Por lo que respecta a España, en todo momento ha encabezado la prestación solidaria a enfermos y heridos, participando en la creación de la Cruz Roja ⁽¹³⁾.

Como se ha citado antes, la mayor parte de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) tienen su etiología en enfermedades cardiovasculares. Se calcula que la parada cardíaca súbita (PCS) es la responsable de casi un millón de muertes en Europa, con un 82% de ellas producidas en ambientes extrahospitalarios ⁽⁷⁾.

La parada cardíaca súbita (PCS) se produce fundamentalmente por fibrilación ventricular (FV), lo que se traduce como la incapacidad miocárdica de bombear sangre o lo que es lo mismo en una polarización y despolarización rápida y caótica ^(7,10). Los síntomas de alarma frente a esta patología son opresión o dolor en el pecho y sensación de mareo o falta de aire ⁽⁷⁾.

La persona que proporciona primeros auxilios debe tener los conocimientos básicos y elementales, para reconocer y actuar ante situaciones que revistan carácter de emergencia, así como de activar paralelamente los servicios médicos sanitarios de emergencias ^(10,11). La aplicación de los primeros auxilios no se basa únicamente en el ámbito científico; sino que también está muy influenciado por el ámbito legal de cada país, estado o incluso provincia ⁽¹⁰⁾.

Según el consejo de resucitación europea (ERC) los primeros auxilios se definen como, las conductas de ayuda y cuidados iniciales que se proporcionan ante una enfermedad o lesión aguda, pudiendo ser iniciados por cualquiera en cualquier situación con el objetivo de preservar la vida, aliviar el sufrimiento, prevenir una enfermedad o lesión ulteriores y promover la recuperación ⁽¹⁴⁾.

La atención sanitaria que proporciona primeros auxilios, comprende todo tipo de accidentes laborales y domiciliarios, como pueden ser desde caídas, contusiones, hemorragias, quemaduras, paradas cardiorrespiratorias, fracturas, pérdida de consciencia, anafilaxis hasta lesiones oculares por cuerpos extraños ^(11,14). Este trabajo se centra en los primeros auxilios frente a una parada cardiorrespiratoria y dentro de ellos específicamente en el soporte vital básico (SVB).

La manera adecuada de responder ante dichas situaciones es activando la cadena de supervivencia; debido a que jerarquiza en cuatro eslabones lineales los pasos necesarios para llevar a cabo una resucitación cardiopulmonar exitosa ⁽¹⁴⁾. El reanimador lego o población no sanitaria formada, sólo debe conocer y realizar los tres primeros eslabones, es decir, el SVB, el cual conlleva: soporte de vía aérea, respiración y circulación únicamente con dispositivos de protección (sin instrumentos) y utilización del DESA ⁽¹⁴⁾.



Ilustración 2. Cadena de Supervivencia

Fuente: <http://signosvital20.com/analisis-de-las-nuevas-guias-aha-y-erc-2015-la-cadena-de-supervivencia/>



Ilustración 1. Interacciones entre el operador telefónico, el testigo y el uso del DESA

Fuente: <https://aprendeasalvarvidas.wordpress.com/2015/10/15/recomendaciones-erc-2015-soporte-vital-basico-desa/>

El primer eslabón de la cadena de supervivencia corresponde al reconocimiento precoz y activación del sistema de emergencias. Reconocer una parada cardíaca resulta complicado tanto para los testigos como para el operador telefónico de emergencias. Lo primero que se debe realizar es garantizar la seguridad tanto del reanimador como de la víctima y de cualquier testigo ⁽¹⁴⁾. Los síntomas y signos de alarma para reconocer una PCR son; ausencia de respuesta a preguntas realizadas con un tono de voz alta, como por ejemplo: *¿Se encuentra usted bien?* o *¿Cómo se encuentra?*, así como la falta de respuesta al movimiento suave y la respiración agónica ⁽¹⁴⁾. Ésta última se encuentra presente hasta en un 40% de las víctimas en los primeros minutos de parada cardiorrespiratoria ⁽¹⁴⁾.

Sin embargo, hoy en día está demostrado que la comprobación de los pulsos centrales y periféricos, no resulta ser un método exacto para diagnosticar una parada cardiorrespiratoria ⁽¹⁴⁾.

Para examinar la ausencia de la respiración, se procede a abrir la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón ⁽¹⁴⁾. Ésta maniobra consiste en colocar una mano en la frente y las yemas de los dedos corazón e índice de la otra mano debajo del mentón realizando una extensión hacia atrás. A continuación hay que “ver, oír y sentir” si la víctima tiene o no respiración durante un tiempo no superior a diez segundos ⁽¹⁴⁾. No se debe confundir una respiración normal con una respiración agónica, ya que ésta presenta boqueadas infrecuentes, lentas y ruidosas. En caso de duda en cuanto a la respiración si es normal o no; se actúa como si el paciente no respirara ⁽¹⁴⁾.

A continuación se debe llamar al número telefónico de emergencias; que a nivel europeo es el 112, pudiendo llamar desde fijo o móvil debido a que la llamada es gratuita ^(10,11,14). El operador telefónico de emergencias tiene un papel clave a la hora de; reconocer si el paciente está o no en parada, de proporcionar las instrucciones detalladas a seguir para comenzar lo más precoz la RCP ⁽¹⁵⁾ y de mostrar la localización más cercana de un DESA ^(10,14). Así mismo también proporciona instrucciones de RCP sólo con masaje cardíaco en víctimas adultas ⁽¹⁵⁾, mientras que si la víctima es un niño suministra instrucciones de ventilaciones y compresiones torácicas ^(10,14). Con estas medidas, se puede llegar a reducir el número de paradas cardíacas no identificadas ⁽¹⁵⁾.

