



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Odontología**

**Escuela Profesional de Odontología**

**Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para  
adultos de los estudiantes de odontología de una  
universidad pública. Lima – Perú 2025**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

**AUTOR**

Alexis Mauricio BENITES MUÑOZ

**ASESOR**

Mg. Eliberto RUIZ RAMÍREZ

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Benites A. Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos de los estudiantes de odontología de una universidad pública. Lima – Perú 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2026.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Alexis Mauricio Benites Muñoz
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71395683
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0001-7648-6444">https://orcid.org/0009-0001-7648-6444</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Eliberto Ruiz Ramírez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	43493292
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5340-7168">https://orcid.org/0000-0002-5340-7168</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Dr. Carlos Humberto Campodónico Reátegui
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08843638
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Dr. Elías Ernesto Aguirre Siancas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10179548

<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Eliberto Ruiz Ramírez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	43493292
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Latitud: -12.054247 Longitud: -77.085991
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2024 - 2025
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14</a>



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú. Decana de América  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL

## A C T A DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL N.º 002/FO-EPO/2026

Los Docentes que suscriben, reunidos el 09 de enero de 2026 en la ciudad de Lima, siendo las 11:00 horas, por encargo de la Señora Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller:

**ALEXIS MAURICIO BENITES MUÑOZ**

### CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis «NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA. LIMA – PERÚ 2025» y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

..... SOBRESALIENTE .....

(escala)

Siendo calificado con un promedio de: Dieciocho ..... 18 .....  
(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los nueve días del mes de enero del año dos mil veintiséis.

**PRESIDENTE DEL JURADO**

**MIEMBRO SECRETARIO**

.....  
**Dr. Carlos Humberto Campodónico Reátegui**

.....  
**Dr. Elías Ernesto Aguirre Siancas**

**MIEMBRO VOCAL (ASESOR)**

.....  
**Mg. Eliberto Ruiz Ramírez**

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:  
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 o menos)  
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.



## Anexo 1

### CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Eliberto Ruiz Ramírez** en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la EPO N.º **00005-FO-EPO-2026** de la tesis cuyo título es: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA. LIMA – PERÚ 2025”**,

presentado por el bachiller **BENITES MUÑOZ ALEXIS MAURICIO** para optar el título profesional de Cirujano Dentista.

**CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **19%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional correspondiente.

Lima, 06 de diciembre de 2025

Firma del Asesor:

Nombres y Apellidos del asesor: **ELIBERTO RUIZ RAMÍREZ**

DNI: 43493292

\* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

*La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.*

## **DEDICATORIA**

A mi familia, José, Teresa, y Albert que han sido mi principal motivación y son quienes me han brindado un apoyo inmensurable durante mi vida universitaria.

A Mireylla y Abigail por acompañarme y apoyarme durante el desarrollo de este proyecto de investigación.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, por ser mi ejemplo más grande de perseverancia y esfuerzo. Gracias por haberme inculcado valores que hoy guían mi vida, por celebrar cada logro y por darme la fortaleza necesaria en los momentos más difíciles. Este trabajo es también fruto de su apoyo incondicional y de su compañía en cada meta que me propongo.

Al Mg. Eliberto Ruiz Ramírez, mi asesor de tesis, por sus valiosos consejos y la disposición que mostró desde el inicio hasta la culminación de este proyecto.

A cada estudiante que participó voluntariamente en esta investigación, cuya colaboración hizo posible el desarrollo de este estudio.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por haberme acogido durante mi formación de pregrado, brindándome la oportunidad de aprender de excelentes profesionales, compartir experiencias con grandes compañeros y forjar recuerdos imborrables. Gracias por haber sido el espacio en el que he crecido como persona y como profesional.

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos de los estudiantes de Odontología de una universidad pública.

**Métodos:** Estudio descriptivo y transversal donde la muestra de estudio estuvo conformada por 140 estudiantes de ambos sexos y edades de 19 a 31 años, pertenecientes al cuarto, quinto y sexto año de estudios de la Facultad de Odontología de la UNMSM. **Resultados:** Se

obtiene como resultado que participaron 64 estudiantes de cuarto año, 46 de quinto año y 30 de sexto año, con un rango de edades de 19 a 31 años. El 62,9% (n = 88) fue de sexo femenino y el 37,1% (n = 52) de sexo masculino. El 10% de los participantes (n = 14) afirmó haber recibido capacitación previa en RCP, y el 2,9% (n=4) afirmó tener alguna otra profesión en salud. El 60,7% (n = 85) mostró un nivel de conocimiento "Malo" y un 36,4% (n = 51) "Regular", mientras un 2,9% (n = 4) alcanzó un nivel "Bueno". **Conclusiones:** El nivel de conocimientos sobre soporte vital básico de los estudiantes de la FO – UNMSM es “Malo”.

**Palabras clave:** Reanimación Cardiopulmonar - Conocimiento - Estudiantes de Odontología

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of the study was to determine the level of knowledge about adult basic life support among Dentistry students at a public university. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted with a sample of 140 students of both sexes, aged 19 to 31 years, from the fourth, fifth, and sixth academic years at the Faculty of Dentistry of UNMSM. **Results:** A total of 64 fourth-year students, 46 fifth-year students, and 30 sixth-year students participated, with ages ranging from 19 to 31 years. Of the participants, 62.9% (n = 88) were female and 37.1% (n = 52) were male. Ten percent (n = 14) reported having received prior CPR training, and 2.9% (n = 4) reported having another health-related profession. A total of 60.7% (n = 85) showed a “Poor” level of knowledge, 36.4% (n = 51) a “Fair” level, and 2.9% (n = 4) reached a “Good” level. **Conclusions:** The level of knowledge about basic life support among students of the Faculty of Dentistry at UNMSM is “Poor.”

**Keywords:** Cardiopulmonary Resuscitation – Knowledge - Students, Dental

## ÍNDICE

### Contenido

1.	INTRODUCCIÓN .....	9
2.	PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
2.1.	<b>Área del problema</b> .....	10
2.2.	<b>Delimitación</b> .....	10
2.3.	<b>Formulación del Problema</b> .....	11
2.4.	<b>Objetivos</b> .....	11
2.5.	<b>Justificación</b> .....	11
2.6.	<b>Limitaciones</b> .....	12
3.	MARCO TEÓRICO .....	12
3.1.	<b>Antecedentes</b> .....	12
3.2.	<b>Bases Teóricas</b> .....	19
3.3.	<b>Definición de términos:</b> .....	37
3.4.	<b>Hipótesis</b> .....	38
3.5.	<b>Operacionalización de variables</b> .....	39
4.	METODOLOGÍA .....	41
4.1.	<b>Tipo de Investigación</b> .....	41
4.2.	<b>Población y muestra</b> .....	41
4.3.	<b>Procedimientos y técnica</b> .....	42
4.4.	<b>Procesamiento de datos</b> .....	43
4.5.	<b>Análisis de Resultado</b> .....	44
5.	RESULTADOS .....	45
6.	DISCUSIÓN .....	50
7.	CONCLUSIONES .....	55
8.	RECOMENDACIONES .....	56
9.	BIBLIOGRAFÍA .....	57
	ANEXOS .....	61

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Año de estudios de los estudiantes de la FO – UNMSM.....	45
Tabla 2.	Sexo de los estudiantes de la FO – UNMSM.....	45
Tabla 3.	Edad de los estudiantes de la FO – UNMSM.....	45
Tabla 4.	Capacitación previa sobre RCP de los estudiantes de la FO – UNMSM .....	46
Tabla 5.	Otra profesión de salud de los estudiantes de la FO – UNMSM .....	46
Tabla 6.	Nivel de conocimiento sobre SVB para adultos de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios .....	47
Tabla 7.	Nivel de conocimiento sobre SVB para adultos de los estudiantes de la FO – UNMSM según sexo.....	47
Tabla 8.	Nivel de conocimiento sobre reconocimiento del paro cardíaco y activación de la respuesta a emergencias de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios.....	48
Tabla 9.	Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar de alta calidad de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios.....	49
Tabla 10.	Nivel de conocimiento sobre el uso del desfibrilador externo automático de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios.....	50

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	62
ANEXO 2.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63
ANEXO 3.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	65
ANEXO 4.	CADENA DE SUPERVIVENCIA.....	69
ANEXO 5.	PRUEBA DE KUDER RICHARDSON 20 (KR-20) .....	70
ANEXO 6.	APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNMSM .....	71
ANEXO 7.	AUTORIZACIÓN DE PASE A EJECUCIÓN .....	72