El segundo eslabón corresponde con la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) precoz de alta calidad por los testigos. Según la Universidad de La Rioja, la parada cardiorrespiratoria se define como una interrupción inesperada, repentina y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontánea ⁽¹¹⁾, permaneciendo la sangre oxigenada unos minutos en el sistema arterial y pulmonar ⁽¹⁴⁾. Por esta razón el primer paso a realizar por los reanimadores legos es el inicio inmediato de las compresiones torácicas, las cuales aumentan la presión intratorácica comprimiendo el miocardio y suministrando oxígeno tanto al cerebro como al propio corazón, duplicando o cuadruplicando la supervivencia de los pacientes ⁽¹⁰⁾.

Para suministrar compresiones de alta calidad es importante conocer la profundidad, frecuencia y colocación correcta tanto de la víctima como del reanimador ⁽¹⁴⁾. En primer lugar la víctima debe estar en decúbito supino sobre una superficie rígida y plana ⁽¹⁴⁾.

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

A continuación el reanimador lego debe colocar adecuadamente el talón de una mano en los dos tercios inferiores del esternón y situar la palma de la otra mano por encima entrelazando los dedos ⁽¹⁴⁾.

El reanimador lego debe colocarse verticalmente sobre el tórax de la víctima con los brazos completamente rectos y, realizar compresiones torácicas con una profundidad aproximadamente de unos 4,5 a 5,5 cm ya que se relacionan con unas tasas de supervivencia mejores, sin sobrepasar los 6 cm ^(10,11,14). La mayor parte de los resultados que se obtienen en los dispositivos de retroalimentación de la RCP, indican que las compresiones que se realizan tienden a ser más superficiales que profundas ⁽¹⁰⁾. También se relacionan frecuencias de 100 a 120 compresiones cardíacas por minuto con índices elevados de supervivencia, permitiendo después de cada una de ellas la completa reexpansión del tórax para facilitar el retorno venoso, aumentar la calidad de cada compresión y disminuir el tiempo entre ellas ^(10,11,14).

Los reanimadores formados en RCP, deben proporcionar compresiones torácicas junto con ventilaciones de rescate de un segundo de duración y de un volumen aproximadamente de 500 a 600 ml (6-7 ml/Kg) asegurándose en todo momento de la elevación visible del tórax ⁽¹⁴⁾. Para ello se realiza la maniobra frente-mentón, pinzando la parte blanda de la nariz con el dedo índice y pulgar y sellando los labios con los de la víctima espirando profundamente durante 1 a 2 segundos ⁽¹¹⁾.

Aún no se ha demostrado la equivalencia de RCP sólo con compresiones torácicas como para cambiar la práctica actual; por lo que se recomienda realizan compresiones torácicas y ventilaciones de rescate en relación 30:2 ^(14,15), con la frecuencia anteriormente citada ^(14,15). Cada dos minutos se debe parar de realizar compresiones torácicas y comprobar si se ha reanudado el ritmo cardíaco ⁽¹⁴⁾. Realizar RCP en personas que finalmente no estaban en parada cardíaca no supone daños colaterales ⁽¹⁴⁾.

El tercer eslabón corresponde con la desfibrilación precoz mediante la utilización de Desfibriladores Externos Semiautomáticos (DESA). La ventaja que aportan los DESA es la rapidez de producir una desfibrilación con antelación a la llegada de los profesionales sanitarios ⁽¹⁴⁾. Usar un DESA en los tres a cinco primeros minutos de una PCR, supone un aumento de supervivencia del 50 al 75% ^(10,14).

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

Su uso está indicado tanto en adultos como en niños mayores de ocho años; en el caso de que sean menores de dicha edad, se debe de utilizar parches pediátricos con atenuador o programar el DESA en modo pediátrico en caso de que sea posible ⁽¹⁴⁾.

Los reanimadores lego deben realizar en todo momento compresiones torácicas hasta que se aporte a la situación un DESA ^(10,14). En ese mismo momento se debe encender y aplicar los dos electrodos (anterior y lateral) como vienen indicado en los dibujos; el parche anterior se coloca en la parte derecha del tórax a nivel infraclavicular, mientras que el parche lateral se coloca en la línea media axilar izquierda en posición vertical ⁽¹⁴⁾.

En caso de que solo hubiera un reanimador, éste dejará de realizar RCP para colocar los parches y encender el DESA ⁽¹⁴⁾; una vez colocados seguirá con la RCP escuchando simultáneamente las instrucciones de voz que proporciona el desfibrilador. Sin embargo si hay dos reanimadores, uno de ellos es el encargado de colocar los parches y encender el DESA, mientras que el otro reanimador continúa con el masaje cardiaco ⁽¹⁴⁾. No se puede tocar a la víctima ni cuando el DESA analiza el ritmo ni cuando se aprieta el botón para iniciar la descarga; dejando de realizar masaje cardiaco en estas dos situaciones ⁽¹⁴⁾. Una vez aplicada la descarga, reiniciar de inmediato la RCP continuando con las instrucciones sonoras del DESA ⁽¹⁴⁾. El Comité Internacional de Unificación en Resucitación (ILCOR) ha diseñado un símbolo de reconocimiento sencillo del DESA para toda la población ⁽¹⁴⁾.