## 1. INTRODUCCIÓN

La atención odontológica no está exenta de la posibilidad de enfrentar situaciones de emergencia médica. Entre ellas, el paro cardiorrespiratorio constituye uno de los eventos más críticos, dado que implica la interrupción abrupta de la actividad circulatoria y respiratoria, comprometiendo de manera inmediata la vida del paciente. Aunque este tipo de emergencias se reportan con menor frecuencia en el ámbito odontológico en comparación con otros escenarios clínicos, su aparición inesperada puede generar consecuencias graves e incluso fatales si no se actúa con rapidez y eficacia. Por lo que resulta necesario que el odontólogo cuente con los conocimientos y habilidades necesarias para una intervención inicial adecuada. En este contexto, el soporte vital básico (SVB) que se define como el conjunto de maniobras iniciales destinadas a mantener la oxigenación y la circulación tras un paro cardiorrespiratorio; su correcta aplicación permite aumentar la probabilidad de supervivencia y disminuir las secuelas asociadas, lo que lo convierte en una competencia fundamental para todos los profesionales de la salud. A diferencia de otros procedimientos clínicos, la emergencia no puede ser diferida ni derivada, por lo que la respuesta inmediata del odontólogo resulta determinante. Es así como surge la necesidad de que los cirujanos dentistas y los futuros profesionales en formación adquieran conocimientos adecuados sobre SVB, garantizando así una actuación oportuna y efectiva en caso de presentarse una emergencia en el consultorio dental.

## **2. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Área del problema**

A nivel mundial, la incidencia del paro cardíaco extrahospitalario se estima entre 20 y 140 casos por cada 100,000 personas, y las tasas de supervivencia siguen siendo bajas, oscilando entre el 2% y el 11%, dependiendo de la región y la rapidez en la intervención (1,2). Frente a esta situación, la AHA establece en su libro “Guías del 2020 para la RCP y la ACE” la importancia del soporte vital básico (SVB) dentro de la “cadena de supervivencia”, subrayando que cada eslabón de dicha cadena, desde el reconocimiento temprano del paro cardíaco hasta la desfibrilación rápida, juega un papel crucial para salvar vidas. Sin embargo, a pesar de su probada efectividad, existe una deficiencia alarmante en el nivel de conocimiento sobre SVB entre los profesionales de la salud y la población general, lo que limita significativamente su implementación en situaciones críticas (3–6). De manera particular, en Perú, las enfermedades cardiovasculares ocupan el segundo lugar entre las causas de muerte, con más de 4,000 casos anuales de infarto agudo de miocardio y más de 2,000 fallecimientos solo en la ciudad de Lima (7,8). A pesar de la importancia de la intervención temprana, estudios recientes han evidenciado que el nivel de conocimiento y capacitación en SVB entre el personal de salud en el país, incluidos médicos, odontólogos, enfermeros y otros profesionales, es insuficiente, oscilando entre medio y bajo. Esta brecha en la formación limita la capacidad de respuesta ante emergencias cardiovasculares, lo que se traduce en tasas de supervivencia bajas y un alto riesgo de mortalidad en casos de paro cardíaco (9).

### **2.2. Delimitación**

El nivel de conocimiento sobre SVB de los estudiantes de odontología debe estar presente como parte de su formación integral. Para así contar con las competencias necesarias para el manejo de situaciones de emergencia médica. La adquisición de

estas competencias generará en los profesionales una mayor predisposición y confianza para intervenir tempranamente en situaciones de emergencia y mejora así el acceso del paciente a la atención médica prehospitalaria y sus probabilidades de supervivencia. (10,11)

### **2.3. Formulación del Problema**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos de los estudiantes de odontología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2025?

### **2.4. Objetivos**

#### **2.4.1. Objetivos Generales**

- Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos de los estudiantes de Odontología de una universidad pública.

#### **2.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento sobre el reconocimiento del paro cardíaco y activación de la respuesta a emergencias.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre la reanimación cardiopulmonar de alta calidad.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre el uso del desfibrilador externo automático.

### **2.5. Justificación**

El nivel de conocimiento sobre soporte vital básico (SVB) es una competencia necesaria para los odontólogos, quienes pueden enfrentar emergencias médicas durante la atención de sus pacientes. Los resultados de la investigación pueden orientar e influenciar la actualización de los programas de estudio, con el fin de asegurar que los egresados cuenten estas habilidades. Además, establece una base

para futuras investigaciones orientadas a contribuir con la preparación de los profesionales de la salud bucal.

## **2.6. Limitaciones**

- Disposición de interés de los estudiantes de pregrado para brindar información.
- Disposición de tiempo por parte de los estudiantes por sus ocupaciones académicas.
- Evaluación teórica no considera habilidades prácticas.
- Muestra perteneciente a una sola universidad.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Antecedentes**

#### **3.1.1. Internacionales**

**CHANDRASEKARAN, S Y COL (2010)** realizaron una investigación que tuvo como objetivo estudiar la conciencia sobre el Soporte Vital Básico (SVB) entre estudiantes, médicos y enfermeras de facultades de medicina, odontología, homeopatía y enfermería. El estudio fue de tipo transversal y el instrumento fue un cuestionario de 20 preguntas. La muestra estuvo conformada por 1054 participantes. Los resultados mostraron que sólo dos participantes de 1054 (0,19%) habían obtenido 80 – 89% de puntos, 10 participantes de 1054 (0,95%) habían obtenido 70 – 79% de puntos, 40 de 1054 (4,08%) habían obtenido 60 – 69% de puntos y 105 de 1054 (9,96%) habían obtenido 50 – 59% de puntos. Se concluye que el conocimiento sobre SVB entre estudiantes, médicos y enfermeras de facultades de medicina, odontología, homeopatía y enfermería es muy deficiente.(3)

**OTEIR, A. (2019)** realizó una investigación que tuvo como objetivo explorar el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar entre los estudiantes de profesiones sanitarias relacionadas y sus factores asociados. El estudio fue

transversal y se utilizó el método de encuesta para una población de 883 estudiantes de Jordania. Los resultados mostraron que un total de 693 (78,5%) estudiantes no habían recibido formación previa en RCP y las principales barreras para recibir formación en RCP fueron el desconocimiento de las oportunidades de formación y la falta de tiempo. Se concluyó que existe un escaso conocimiento de RCP entre los estudiantes de Jordania.(4)

**SMEREKA, J. Y COL. (2019)** realizaron una investigación que tuvo como objetivo de evaluar la prevalencia de las emergencias médicas en los consultorios dentales de Polonia, así como la preparación y las actitudes de los dentistas ante las emergencias médicas. La población del estudio estuvo conformada por 419 dentistas y se utilizó el método de cuestionario, el cuál contó con 18 preguntas. Como resultados del estudio se obtuvo que las emergencias médicas más comunes en los consultorios dentales polacos fueron el síncope vasovagal (46,30%), la hipotensión ortostática (18,85%), las crisis de hiperventilación (18,61%), las reacciones alérgicas leves (16,23%), la hipoglucemia (15,99%) y las convulsiones (11,81%). La prevalencia de situaciones de urgencia médica que requirieron una llamada al servicio de urgencias o asistencia médicas en los 12 meses anteriores fue de 0 para el 80,66% de los dentistas, una para el 12,65%, 2 para el 4,53%, 3 para el 1,20%, 4 para el 0,48%, 5-10 para el 0,48% y más de 10 para el 0%. El 41,29% de los participantes no se sentían competentes en el manejo de la parada cardíaca súbita, el 74,47% en el manejo de las crisis hipertensivas, el 55,61% en el manejo del asma, el 55,13% en el manejo del shock anafiláctico y el 52,99% en el manejo de las convulsiones. Se concluyó que la prevalencia de las emergencias médicas en los consultorios dentales de Polonia es comparable a la de otros países. Un gran número de dentistas no se sienten suficientemente competentes para gestionar las urgencias médicas.(5)