Ilustración 3. Símbolo DEA diseño de ILCOR

Fuente: <https://cardioguard.es/2017/07/03/la-senal-de-dea/>

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

Para finalizar, el cuarto eslabón corresponde con el Soporte Vital Avanzado (SVA) precoz y cuidados postresucitación estandarizados. Dicho eslabón es competencia de los profesionales sanitarios, por lo tanto el reanimador lego no debe conocerlo. A este eslabón pertenece el manejo eficaz de la vía aérea y a la administración de fármacos ⁽¹⁴⁾.

A nivel autonómico, Castilla y León regula el uso de los DESA por la consejería de Sanidad mediante dos decretos; *Decreto 9/2008, de 31 de enero, por el que se regula el uso de los desfibriladores externos automáticos por personal no sanitario de Castilla y León*. El artículo 6.- *Requisitos para el uso de los DESA* estipula que: puede hacer uso del DESA el personal no sanitario que ha sido formado debidamente, autorizado por el artículo 13 de dicho decreto e inscrito en el Registro relativo al uso del DESA por personal no sanitario de Castilla y León ⁽¹⁶⁾.

El artículo 13.- *Autorización para el uso de los DESA* de dicho Decreto estipula que: el personal no sanitario una vez ha concluido el periodo de formación y desee hacer uso del DESA, deberá de solicitar a la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación su autorización y registro, acompañado de la solicitud de inscripción, copias compulsadas del DNI y la verificación del curso realizado, además del certificado otorgado por la empresa formadora ⁽¹⁶⁾.

Pero con el artículo 2 del *Decreto 2/2018, de 1 de febrero, por el que se modifican diversos Decretos en materia de ordenación sanitaria para la reducción de cargas administrativas* modifica el artículo 6. *Requisitos para el uso de los DESA por personal no sanitario* anteriormente citado queda redactado en los siguientes términos: las empresas formadoras deben estar debidamente autorizadas para impartir dicha formación. Además en el Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, se establece las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad para el uso de los DESAS en el ámbito extrahospitalario ⁽¹⁷⁾.

La RCP, así como la utilización del DESA no se deben interrumpir hasta que acuda ayuda sanitaria, el reanimador se agote y la víctima se mueva, abra los ojos y/o respire con normalidad, es decir, se despierte ⁽¹⁴⁾. Pero ante la ausencia de dichos síntomas se presenta el dilema moral de continuar con la RCP o cesar las maniobras de resucitación. En los casos de PCEH, la duración de la RCP se estima en no sobrepasar los treinta minutos, en casos de asistolia y ausencia de causa reversible, siendo esta decisión más complicada de tomar ya que se desconocen los antecedentes de la víctima ⁽¹⁸⁾.

6. RESULTADOS

En primer lugar, la encuesta fue realizada por cincuenta y siete personas; de las cuales un 52,6% corresponde a varones, mientras que un 47,4% corresponde a mujeres.

La tabla siguiente contiene la distribución de las respuestas afirmativas observada en las 10 preguntas y la distribución de la NOTA (obtenida con las respuestas a las últimas 8 preguntas). Para cada uno de los porcentajes muestrales aparece el correspondiente intervalo de confianza al 95% para el porcentaje poblacional.

Tabla 1. Frecuencias Observadas en las preguntas realizadas

Pregunta	Nº	%	IC95%	IC95%
P1- Realización Curso Primeros Auxilios	22	38.6	26	52.43
P2-Interés por Aprender	47	82.46	70.09	91.25
P3- Soporte Vital Básico	28	49.12	35.63	62.71
P4- PCR	45	78.95	66.11	88.62
P5- Masaje Cardíaco	38	66.67	52.94	78.6
P6- Nº Compresiones Torácicas	20	35.09	22.91	48.87
P7- “Boca a Boca”	42	73.68	60.34	84.46
P8- Conocer DESA	48	84.21	72.13	92.52
P9- Usar DESA	9	15.79	7.48	27.87
P10- Necesario Población Formada	54	94.74	85.38	98.9

Fuente: Elaboración Propia

El haber realizado cursos de primeros auxilios apareció relacionado con el nivel de estudios ($p=0.002$) y con estar laboralmente activo ($p<0.001$). El mostrar interés por realizar cursos de primeros auxilios apareció relacionado con el nivel de estudios ($p=0.004$) y con estar laboralmente activo ($p=0.01$). No se observó relación entre el haber realizado cursos o el mostrar interés y la edad y el sexo.

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

La siguiente gráfica muestra la relación entre estar laboralmente activo y haber realizado cursos de primeros auxilios; con un 38.6% [IC 95% (26, 52.43%)] del total de los encuestados que sí lo han realizado.