**ARSATI, F. Y COL. (2010)** realizó una investigación con el objetivo de evaluar la prevalencia de las emergencias en las consultas odontológicas y la preparación y la

experiencia de formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) de los odontólogos brasileños para hacer frente a las emergencias. La población de este estudio estuvo conformada por 498 cirujanos dentistas de Brasil que estuvieron presentes en el 27º Congreso Internacional de Odontología en São Paulo. La emergencia más frecuente fue el presíncope (54,20), seguida de la hipotensión ortostática (44,37%), las reacciones alérgicas moderadas (16,86). La anafilaxia, el infarto de miocardio y la anafilaxia, el infarto de miocardio y la parada cardíaca fueron las emergencias menos frecuentes, notificadas por sólo el 0,4%, el 0,2% y el 0,2% de los dentistas, respectivamente. Sólo el 41% de los de los profesionales encuestados se consideraron capaces de reconocer la causa de una emergencia durante una visita al dentista. Además, la mayoría se sentía incapaz de realizar una reanimación cardiopulmonar o una inyección intravenosa. Se concluye que las emergencias médicas más frecuentes en la práctica odontológica de los dentistas brasileños son el presíncope y la hipotensión ortostática. La ocurrencia de emergencias médicas potencialmente mortales como anafilaxia, infarto de miocardio, paro cardíaco y accidente cerebrovascular es rara. Los dentistas brasileños no están totalmente preparados para gestionar emergencias médicas y no tienen suficiente experiencia en la formación en RCP.(6)

**DE MAURO, L. Y COL. (2018)** realizaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar los conocimientos teóricos y la capacidad práctica de los estudiantes de odontopediatría en relación con el soporte vital básico (SVB) y la reanimación cardiopulmonar (RCP) en niños y bebés. La población estuvo compuesta por setenta estudiantes de odontopediatría, se aplicó el método de cuestionario y también realizaron una simulación de las maniobras de soporte vital básico y reanimación cardiopulmonar en maniqués de bebés y niños. Los resultados mostraron que 41 (58%) estudiantes nunca habían recibido formación en SVB. Cuando se les preguntó si se sentían preparados para hacer frente a una emergencia médica en sus consultas

dentales, sólo 12 (17,1%) afirmaron «sí». En la evaluación práctica, 51 (73%) alumnos que habían sido evaluados en las maniobras de RCP para niños y 55 (78%) en las maniobras para bebés obtuvieron una puntuación inadecuada. Se concluyó que los alumnos evaluados no tenían conocimientos adecuados sobre RCP en niños y bebés.(9)

**SOPKA, S. Y COL. (2012)** realizaron una investigación que tuvo como objetivo de observar la actitud y la autoevaluación de los estudiantes hacia la atención médica de urgencia (AME) y su aplicación práctica. Los estudiantes de odontología participaron en sesiones en grupos reducidos de soporte vital básico pediátrico y para adultos y rellenaron cuestionarios pre/post sobre conocimientos y actitud hacia la EMC. Cuarenta estudiantes de odontología de los dos últimos años de carrera se inscribieron en los cursos de EMC. La mayoría nunca había asistido a ningún curso de primeros auxilios. Una comparación entre la evaluación previa y la posterior demostró que la participación en la formación práctica aumenta fácilmente la concienciación de los estudiantes sobre la importancia de la EMC, así como la confianza en sí mismos a la hora de gestionar emergencias. Tras el curso, el 71% compartía la opinión de que el entrenamiento debería ser obligatorio para todo el personal médico. Al mismo tiempo, la autoevaluación de la confianza de los estudiantes en tareas específicas mejoró significativamente en todos los aspectos. Se concluyó que el curso propuesto es capaz de cambiar la actitud de los participantes hacia la EMC y su importancia para su práctica diaria.(12)

**ALKANDARI, S. Y COL (2017)** realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el conocimiento y la actitud de los odontólogos generales frente a la reanimación cardiopulmonar. El estudio fue de tipo transversal. La muestra estuvo conformada por 250 odontólogos generales. El instrumento fue un cuestionario electrónico. El 36% obtuvo como resultado un nivel de conocimiento alto sobre reanimación cardiopulmonar; el 64% de participantes obtuvo un nivel bajo. Se concluyó que la

mayoría de los odontólogos generales de Kuwait tenían conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar inadecuados.(13)

### **3.1.2. Nacionales**

**HIDALGO, J (2018)** realizó una investigación que tuvo como objetivo evaluar los niveles de conocimiento teórico de Soporte Vital Básico (SVB) en los alumnos y docentes de posgrado de Estomatología de una universidad privada. La muestra estuvo conformada por 218 participantes, 52 docentes y 166 alumnos de posgrado. Se utilizó un instrumento de 20 preguntas con calificación vigesimal. Los resultados mostraron que la nota promedio para docentes y alumnos fue de 7.94. Se concluye que existe un nivel deficiente de conocimiento teórico tanto en docentes como alumnos de posgrado de Estomatología.(14)

**NINA, A (2023)** en Tacna realizó una investigación que tuvo como objetivo de comparar el nivel de conocimiento de los estudiantes de pregrado de tercer, cuarto y quinto año de odontología de una universidad privada que llevaron y de los que no llevaron el curso electivo RCP Básica en el manejo de emergencias y urgencias médicas en el año 2022. La muestra estuvo conformada por 115 estudiantes. El instrumento aplicado fue un cuestionario virtual de calificación vigesimal. Los resultados mostraron que ambos grupos de estudiantes presentaron un nivel de conocimiento “malo”.(15)

**ASCANOA, J Y COL. (2017)** en Chiclayo realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar en los odontólogos de la ciudad de Chiclayo. Este estudio tuvo un diseño descriptivo, prospectivo y transversal. Se trabajó con una muestra de 98 odontólogos y se utilizó como instrumento un cuestionario. El 19,4% de los odontólogos participantes obtuvo un nivel bajo; el 72,4% de los participantes obtuvo un nivel medio y el 8,2% de los participantes obtuvo un nivel alto. En este estudio se llega a la conclusión de que el

nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar de los odontólogos en Chiclayo es medio. Se recomienda dar mayor énfasis a la enseñanza en RCP en la malla curricular de la carrera profesional de Odontología y capacitar a los odontólogos para poder actuar de manera correcta ante las emergencias médicas.(16)

**JACINTO, G. (2023)** en Trujillo realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en odontólogos de la ciudad de Trujillo en el año 2017. El diseño del estudio fue observacional, prospectivo y descriptivo. La muestra fue de 88 odontólogos. Para medir el conocimiento se utilizó como instrumento un cuestionario de 15 preguntas. El 56.8% de los odontólogos participantes presentó un nivel de conocimiento bueno; el 22.7%, un nivel de conocimiento regular y el 20.5%, un nivel de conocimiento malo. Se concluye que los cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco, Trujillo, presentaron un nivel de conocimiento bueno.(17)

**OBLITAS, G (2024)** en Chiclayo realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico en estudiantes de la escuela de Estomatología de la USS en el año 2021. La muestra estuvo constituida por 209 estudiantes de los ciclos académicos séptimo (n = 56), octavo (n = 50), noveno (n = 42) y décimo (n = 61). Se observó que el 29.7% de los estudiantes tenían conocimiento "bueno" del soporte vital básico, 57,4% presentó un nivel "regular" 57.4% y un 13.9% de los estudiantes presentó un nivel "malo". Se Concluye que los estudiantes, tienen un nivel de conocimiento "regular" sobre Soporte Vital Básico.(18)

**CABANILLAS, L. (2021)** en Trujillo realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico en odontólogos del distrito de Trujillo. El diseño del estudio fue descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 73 odontólogos y el instrumento para medir el nivel de conocimiento fue un cuestionario de 13 preguntas. Los resultados

indicaron que el 12,3% de los odontólogos participantes presentaron un nivel de conocimiento bueno; el 74%, un nivel regular y el 13,7% un nivel de conocimiento malo. Se concluyó que los odontólogos del distrito de Trujillo presentaron un nivel de conocimiento regular.(19)

**MECOLA, A. (2021)** realizó un estudio con el objetivo de determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud en soporte básico de vida de pacientes adultos en egresados de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Se diseñó un estudio no experimental, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 245 egresados de estomatología. Los resultados mostraron que los egresados tenían un nivel de conocimiento regular (59,6%), mientras que la actitud que presentó un mayor porcentaje (58,4%) fue de tipo negativa. Se concluye que no existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud en soporte básico de vida de pacientes adultos en egresados de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – 2021.(20)

**ARANZÁBAL, G. Y COL. (2017)** realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la asociación entre los factores socioeducativos y el nivel de conocimiento sobre RCP en el personal de salud de hospitales peruanos. Fue un estudio transversal analítico multicéntrico con muestreo por conveniencia a profesionales de la salud de 25 hospitales del Perú, mediante encuestas validadas en población local. Se obtuvo como resultado un 59% del personal de salud desaprobando en el test de RCP y estuvo asociado a tener un buen conocimiento de RCP el pasar una mayor cantidad de horas en el servicio de emergencias, el ser médico o el ser enfermera, ajustado por el haber llevado previamente un curso de RCP y la sede de encuestado. Se concluyó que el nivel de conocimiento fue bajo.(21)