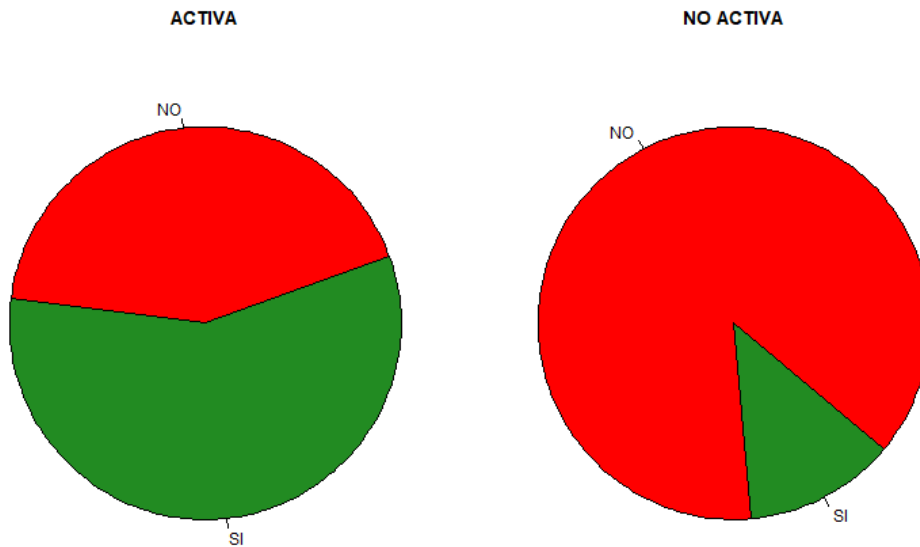


Ilustración 4. Relación entre el estado laboral y formación en primeros auxilios.

Fuente: Elaboración Propia

La siguiente gráfica muestra la relación entre el nivel de estudios y mostrar interés por cursos de primeros auxilios; con un 82.46% [IC 95% (70.09, 91.25%)] del total de los encuestados que tienen interés.

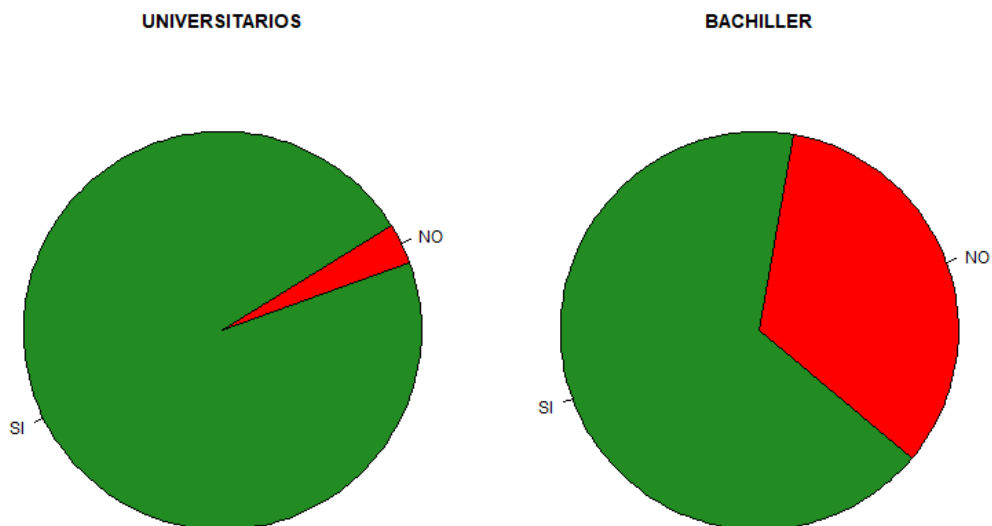


Ilustración 5. Relación entre el interés y el nivel de estudios

Fuente: Elaboración Propia

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

La puntuación correspondiente a resumir las preguntas de la 3 a la 10, en una escala de 0 a 10 puntos, se distribuyó en torno a 6.2 [± 2.4 IC95% (5.6, 6.9)]. La puntuación obtenida apareció relacionada con el nivel de estudios ($p < 0.001$) y con la situación laboral ($p = 0.003$). Los siguientes diagramas de sectores y de cajas ilustran estas relaciones. No apareció relación estadísticamente significativa de la puntuación con la edad y el sexo.

Tabla 2. Puntuación Encuesta

		Nº	%	IC95%	IC95%
NOTA	SUSP	11	19.3	10.05	31.91
NOTA	APROB	22	38.6	26	52.43
NOTA	NOTAB	17	29.82	18.43	43.4
NOTA	SOBRES	7	12.28	5.08	23.68