**MELGAREJO, L (2023)** realizó una investigación con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento sobre RCP básica en egresados de medicina humana de una universidad pública de Lima-Perú en el año 2023. La muestra estuvo conformada por

130 egresados de medicina humana de una universidad pública. El instrumento utilizado fue un cuestionario virtual conformado por 30 preguntas. Los resultados mostraron que 53.85% de los participantes presentaron un nivel de conocimiento “regular”, el 29.23% un nivel “bueno” el 16.92% un nivel “malo”. Se concluye que poco más de la mitad de los egresados de medicina humana de la UNMSM tuvieron un nivel de conocimiento “regular” en RCP básica y no se halló relación entre el nivel de conocimiento y el sexo.(22)

**CHUQUIHUANCA, A Y COL (2021)** realizó una investigación con el objetivo de medir el nivel de conocimientos de soporte vital básico (SVB) en estudiantes de medicina de sexto año de una universidad pública de Lambayeque en el año 2021. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. El instrumento utilizado fue un cuestionario virtual conformado por 30 preguntas. La muestra estuvo conformada por 50 estudiantes de medicina de sexto año. Los resultados mostraron que el 70% de los encuestados obtuvieron un nivel de conocimientos "regular", el 22% lograron un nivel de conocimiento "malo" y solo el 8% alcanzaron un nivel de conocimientos "bueno". Se concluye que los estudiantes de medicina de sexto año de la UNPRG tienen predominantemente un nivel “regular” de conocimiento sobre SVB.(23)

## **3.2. Bases Teóricas**

### **3.2.1. Paro cardíaco**

El paro cardíaco implica una interrupción repentina de la actividad del corazón en una persona, independientemente de si tenía o no una enfermedad cardíaca previamente diagnosticada. Puede ocurrir sin previo aviso o como consecuencia de otros síntomas. Generalmente, este evento es la culminación de una afección ya existente, como cáncer, insuficiencia respiratoria severa, o infecciones graves. Sin embargo, en algunos casos, el paro cardíaco surge de forma inesperada sin que haya una enfermedad subyacente conocida. Cuando no hay una causa obvia (como trauma,

ahogamiento, suicidio o atragantamiento), se clasifica como muerte súbita, y se asume que la causa principal es cardíaca. Este evento se caracteriza por la falta de actividad efectiva del miocardio y suele ser fatal a menos que se actúe de manera inmediata y adecuada.(24,25)

Desde una perspectiva eléctrica, la ineficacia del corazón puede originarse por dos situaciones distintas, cada una de las cuales necesita un tratamiento médico específico basado en el primer ritmo cardíaco detectado: a) Ritmo cardíaco que responde a desfibrilación y b) Ritmo cardíaco que no responde a desfibrilación.(25)

### **3.2.1.1. Causas del paro cardiaco**

El paro cardiaco puede ocurrir a consecuencia de un traumatismo, ahogamiento, suicidio, atragantamiento, entre otros. Cuando un deceso ocurre inesperadamente, es decir, sin una causa evidente, se le llamada muerte súbita.(25)

La fundación española del corazón define la muerte súbita como una parada cardiaca repentina e inesperada en una persona que, hasta ese momento, parecía estar en buen estado de salud.(26) Esta condición suele ser confirmada mediante un examen post-mortem.(27) Las causas de esta muerte súbita son diversas y varían considerablemente según la edad y el sexo del individuo. En la población general, la cardiopatía isquémica se identifica como la principal causa tanto de muerte súbita como de paro cardiaco extrahospitalario.(25,27,28)

Por otro lado, las cardiopatías no estructurales, como las eléctricas o el síndrome de Brugada, y las causas extra cardiacas, como embolias pulmonares y afecciones neurológicas, son poco comunes.(25)

### **3.2.1.2. Ritmo cardíaco desfibrilable**

Representa el 20-30% de los casos y en el que se impone una desfibrilación.(25)

- Fibrilación ventricular. La fibrilación ventricular es un ritmo cardíaco caótico y desorganizado que impide la contracción efectiva del corazón, provocando la ausencia de pulso y un colapso inmediato. Aunque suele ocurrir en personas con enfermedades cardíacas estructurales como infarto de miocardio previo, también puede presentarse en individuos aparentemente sanos debido a una canalopatía iónica como el síndrome de QT largo y corto, el síndrome de Brugada, etc.(29)
- Taquicardia ventricular sin pulso: Es una arritmia cardíaca que puede ser mortal, se caracteriza por la sustitución de las contracciones ventriculares coordinadas por contracciones extremadamente rápidas e ineficaces, lo que causa fallo cardíaco. Debido a la velocidad de estas contracciones, el llenado ventricular se reduce significativamente, lo que provoca la ausencia de pulso.(30)

#### **3.2.1.3. Ritmo cardíaco no desfibrilable**

Representa el 70-80% de los casos y en el que la desfibrilación es ineficaz y no se recomienda.(25)

- Asistolia: comúnmente llamada “línea plana”, hace referencia a una detención total de la actividad cardíaca (eléctrica y mecánica). Generalmente, empieza como una fibrilación ventricular o como una taquicardia ventricular sin pulso. Incluso la actividad eléctrica sin pulso puede evolucionar hacia la asistolia. Las personas que experimentan un paro cardíaco súbito y presentan asistolia como ritmo inicial tienen un pronóstico muy desfavorable.(31)
- Disociación electromecánica o actividad eléctrica sin pulso: Es cuando hay actividad eléctrica en el corazón visible en el ECG, pero el pulso es impalpable porque el corazón no está contrayéndose de manera efectiva.(32)

#### **3.2.1.4. Características clínicas del paro cardíaco**

El paro cardíaco a menudo ocurre de manera inesperada. Los signos y síntomas asociados con el paro cardíaco y la muerte súbita son inmediatos y severos,

incluyendo pérdida de conciencia, colapso repentino, pulsaciones débiles y ausencia de respiración. La disminución del flujo sanguíneo al cerebro durante un paro cardíaco causa la pérdida de conciencia en segundos. Otros posibles síntomas, aunque menos específicos, pueden incluir palpitaciones, dolores en el pecho, dificultad para respirar y sensación de debilidad.(27)

En un estudio que evaluó a 839 pacientes de entre 35 y 65 años que sufrieron un paro cardíaco súbito (SCA) en el noroeste de Estados Unidos entre 2002 y 2012, se encontró que el 51% de los pacientes (430 pacientes) experimentaron síntomas de advertencia en las cuatro semanas previas al evento. Los síntomas más comunes fueron dolor en el pecho (46%), disnea (18%) y síncope (5%). A pesar de la presencia de estos síntomas, solo el 19% de los pacientes buscaron asistencia médica llamando a emergencias (911) antes del SCA. Los pacientes que hicieron esta llamada mostraron una tasa de supervivencia significativamente mayor (32.1%) en comparación con aquellos que no lo hicieron (6.0%). Además, el 93% de los pacientes con síntomas los experimentaron nuevamente en las 24 horas previas al SCA. Estos hallazgos subrayan la importancia de la identificación y respuesta temprana ante los síntomas previos al SCA para mejorar las tasas de supervivencia.(33)

#### **3.2.1.5. Manejo del paro cardíaco intrahospitalario**

El tratamiento intrahospitalario del paro cardíaco se basa en las compresiones torácicas de alta calidad, la ventilación y la desfibrilación precoz, consideradas piedras angulares del manejo eficaz. La implementación temprana de la reanimación cardiopulmonar se asocia con mejores resultados en pacientes tanto fuera como dentro del ámbito hospitalario. Por esta razón, en muchos hospitales la formación en reanimación cardiopulmonar para todo el personal es obligatoria. De esta forma se facilita la rápida identificación y manejo del paro cardíaco antes de la llegada del equipo de emergencia.(34)

Aproximadamente el 20% de los pacientes presentan un ritmo desfibrilador inicial, y la desfibrilación rápida mejora significativamente sus resultados. Sin embargo, la eficacia de los desfibriladores automáticos en un paro cardíaco inhospitalario no está claramente establecida, a diferencia del ámbito extrahospitalario, donde su uso ha mostrado beneficios considerables. El uso de medicamentos durante el paro cardíaco, como la epinefrina y la amiodarona, está recomendado en las guías actuales y mejora los resultados a corto plazo, aunque las evidencias sobre su eficacia a largo plazo son limitadas. La administración precoz de epinefrina en ritmos no desfibrilables se asocia con mejores resultados intrahospitalarios, mientras que en ritmos desfibrilables, puede tener efectos adversos. La combinación de vasopresina y metilprednisolona, probada en ensayos clínicos pequeños, no es recomendada debido a la falta de evidencia suficiente.(34)

#### **3.2.1.6. Manejo del paro cardíaco extrahospitalario**

El manejo extrahospitalario del paro cardíaco es un aspecto crítico para la mejora de la supervivencia y la recuperación neurológica de los pacientes. Las directrices son producto de las recomendaciones internacional y nacionales brindadas en guías como la guía 2020 de la AHA (American Heart Association) o las recomendaciones 2021 del ERC (European Resuscitation Council).