Fuente: Elaboración Propia

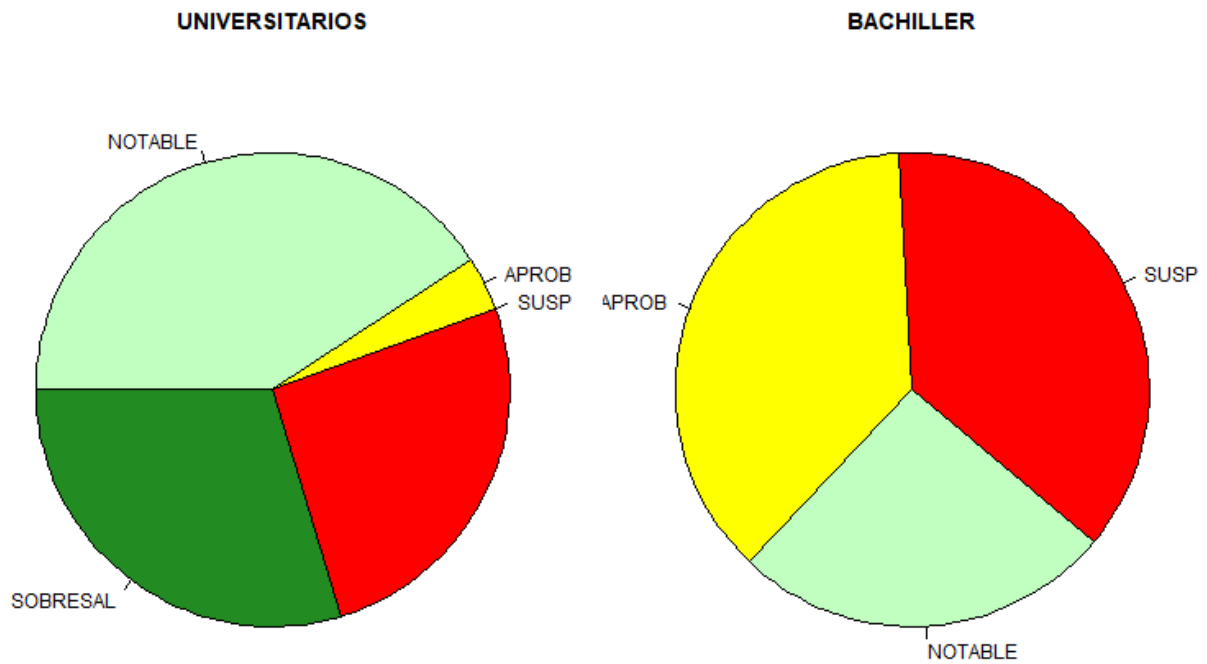


Ilustración 6. Puntuación en función del nivel de estudios

Fuente: Elaboración Propia

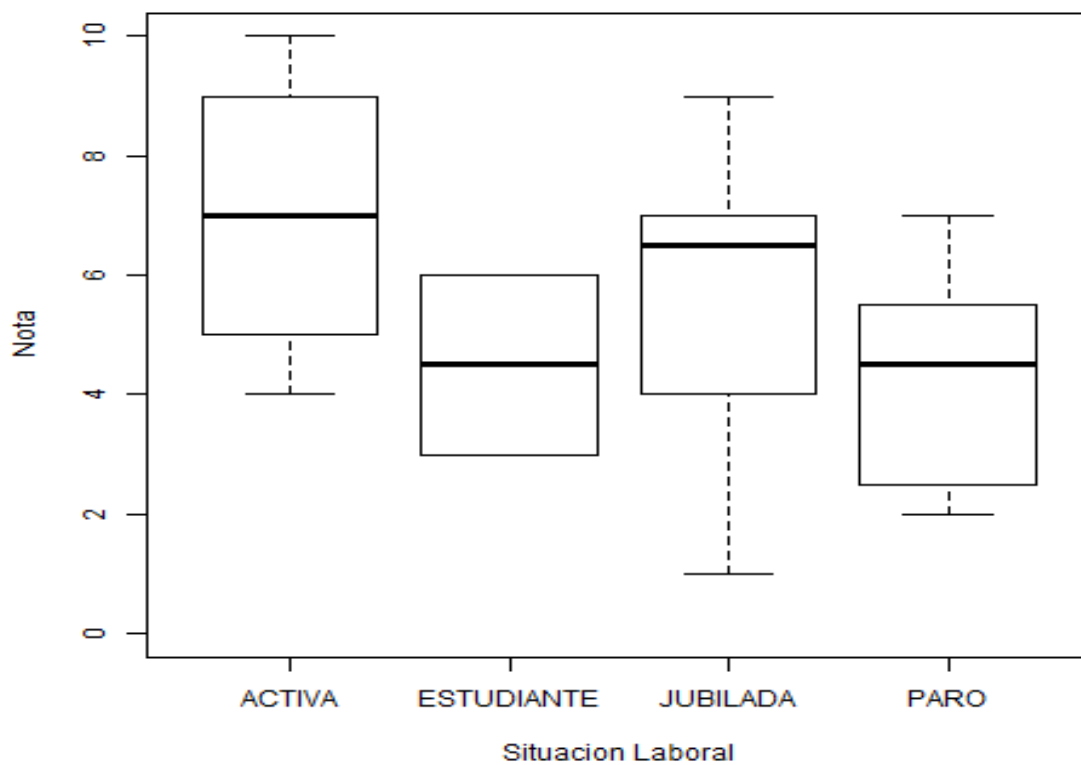


Ilustración 7. Puntuación en función de la situación laboral

Fuente: Elaboración Propia

7. DISCUSIÓN

La gran mayoría de paradas cardiorrespiratorias se producen en lugares extrahospitalarios como los domicilios o lugares públicos, en los cuales no se encuentran presente personal sanitario para dirigir de forma estructurada y con calma la situación ⁽⁹⁾; si no que se encuentran testigos/individuos que como se ha comprobado en este trabajo un 61.4% de ellos, carece de formación en primeros auxilios, especialmente en soporte vital básico, el cual es clave para garantizar mayor probabilidad de sobrevivir.

Además según afirma la FEC; más de la mitad de la población no sabe reconocer una parada cardiorrespiratoria, y lo que es más alarmante, más del 70% de la población no sabría ni actuar ni llevar a cabo las compresiones torácicas junto con la utilización del desfibrilador semiautomático ⁽⁹⁾.

Cabe resaltar que *“El derecho a la vida, la salud y la integridad física es un deber que todos tenemos obligación de proteger”* según cita la Universidad de La Rioja ⁽¹¹⁾, por esta razón cuando se presencia una parada cardiorrespiratoria, todo ciudadano tiene la obligación legal de socorrer a la víctima.

Para ello, los testigos tienen que realizar de la forma más precoz la cadena de supervivencia, y especialmente el soporte vital básico, ya que éste está indicado ser realizado cualquier individuo formado que no sea personal sanitario ⁽¹⁴⁾; de forma que cuando llegue la asistencia profesional, el paciente haya sido atendido de la forma más básica.