Un componente vital del tratamiento es la RCP iniciada por transeúntes, que puede aumentar las tasas de supervivencia tras un paro cardíaco ocurrido en el ámbito extrahospitalario en dos o hasta tres veces. La RCP realizada por transeúntes puede prevenir que la fibrilación ventricular se deteriore en asistolia y aumentar la tasa de éxito de la desfibrilación. Según las directrices de 2020 de la AHA, los rescatistas sin entrenamiento (reanimador lego) deben realizar compresiones torácicas hasta la llegada de un desfibrilador externo automático (AED) o de personal con entrenamiento avanzado.(35)

#### **3.2.2. Cadena de supervivencia**

El concepto de cadena de supervivencia representa una sucesión de pasos importantes para aumentar las posibilidades de supervivencia de una persona que víctima de un paro cardíaco.

Esta cadena tendrá modificaciones de según la edad y el entorno donde se encuentre la víctima. La American Heart Association (AHA) brinda las siguientes cadenas de supervivencia para adultos conforme al ámbito en el cuál ocurre el paro cardíaco:(36)  
Paro cardíaco intrahospitalario en un paciente adulto (anexo N°4): a) Reconocimiento y prevención tempranos, b) Activación de la respuesta a emergencia, c) Reanimación cardiopulmonar de alta calidad, d) Desfibrilación, e) Cuidados posparo cardíaco y f) recuperación.(36)

Paro cardíaco extrahospitalario en un paciente adulto (anexo N°4): a) Activación de la respuesta a emergencia, b) Reanimación cardiopulmonar de alta calidad, c) desfibrilación d) soporte vital avanzado, e) cuidados posparo cardíaco y f) recuperación.(36)

### **3.2.2.1. Soporte vital básico (SVB)**

El soporte vital básico es un cimiento importante en la cadena de supervivencia. Este consta de una sucesión de pasos, que inicia con la identificación temprana del PCP, seguido del llamado a emergencia, el RCP de alta calidad, y de contar con uno, el empleo del DEA.(36)

Aplicar correctamente el soporte vital básico va a reducir el intervalo de tiempo que existe entre el inicio del paro cardíaco y la aplicación de las maniobras de reanimación cardiopulmonar. De esa forma se estaría aumentando la tasa de alta hospitalaria tras un paro cardíaco.(37)

La aplicación del soporte vital básico puede variar según la condición del reanimador, por ejemplo, a diferencia de los reanimadores legos (reanimadores sin preparación específica), los reanimadores certificados pueden adicionar ventilación durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar, que, según las directrices de la AHA, estas deben ser 2 ventilaciones por cada 30 compresiones.(36,38)

Además, los reanimadores deben prestar especial atención a las vías respiratorias. Estas deben permanecer permeables para una ventilación correcta. Las maniobras engloban las siguientes acciones: angulación de la cabeza, manipulación de la altura del mentón y tracción mandibular. Así mismo, con la finalidad de favorecer la ventilación, se pueden emplear complementos como la cánula orofaríngea y nasofaríngea. (38)

### **3.2.2.2. Activación de la respuesta a emergencias**

La Asociación Americana del Corazón, en las guías 2020 para RCP, presenta como primer eslabón del paro cardíaco extra hospitalario la "Activación de la respuesta a emergencias".(36)

Este paso inicial consiste en ponerse en contacto con el servicio local de atención de emergencias, que en Perú se consigue llamando al 106, y comenzar a desarrollar la cadena de supervivencia.(25)

Para ello, es fundamental asegurarse que el entorno sea seguro y además el reconocimiento temprano del paro cardíaco. Las más recientes guías recomiendan la presunción de que todo paciente que es hallado sin conocimiento y que, además, no responde a estímulos, respira de manera inusual o carece de respiración, está siendo víctima de un paro cardíaco.(25)

Los reanimadores legos (reanimadores sin adiestramiento específico) no pueden determinar con eficacia si la víctima tiene o no pulso y por ello se recomienda que empiecen con la cadena de supervivencia como tratamiento para el presunto paro cardíaco.(25,36)

Cuando el testigo de la situación es un profesional de la salud, puede dedicar un intervalo de tiempo no mayor a 10 segundos a la verificación del pulso de la víctima. No se recomienda emplear más de 10 segundos a fin de evitar un retraso en el inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar.(25)

### **3.2.2.3. Reanimación cardiopulmonar de alta calidad**

La reanimación cardiopulmonar engloba un conjunto de maniobras que se realizan con la finalidad de brindar oxigenación y circulación al cuerpo de una persona víctima de un paro cardíaco.(39)

El intervalo de tiempo hasta el inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar debe ser tan breve como sea posible. Se da inicio realizando las compresiones torácicas con las manos sobre la mitad inferior del esternón a un ritmo comprendido entre 100 a 120 compresiones por minuto, tras ello, el reanimador continúa con la liberación de las vías aéreas y la administración de respiración de rescate. Se utiliza la maniobra de inclinación de la cabeza /elevación de la barbilla para conseguir la liberación de las vías aéreas (Ante la sospecha de lesión cervical, se liberan las vías aéreas con la maniobra de empuja de mandíbula). Para brindar las respiraciones de rescate, el reanimador toma una respiración promedio y en una duración aproximada de un segundo administra el aire que sería suficiente para elevar el pecho. Estos pasos se repiten para administrar la segunda respiración y, posteriormente, se reanudan las compresiones torácicas. Esta secuencia se realizará a razón de treinta compresiones consecutivas y una breve pausa para brindar dos respiraciones de rescate hasta la llegada de un desfibrilador externo automático (DEA) o hasta que llegue el personal especializado. En caso se presentase una interrupción durante las compresiones, esta debe ser lo más breve posible.(39)

#### **Compresiones de alta calidad**

Las compresiones torácicas de alta calidad son parte fundamental de una reanimación cardiopulmonar efectiva. Estas deben contar con una frecuencia adecuada, profundidad suficiente, minimizar interrupciones, prestar atención a la posición de las manos, entre otros factores que se detallan a continuación:

- Frecuencia adecuada: Las compresiones torácicas deben ejecutarse en una frecuencia comprendida entre 100 a 120 compresiones por minuto.(36)

- Profundidad suficiente: Cada compresión en adultos debe tener una un recorrido de al menos 5 cm o 2 pulgadas y no más de 6 cm o su equivalente de 2.4 pulgadas.(36)
- Descompresión completa: Esperar a que el tórax del paciente se recupere en su totalidad tras cada compresión torácica para asegurar el retorno venoso.(36)
- Minimizar las interrupciones: Las interrupciones durante la reanimación deben mantenerse al mínimo. Lo ideal es no pasar de los 10 segundos de interrupción durante las compresiones torácicas.(36)
- Evitar la ventilación excesiva: Asegurarse de que las ventilaciones sean adecuadas y no excesivas para evitar aumentar la presión intratorácica y reducir el retorno venoso al corazón.(36)
- Posición adecuada de las manos: Las manos deben colocarse en el centro del pecho, en la línea media, sobre la mitad inferior del esternón.(36)

#### **3.2.2.4. Desfibrilación**

La desfibrilación es el siguiente eslabón en la cadena de supervivencia. Si se dispone de un DEA, este debe instalarse sin ocasionar retrasos en el ciclo de las compresiones torácicas. Se colocan las almohadillas según las indicaciones del DEA. Los desfibriladores modernos presentan las instrucciones verbalizadas. Una vez instalados, Los DEA analizarán el ritmo cardíaco de la víctima y recomendarán administrar desfibrilación en caso sea necesario.(39)

Si el DEA recomienda desfibrilar, se detienen las compresiones torácicas y el reanimador debe alejarse del paciente hasta que termine la descarga. Después, debe reanudar la secuencia de compresiones y respiraciones si el DEA no recomienda otra descarga.(39)