Por lo tanto, y en relación con lo anteriormente citado, los datos que se han obtenido en este trabajo, tienen bastante concordancia con los publicados por la Fundación Española del Corazón como:

- La población desconoce el número de compresiones que se deben realizar.
- Proporcionan compresiones torácicas superficiales.
- Escasos conocimientos en formación de soporte vital básico y en la utilización de DESA.

Además cabe añadir, que no se han encontrado información relacionada con el grado de formación en soporte vital básico y datos socioeconómicos. Aunque el presente trabajo sí que se han encontrado diferencias significativas relacionadas.

7.1 Limitaciones

- El tamaño muestral no ha sido muy elevado, debido a que resultó complejo completar las encuestas. La mayor parte de la población no mostró participación suficiente, como para llegar a una muestra representativa.
- Un mayor tamaño muestral, podría haber permitido identificar mayor número de diferencias entre colectivos determinados por variables sociodemográficas.
- En cuanto a la búsqueda de información de encuestas ya realizadas, para comprobar el grado de conocimientos que presenta la población adulta en primeros auxilios, resultó laborioso, a razón de que la mayoría de las encuestas son para personal sanitario o profesorado instruido en institutos y colegios y no de uso público.

7.2 Fortalezas

El tamaño muestral elegido ha permitido identificar carencias en formación en cursos de primeros auxilios, número de compresiones torácicas a proporcionar, conocimiento del SVB y utilización del DESA.

Además el presente trabajo puede ser aplicable a otras poblaciones, que compartan semejanzas con las características de la muestra del Barrio de la “Rondilla” anteriormente descritas, de modo que se puede conocer su nivel de formación a cerca de los primeros auxilios. En este sentido, tras este estudio, gracia a la aplicación de los intervalos de confianza al 95%, conocemos que como mucho un 28% de la población adulta sabe manejar un DESA; siendo éste un porcentaje elevado que conviene reducir.

7.3 Aplicación en la práctica clínica

Esta investigación adquiere relevancia tanto para el sistema regional de salud de cada comunidad autónoma, como para el ámbito sanitario así como para la práctica clínica de enfermería, debido a que nosotros somos los que educamos en salud a la comunidad.

Haber identificado carencias en la formación de la población resulta significativo, puesto que permite al personal de enfermería encaminar sus actividades a diseñar cursos de primeros auxilios, reforzando los aspectos que presentan mayor carencia.

Asimismo conocer la disponibilidad de los individuos a recibir cursos, permitirá mayor facilidad de población para poder realizarlos, así como una mejor planificación para el personal de enfermería para prepararlos.

7.4 Futuras líneas de investigación

Se puede proponer, como futura investigación, la realización de un estudio para comprobar el grado de adquisición de los conocimientos por parte de los reanimadores lego pasado un periodo de tiempo de un año. Gracias a ello, se puede comprobar la frecuencia con la que se debería repetir los cursos para continuar formado, así como los aspectos a enfatizar.

Por lo tanto como he mencionado antes; considero como una alternativa favorable, la implicación sanitaria especialmente en los centros de salud, para la educación y formación de los reanimadores lego; del mismo modo que la concienciación de la importancia en la prevención de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

8. CONCLUSIONES

- Se ha realizado una encuesta validada a cerca del conocimiento de la población respecto a los primeros auxilios. En ella, se ha comprobado que existen variaciones en función del grado de estudios y situación laboral. Por ello se ha concluido los datos anteriormente expuestos.
- A nivel general, un porcentaje bajo (38.6%) de individuos ha realizado cursos de soporte vital básico, habiendo un porcentaje elevado (82.46%) de la población interesada en recibirlos.
- El nivel de conocimientos de soporte vital básico manifestado por individuos de población general no es muy elevado, mostrando importantes carencias en el manejo del DESA, proporcionar masaje cardiaco y número de compresiones torácicas
- La carencia de estudios universitarios y no estar activo laboralmente apareció como factores relacionados con el nivel de conocimientos de soporte vital básico más bajo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. Hechos Clave. 2017. [citada 2018 Enero 8. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Gobierno de la Rioja. Enfermedades Cardiovasculares - ¿Cuáles son los factores de riesgo? [Internet]. p. 2. [citada 2018 Enero 10. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/problemas-de-salud/23-enfermedades-cardiovasculares?showall=&start=1>
3. Fundación Española del Corazón. La mortalidad cardiovascular en 2016 [Internet]. Mortalidad Cardiovascular en España. 2018. [citada 2018 Enero 10. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/>
4. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2017;31–3.[citada 2018 Enero 12. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INSINTROD6.pdf>
5. Fundación Española del Corazón SE de CaFMF procnic. La guía práctica para la salud cardiovascular de la mujer. Campaña para la prevención del infarto en las mujeres [Internet]. 2016;11-16–7. [citada 2018 Enero 15. Disponible en: <https://www.mujeresporelcorazon.org/wp-content/uploads/2017/10/guia-mujeres-por-el-corazon-v2.pdf>
6. Portal de Salud Castilla y León - Consejería de Sanidad de la junta de Castilla y León. Causas de una parada cardiorrespiratoria [Internet]. Parada cardiorrespiratoria en el adulto. 2018. p. 1. [citada 2018 Enero 20. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es>
7. European Resuscitation Council (ERC). GUÍA DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DEA EDICIÓN 2016. 2016. 1 p. [citada 2018 Enero 27.
8. Messa JBL. ¿ Está la población española sensibilizada y capacitada para actuar ante la parada cardíaca? Is the Spanish population aware and capable of acting in response to cardiac arrest? 2016;40(2):73–4. [citada 2018 Enero 29. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/>
9. Fundación Española del Corazon. RCP - Aprende a salvar una vida con reanimación cardiopulmonar [Internet]. Reanimación Cardiopulmonar. 2017. [citada 2018 Febrero 2. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/actualidad/otras/salvar-una-vida.html>
10. Aspectos Destacados de la actualización de las Guías de la AHA para RCP y ACE de 2015. Am Hear Assoc [Internet]. 2015;4–10. [citada 2018 Febrero 2. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>

Conocimientos del Soporte Vital Básico (SVB) en el barrio de la “Rondilla”

11. Universidad de la Rioja. Primeros auxilios Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Ref Norm [Internet]. 2017;2. [citada 2018 Febrero 5. Disponible en: https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf
12. Martínez O. Centro Cívico Rondilla. Estud sobre la Real sociocomunitaria los barrios Valladolid en 2016 a través los Centros Cvicos [Internet]. 2016;4. [citada 2018 Febrero 7. Disponible en: <file:///C:/users/usuario 1/downloads/estudio sobre la realidad sociocomunitaria de los barrios del Ámbito de actuación del cc rondilla.pdf>
13. Cruz Roja. Historia de Cruz Roja [Internet]. Evolución del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la media luna Roja. 2018. p. 1–2. [citada 2018 Febrero 10. Disponible en: <http://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/nuestra-historia>
14. Monsieurs K. EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Resuscitation [Internet]. 2015; [citada 2018 Febrero 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
15. Association AH. Resumen de los aspectos clave y los principales cambios realizados. Asp Destacados [Internet]. 2017;1. [citada 2018 Febrero 15. Disponible en: https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates_Highlights_ESXM.pdf
16. Sanidad C de. Boletín Oficial de Castilla y León I . COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN Boletín Oficial de Castilla y León. Decreto 9/2008, 31 enero, por el que se regula el uso los desfibriladores externos semiautomáticos por Pers no Sanit [Internet]. 2008;25:1–2. [citada 2018 Febrero20. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario 1/Downloads/DECRETO 9_2008_DE 31 DE ENERO \(5\).pdf](file:///C:/Users/Usuario 1/Downloads/DECRETO 9_2008_DE 31 DE ENERO (5).pdf)
17. Aguado AMS, Campo JVH. Boletín Oficial de Castilla y León I . COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN Boletín Oficial de Castilla y León. Decreto 2/2018, 1 febrero, por el que se Modif Divers Decretos en Mater Ord Sanit para la reducción cargas Adm [Internet]. 2017;25:3668–9. [citada 2018 Febrero 20. Disponible en: <http://bocyl.jcyl.es/>
18. López-Messa JB. ¿Cuál debe ser la duración apropiada de los intentos de resucitación cardiopulmonar? Med Intensiva [Internet]. 2016;3.[citada Febrero 2018 27. Disponible en: http://www.cercp.org/images/stories/recursos/articulos_docs_interes/duración_apropiada_intentos_rcp.pdf

11. ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN RESPECTO A LOS PRIMEROS AUXILIOS

Hola, soy Gloria Garrido Carrasco, estudiante de 4º de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Este cuestionario forma parte de la realización de mi trabajo de fin grado (TFG). Dicho trabajo tiene como fin comprobar el grado de conocimiento de la población adulta en el campo de los primeros auxilios, concretamente en el soporte vital básico.

La encuesta que va a realizar a continuación es anónima, por ello se ruega que contesten con la mayor sinceridad. Es importante este hecho para mí, ya que es la clave de poder conocer la situación actual del tema. Para completar la encuesta, lea con atención las preguntas y responda con un aspa (X). Si no quisiera responder a una o más preguntas están en su derecho de no hacerlo.

ENCUESTA

Género: Femenino Masculino

Edad: _____ años

Situación Laboral: _____

Nivel de Estudios: _____

1 ¿Ha realizado algún curso de Primeros auxilios?

No Sí

2- ¿Tiene interés por aprender primeros auxilios?

No Sí

3- ¿Sabe usted lo que es el soporte vital básico?

No Sí

4- **¿Sabe usted lo que es una parada cardiorrespiratoria?**

No

Si

5- **¿Cree usted que lo primero que se debe realizar si esta en presencia de una parada, es el masaje cardiaco?**

No

Si

6- **¿Sabe cuántas compresiones torácicas hay que realizar en una parada?**

No

Sí

7- **¿Sabría usted como realizar "boca a boca"?**

No

Sí

8- **¿Sabe usted lo que es un Desfibrilador?**

No

Sí

9- **¿Sabría usar un Desfibrilador?**

No

Sí

10- **¿Cree usted que es necesario que la población tenga conocimientos sobre los primeros auxilios?**

No

Sí

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTA ENCUESTA! Le agradezco el tiempo y esfuerzo que ha invertido para completar el cuestionario y contribuir a la formación universitaria.