#### **3.2.2.5. Soporte vital avanzado (SVA)**

Los reanimadores capacitados para realizar el soporte vital avanzado pueden continuar con el soporte vital básico y sumar el uso de medicamentos como epinefrina o amiodarona y dispositivos avanzados para la liberación de las vías aéreas como la cánula supraglótica y el tubo endotraqueal.(38)

### **3.2.2.6. Cuidados posparo cardiaco**

Es el quinto eslabón de la cadena de supervivencia. Después de las maniobras de reanimación cardiopulmonar y de conseguir el retorno de la circulación espontánea todos los esfuerzos deben apuntar a prevenir el llamado "síndrome posparo cardiaco" que surge como resultado de la falla orgánica múltiple como consecuencia de la isquemia, reperfusión, daño cerebral, patología subyacente, entre otros, y que puede comprometer el músculo cardiaco, hígado, riñones, y otros órganos.(40,41)

Los cuidados que se brindan en esta etapa aumentan las posibilidades de evitar la mortalidad precoz que es ocasionada por la inestabilidad hemodinámica y fallo de múltiples órganos. Los objetivos principales del cuidado posparo cardiaco son mejorar la función pulmonar y del músculo cardiaco, mejorar la perfusión sistémica, reconocer la etiología del evento cardiaco y prevenir un evento recurrente.(41)

### **3.2.2.7. Recuperación**

La recuperación es el último eslabón de la cadena de supervivencia. Este eslabón se encarga de ayudar a los pacientes a reinsertarse en la sociedad. Ello se puede conseguir con un trabajo en conjunto por parte del sistema de salud y de los cuidadores. Este es un proceso con un grado de dificultad considerable, puesto que la evidencia disponible indica que los pacientes en recuperación posparo cardiaco muestran un progreso relevante en sus habilidades de autocuidado en al menos tres meses de terapia.(40)

Una buena terapia de rehabilitación posparo cardiaco debe estar compuesta por un constante seguimiento multidisciplinario que incluya terapia física, ocupacional y del habla, para conseguir una adaptación a las discapacidades o daños irreversibles que se puedan presentar. Además, se debe mantener en constante observación el perfil psicológico y psiquiátrico del paciente y sus cuidadores para descartar afecciones comunes en esta etapa como la ansiedad y depresión.(40)

### **3.2.3. Paro cardiaco en la consulta dental**

Las emergencias cardiovasculares son muy infrecuentes en el consultorio dental. Sin embargo, cuando estas se producen, la vida del paciente se ve comprometida y, por lo tanto, el odontólogo tiene la responsabilidad de contar con el adiestramiento necesario para reconocer y manejar la situación de emergencia.(42)

### **3.2.3.1. Diagnóstico del paro cardíaco en la consulta dental**

Un reconocimiento temprano del paro cardíaco en el consultorio dental puede lograrse teniendo las consideraciones y preparación necesarias. Para ello, es importante comenzar la atención con una anamnesis detallada para valorar correctamente el estado de salud actual del paciente y no pasarlo por alto.(43)

Es fundamental confirmar que los pacientes con afecciones cardíacas hayan seguido consistentemente su tratamiento medicamentoso. Los betabloqueadores juegan un papel central en el manejo de diversas patologías cardíacas, tales como la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca y las arritmias. Estos fármacos ayudan a proteger el corazón, controlando aumentos bruscos en la frecuencia cardíaca o en la presión arterial y reduciendo la aparición de arritmias. En el contexto de un tratamiento dental, suspender estos medicamentos no es necesario y podría incluso tener efectos negativos.(42)

Clínicamente, de presentarse un paro cardíaco en el consultorio dental, los signos que ayudarán a reconocerlo son los siguientes:

- Pérdida repentina de la consciencia
- Ausencia del pulso
- Ausencia de movimientos respiratorios
- Midriasis (pupilas fijas y dilatadas)
- Alteración del color de la piel

La interrupción del flujo sanguíneo por más de 5 a 20 segundos lleva a la pérdida de consciencia. Si esta condición se extiende entre 30 y 60 segundos, se manifiesta una respiración característica denominada respiración agónica. Pasado el minuto, se observará apnea y midriasis bilateral.(44)

### **3.2.3.2. Factores de riesgo y comorbilidades en el paciente dental**

#### **A) Enfermedad coronaria**

##### **Concepto**

La enfermedad coronaria es una condición común en la población general, lo que hace probable que los odontólogos traten a pacientes con esta patología en su práctica diaria. Puede manifestarse como angina de pecho, que puede ser estable o inestable, infarto de miocardio o incluso como muerte súbita. La angina estable se asocia a la actividad física o emocional y suele aliviarse con reposo y medicación, mientras que la angina inestable es impredecible, no responde al descanso ni a la medicación y puede indicar un posible infarto inminente.(42)

##### **Signos y Síntomas**

La enfermedad coronaria puede producir dolor en el pecho, que a menudo se extiende hacia la mandíbula y el cuello, lo cual puede confundirse con un problema odontológico. La angina de pecho estable ocurre bajo esfuerzo o estrés y desaparece con el descanso, mientras que la angina inestable es más grave y no sigue un patrón, apareciendo incluso sin actividad física y sin aliviarse con reposo. En el caso de un infarto de miocardio, el dolor es más intenso y prolongado en el pecho, y se recomienda la administración de aspirina y oxígeno de emergencia mientras se espera la llegada de una ambulancia.(42)

##### **Manejo Odontológico del Paciente con Enfermedad Coronaria**

Para pacientes con angina estable, se recomienda que lleven nitratos de acción rápida a la consulta dental. Si surge dolor anginoso durante un procedimiento, se debe suspender el tratamiento y administrar el nitrato, retomando el procedimiento solo si el dolor desaparece en 10-15 minutos. Ante un dolor persistente que no responde al nitrato, es crucial sospechar de un infarto y llamar a una ambulancia. Para pacientes con angina inestable, los procedimientos dentales electivos están contraindicados y solo se realizan en caso de emergencia, idealmente en un entorno hospitalario con monitoreo continuo de ECG y presión arterial.(42)

## B) **Arritmias cardíacas**

### **Concepto**

Las arritmias cardíacas son alteraciones en la frecuencia, el ritmo o el origen del impulso eléctrico del corazón. Estas variaciones pueden variar desde extrasístoles benignas en personas sanas hasta arritmias ventriculares graves, como la fibrilación ventricular en individuos con enfermedad coronaria, lo que puede llevar a un colapso cardiovascular y muerte súbita. (42)

### **Signos y Síntomas**

En una consulta dental, la detección precisa de una arritmia requeriría el uso de monitoreo continuo de ECG, sin embargo, en un entorno habitual, el diagnóstico se basa en la historia clínica, la identificación de síntomas y la palpación del pulso. En personas sin antecedentes de enfermedad cardíaca, el aumento de la frecuencia cardíaca o palpitaciones suelen ser reacciones normales al estrés o a la adrenalina, y el síncope vasovagal, comúnmente causado por miedo o dolor, no suele indicar un problema cardíaco significativo. En pacientes con antecedentes de cardiopatía, el aumento de la frecuencia cardíaca podría provocar angina, isquemia y arritmias. Además, aquellos con cicatrices por infartos previos, miocardiopatías o insuficiencia cardíaca están en mayor riesgo de desarrollar arritmias graves.(42)

### **Manejo Odontológico del Paciente con Arritmias Cardíacas**

Si un paciente con antecedentes cardíacos presenta una arritmia durante el tratamiento dental, es necesario interrumpir el procedimiento, considerar la administración de oxígeno y monitorear la evolución. Si el paciente se recupera rápidamente, se puede evaluar la continuidad del tratamiento. Sin embargo, cualquier episodio de pérdida breve de conciencia debe considerarse como posible señal de una arritmia grave, y el paciente debe ser derivado para una evaluación médica. Si el paciente pierde la conciencia y no tiene pulso, se debe sospechar un paro cardíaco. En tal caso, es fundamental activar de inmediato el sistema de respuesta a

emergencias y seguir la cadena de supervivencia, iniciando la reanimación cardiopulmonar (RCP) de inmediato.(36,42)

### **C) Hipertensión**

#### **Concepto**

La hipertensión se define por una presión arterial sistólica de 149 mmHg o más, o una diastólica de 90 mmHg o superior en personas sin tratamiento antihipertensivo. Para confirmar el diagnóstico, se considera el promedio de al menos dos lecturas tomadas en diferentes consultas, tras una medición inicial de referencia. Según el grado de hipertensión, el manejo puede incluir cambios en el estilo de vida y/o tratamiento farmacológico.(42)