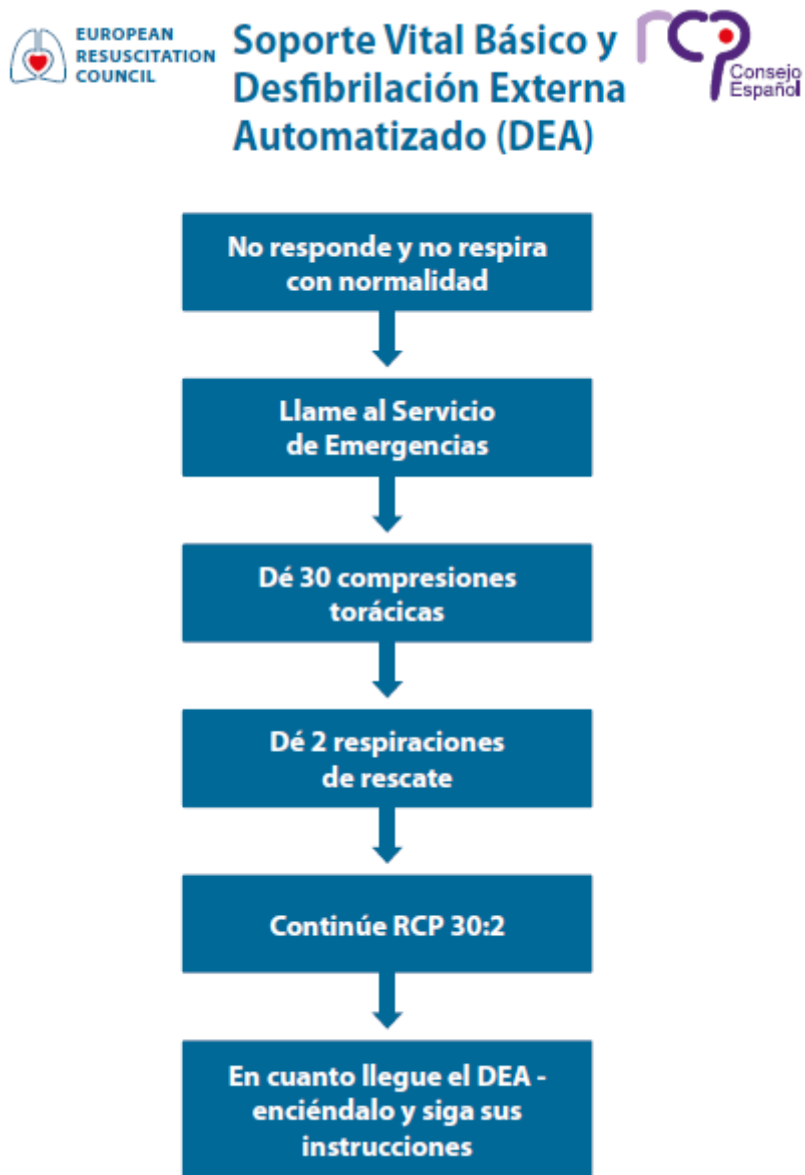


Ilustración 8. Algoritmo de SVB y uso del DESA

Fuente: <http://signosvital20.com/analisis-de-las-nuevas-guias-aha-y-erc-2015-soporte-vital-basico-y-dea-en-el-adulto/>

Qué hacer cuando una persona no respira

¿Qué es el masaje cardiaco?

El masaje cardiaco es aquel que hacemos a una persona cuando cae al suelo inconsciente y vemos que no respira. También conocido como **RCP (Reanimación Cardiopulmonar)**.



¡Has iniciado la Cadena de Supervivencia!

Son los pasos a seguir en caso de encontramos con una persona inconsciente que no respira ni tiene pulso (posible parada cardíaca) y son muy importantes para ayudar a salvar vidas.



¡Continúa con estos cuatro pasos!

2 Así se hace el masaje cardiaco

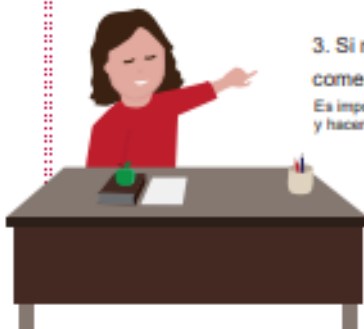
1. Preguntar si se encuentra bien. Si no responde comprobar si respira o no y tocar su hombro



2. Movemos su cabeza hacia atrás y abrimos su boca



3. Si no respira, cortamos su ropa y comenzamos el **masaje cardiaco**. Es importante mantener los brazos estirados y hacer fuerza hacia abajo.



3 ...y no te olvides de ¡pedir un desfibrilador!

Son unos aparatos que ayudan a que el corazón vuelva a latir. Una vez hemos comenzado a hacer el masaje cardiaco, **abrimos el desfibrilador** y **colocamos los parches** sobre el pecho de la persona, tal y como sale en el dibujo del desfibrilador. ¡El desfibrilador te irá diciendo lo que hacer!



4 Llega la ambulancia

Por último, seguimos haciendo lo que nos diga el desfibrilador hasta que llegue la ambulancia

¡Lo has hecho genial!



Con la colaboración de:

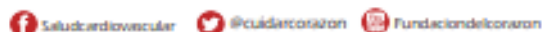


Ilustración 9. Pasos a seguir en presencia de una PCR según la FEC

Fuente: <http://www.fundaciondelcorazon.com/>



CONTROLA TU RIESGO

Controla tu riesgo*: reanimación (RCP)

SALVAR **1** VIDA

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Puedes salvar una vida con unos simples pasos



Ilustración 10. Cadena de supervivencia

Fuente: <http://www.fundaciondelcorazon.com/>

Cadenas de supervivencia en los paros cardíacos intrahospitalarios y los paros cardíacos extrahospitalarios

PCIH



PCEH



Ilustración 11. Cadena de supervivencia en función del lugar de la parada; PCIH o PCEH

Fuente: <http://signosvital20.com/analisis-de-las-nuevas-guias-aha-y-erc-2015-la-cadena-de-supervivencia/>