#### **Crisis hipertensiva**

Las crisis hipertensivas pueden clasificarse en emergencias y urgencias. Las emergencias hipertensivas ocurren cuando la presión arterial se eleva rápidamente con riesgo de daño inminente a órganos vitales, y requieren una reducción inmediata de la presión para prevenir complicaciones graves. Las urgencias hipertensivas, aunque también presentan presión elevada, permiten una reducción gradual de la presión en unas pocas horas. En situaciones de emergencia, el nifedipino de acción rápida, administrado por vía oral o sublingual, es un medicamento comúnmente utilizado para reducir rápidamente la presión arterial.(42)

#### **Manejo Odontológico del Paciente con Hipertensión**

A los pacientes hipertensos se les debe medir la presión arterial en cada consulta odontológica. Aquellos con hipertensión grado III deben postergar los tratamientos dentales electivos hasta lograr un control adecuado de la presión. Los tratamientos de emergencia en pacientes no tratados o sin control deben ser conservadores. No existen restricciones para realizar procedimientos en pacientes con hipertensión controlada; sin embargo, el uso de anestésicos locales con epinefrina está contraindicado cuando la presión sistólica supera los 200 mmHg o la diastólica es mayor a 115 mmHg. Si se detecta una crisis hipertensiva en el consultorio, el

procedimiento debe suspenderse y el paciente debe ser referido inmediatamente a un hospital.(42)

#### **D) Pacientes anticoagulados**

##### **Concepto**

La terapia anticoagulante es un tratamiento común, ya sea temporal o permanente, en personas con problemas cardíacos. Esta terapia se utiliza en condiciones como insuficiencia cardíaca avanzada, fibrilación auricular, prótesis valvulares, cardiopatía isquémica, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y antecedentes de accidente cerebrovascular. Uno de los anticoagulantes más utilizados es la Warfarina, cuyo efecto se controla mediante el índice internacional normalizado (INR), obtenido a partir de análisis de sangre rutinarios. En personas sin terapia anticoagulante, el INR es de 1, mientras que el rango terapéutico para pacientes anticoagulados suele situarse entre 2,0 y 3,0, con valores más altos (2,5 a 3,5) para situaciones de riesgo, como en prótesis de válvula mitral mecánica.(42)

##### **Manejo Odontológico del Paciente Anticoagulado**

En procedimientos quirúrgicos dentales, como extracciones o cirugías periodontales, los estudios indican que es posible realizarlos sin ajustar el INR, salvo en casos excepcionales. Sin embargo, el control del sangrado en pacientes anticoagulados es esencial y puede requerir técnicas hemostáticas locales, tales como técnicas quirúrgicas atraumáticas, sutura adecuada, presión sobre las heridas, agentes coagulantes tópicos y enjuagues bucales con ácido tranexámico. La Warfarina, además, puede interactuar con medicamentos como la eritromicina, el metronidazol y algunos antifúngicos (miconazol y fluconazol), los cuales pueden aumentar su efecto anticoagulante y elevar el riesgo de hemorragias significativas. Es crucial conocer la condición médica y las indicaciones del tratamiento anticoagulante del paciente, ya que, en algunas circunstancias, puede hacerse una pausa breve en el tratamiento sin aumentar significativamente el riesgo de trombosis, como en casos de fibrilación auricular crónica. También, muchos pacientes con enfermedades vasculares toman

ácido acetilsalicílico y/o clopidogrel, lo cual incrementa el riesgo de sangrado. Si se considera suspender estos medicamentos, es esencial consultar al médico del paciente para evaluar los riesgos y garantizar una atención segura en el entorno odontológico.(42)

## **E) Enfermedad valvular**

### **Concepto**

La cardiopatía valvular se produce debido a uno o más procesos patológicos, como defectos cardíacos congénitos, el síndrome de Marfan, o infecciones del endocardio, entre otros. Esta condición puede comprometer cualquiera de las válvulas del corazón: tricúspide, pulmonar, mitral o aórtica. Las válvulas del lado izquierdo suelen ser las más comprometidas debido a las mayores presiones en esta zona del corazón. La disfunción de una válvula puede provocar una obstrucción al flujo sanguíneo, conocida como estenosis, o un cierre incompleto, lo que resulta en regurgitación.(42)

### **Signos y Síntomas**

Los casos de enfermedad valvular leve y no progresiva generalmente no imponen una carga significativa sobre el corazón. Sin embargo, la estenosis o regurgitación más avanzada incrementa el esfuerzo cardíaco y, de no recibir tratamiento, puede evolucionar hacia una insuficiencia cardíaca, que en muchos casos requiere una intervención quirúrgica para la reparación o reemplazo de la válvula dañada con una prótesis biológica o mecánica. Además, las arritmias son frecuentes en esta condición, destacando la fibrilación auricular en casos que involucran la válvula mitral. La fibrilación auricular, cuando está controlada, no representa un riesgo elevado en la atención odontológica.(42)

### **Manejo Odontológico del Paciente con Cardiopatía Valvular**

Los pacientes con cardiopatía valvular presentan riesgos durante la atención odontológica, como el desarrollo de insuficiencia cardíaca, arritmias, o endocarditis asociada con el procedimiento dental. Es común que estos pacientes se encuentren bajo tratamiento anticoagulante, lo que también aumenta los riesgos. Antes de realizar

procedimientos dentales complejos, es esencial derivar a estos pacientes a un especialista. Asimismo, los pacientes que están en proceso de planificación para una cirugía valvular suelen ser remitidos al dentista para tratar cualquier posible foco infeccioso en la cavidad oral. En procedimientos odontológicos que conllevan riesgo de bacteriemia, como extracciones y gingivectomías, entre otros procedimientos que involucren sangrado, se recomienda administrar profilaxis antibiótica, siendo la amoxicilina la opción de preferencia.(42)

## **F) Insuficiencia cardíaca**

### **Concepto**

La insuficiencia cardíaca congestiva se refiere a la incapacidad del corazón para bombear suficiente sangre oxigenada, lo que impide satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo. Entre las causas más comunes de esta condición se encuentran la hipertensión, la enfermedad arterial coronaria, las cardiopatías valvulares y la miocardiopatía.(42)

### **Signos y síntomas**

Los síntomas característicos de la insuficiencia cardíaca izquierda incluyen disnea y fatiga durante la actividad física, además de dificultad para respirar en posición supina. También pueden presentarse episodios de disnea nocturna y tos seca. En la insuficiencia cardíaca derecha, los síntomas predominantes incluyen edema periférico y hepatomegalia.(42)

La New York Heart Association (NYHA) clasifica la insuficiencia cardíaca congestiva en cuatro clases: (45)

I = Sin limitación de actividad física.

II =Ligera limitación de la actividad física. Fatiga, palpitaciones y disnea con la actividad física habitual, pero sin síntomas en reposo.

III = Marcada limitación de la actividad, Fatiga, palpitaciones y disnea con una actividad física menor a la habitual.

IV = Los síntomas antes mencionados están presentes en reposo y cualquier esfuerzo físico los empeora.

La insuficiencia cardíaca descompensada se caracteriza por una disnea severa en reposo o con mínimos esfuerzos, y en estos casos, los procedimientos dentales electivos no están recomendados.(42)

### **Manejo Odontológico del Paciente con Insuficiencia Cardíaca**

En pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (clases III o IV según NYHA), los procedimientos dentales deben limitarse a tratamientos conservadores, como el uso de antibióticos y analgésicos, y requieren consulta médica. La insuficiencia cardíaca compensada (clases I o II) permite la atención odontológica sin necesidad de realizar interconsulta con un médico; sin embargo, las citas deben ser breves y con el paciente en posición semisentada. El edema pulmonar, una manifestación aguda de insuficiencia cardíaca izquierda, se presenta con disnea grave y taquicardia y requiere atención urgente. En tales casos, se debe colocar al paciente en posición semisentada, administrar oxígeno suplementario, y contactar una ambulancia para el traslado a una unidad de cuidados cardíacos.(42)

## **G) Accidente cerebrovascular**

### **Concepto**

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) o ictus, se clasifican en dos tipos: isquémicos y hemorrágicos. Los accidentes cerebrovasculares isquémicos ocurren debido a bloqueos de flujo sanguíneo por procesos embólicos o trombóticos en los vasos sanguíneos, lo que suele provocar discapacidades severas. Los hemorrágicos, por su parte, se originan cuando un vaso sanguíneo se rompe, lo que representa aproximadamente el 10% de los casos y está asociado a una alta tasa de mortalidad.(42)

### **Signos y Síntomas**

En los accidentes cerebrovasculares isquémicos, los signos comunes incluyen debilidad o parálisis repentina en un solo lado del cuerpo, entumecimiento en la cara,

brazo o pierna, y dificultades para hablar o comprender el lenguaje. Otros síntomas pueden ser problemas para respirar o tragar y, en ciertos casos, pérdida de control de esfínteres. Los ictus hemorrágicos suelen presentarse con un dolor de cabeza repentino y muy intenso, y algunos pacientes pueden sufrir una pérdida de consciencia y muerte súbita.(42)

### **Manejo Odontológico del Paciente con ACV**

En el caso de un paciente que experimenta un ACV durante la consulta odontológica, es crucial monitorear sus signos vitales, como la respiración, pulso y presión arterial. Si el paciente se encuentra inconsciente, se debe colocar en posición de decúbito supino y contactar inmediatamente con una ambulancia para su traslado urgente a un hospital.(42)

### **3.3. Definición de términos:**

- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** Es un método de reemplazo artificial de las funciones del corazón y los pulmones cuando se presenta un paro cardíaco que puede ser a causa de descarga eléctrica, asfixia, fallo respiratorio, entre otras. Los elementos clave de la RCP son la respiración artificial y el masaje cardiaco a tórax cerrado.(46)
- **Paro cardíaco:** Es la interrupción de las pulsaciones cardiacas o contracción del miocardio. Si se recibe tratamiento dentro de los primeros minutos, es posible restablecer el ritmo cardíaco normal y una circulación adecuada.(47)
- **Cadena de supervivencia:** Serie de acciones críticas recomendadas por la American Heart Association para mejorar las tasas de supervivencia tras un paro cardíaco, que incluyen la detección temprana, la RCP de calidad, la desfibrilación rápida, y el soporte vital avanzado.(36)
- **Desfibrilador externo automático (DEA):** es un dispositivo portátil diseñado para primeros auxilios, que detecta y determina si es necesario aplicar una descarga eléctrica controlada. Además, guía al usuario a través del proceso de forma sencilla,

proporcionando instrucciones paso a paso para garantizar que el procedimiento sea seguro y eficaz, incluso sin formación especializada.(48)

### **3.4. Hipótesis**

- Existe deficiencia en el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica para adultos de los estudiantes de odontología de la Facultad de Odontología de la UNMSM.

### 3.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES		INDICADOR	VALORES	ESCALA	INSTRUMENTO
		DIMENSIÓN	DEFINICIÓN				
Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico en adultos	Conjunto de saberes que envuelven la preparación y repuesta que una persona posee en relación con los procedimientos y técnicas necesarios para llevar a cabo el soporte vital básico en casos de emergencia en adultos.	Reconocimiento del paro cardíaco y llamado a emergencia	Capacidad para identificar rápidamente los signos y síntomas de paro cardíaco en adultos y activar adecuadamente el sistema de emergencias médicas	Conoce los signos síntomas de paro cardíaco y cómo activar el sistema de emergencias.	Bueno Regular Malo	Ordinal	Puntaje obtenido en las preguntas 1 al 8 del Cuestionario
		Reanimación cardiopulmonar de alta calidad	La capacidad para realizar compresiones torácicas y ventilaciones adecuadas y eficientes en adultos que han experimentado un paro cardíaco, siguiendo las pautas y protocolos establecidos para maximizar las posibilidades de supervivencia.	Conoce la técnica de ventilación y compresión torácica	Bueno Regular Malo	Ordinal	Puntaje obtenido en las preguntas 9 al 22 del cuestionario
		Uso del desfibrilador externo automático	La habilidad para reconocer la necesidad de utilizar un DEA en adultos que han experimentado un paro cardíaco y para aplicar correctamente el dispositivo según las instrucciones, con el fin de administrar una descarga eléctrica y restablecer el ritmo cardíaco normal.	Conoce el funcionamiento del desfibrilador externo automático	Bueno Regular Malo	Ordinal	Puntaje obtenido en las preguntas 23 al 30 del cuestionario
<b>Variables Sociodemográficas</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	-	-	<b>INDICADOR</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Sexo	Clasificación biológica de un individuo basada en características genéticas y fisiológicas específicas relacionadas con la diferenciación sexual.	-	-	Características biológicas	Masculino Femenino	Nominal	Cuestionario

Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del instrumento.	-	-	Edad en años	15 a más	Cuantitativa	Cuestionario
Año de estudios	Año académico que cursa el estudiante al momento de la recolección de datos.	-	-	Año académico actual	4to año 5to año 6to año	Ordinal	Cuestionario
Formación previa en RCP	Experiencia previa del estudiante en capacitaciones formales o talleres sobre reanimación cardiopulmonar.	-	-	Ha recibido capacitación previa en RCP	Sí No	Nominal	Cuestionario
Formación previa en otra profesión de salud	Antecedente académico del participante relacionado con estudios concluidos o trunco en carreras del área de la salud.	-	-	Posee formación previa en otra carrera de ciencias de la salud	Sí No	Nominal	Cuestionario

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo de Investigación

La presente investigación se enmarca en un estudio descriptivo, puesto que el investigador se limitará a describir las variables; transversal, ya que el investigador recolectará los datos en un solo momento.

### 4.2. Población y muestra

La población estudiada está conformada por los estudiantes de odontología del cuarto año (séptimo y octavo ciclo quinto año (noveno y décimo ciclo) y sexto año (internado). A través de la Unidad de Matrícula de la Facultad de Odontología – UNMSM se obtuvo que la cantidad total de estudiantes matriculados según años de estudios fue la siguiente: 72 estudiantes de 4to año (7mo y 8vo semestre académico), 64 estudiantes de 5to año (9no y 10mo semestre académico) y 75 estudiantes de 6to año (internado)

El tipo de muestreo es de selección no probabilística y por conveniencia basado en los estudiantes matriculados que responderán la encuesta de manera voluntaria. El tamaño de la muestra está determinado por la fórmula para el cálculo de muestra en una población finita:

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

**Donde:**

Z = nivel de confianza al 95%	1,96
N = total de población	211
q = probabilidad en contra. q = (1-p)	0,5
p = probabilidad a favor 0,5	0,5
“e” = error de estimación al 5%	0,05

Por lo tanto, muestra mínima del presente estudio consta de 137 estudiantes matriculados en el cuarto, quinto y sexto año de la FO de la UNMSM.

#### **Criterios de inclusión**

- Estudiantes de pregrado de la facultad de odontología de la UNMSM debidamente matriculados en el semestre académico 2025-I pertenecientes al cuarto año (7mo y 8vo semestre), quinto año (9no y 10mo semestre) y sexto año (Internado).
- Estudiantes que acepten realizar el cuestionario a través del consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- Estudiantes que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Estudiantes que no pertenezcan al cuarto año (7mo y 8vo semestre), quinto año (9no y 10mo semestre) y sexto año de estudios (Internado hospitalario).
- Estudiantes que decidan suspender su participación durante la investigación.

### **4.3. Procedimientos y técnica**

Para el desarrollo de la presente investigación se explicó a los estudiantes de pregrado acerca del trabajo de investigación y como acto seguido, se les solicitó firmar el consentimiento informado. El estudio utilizó como técnica recolección de datos la encuesta a través de la realización de un cuestionario. Este consta de 30 preguntas de respuesta única basadas en la Guía 2020 de la American Heart Association para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiopulmonar de emergencia (ACE). El cuestionario fue propuesto por Chuquihuanca, A. y Liza, C. (23), quienes también sometieron dicho instrumento a validación de contenido a través de "juicio de expertos" (se contó con tres médicos especialistas en "medicina intensiva" y un médico especialista en "medicina interna" con experiencia de 5 a 10 años laborando en hospitales de nivel II y III de la ciudad de Chiclayo). Por lo tanto, el instrumento demostró contar con validez para su empleo.

Para validar el nivel de confianza del instrumento, se ha realizado una prueba piloto en estudiantes de odontología de una universidad pública previa a la ejecución de la presente investigación. Posteriormente, se aplicó el coeficiente de Kuder Richardson 20, en el cual se obtuvo el valor de 0,71, lo cual determina que el instrumento presenta un nivel de confiabilidad alta.

El instrumento incluye las siguientes dos secciones:

La sección demográfica (sección 1) incluye los datos demográficos de los participantes (sexo, edad, año académico, formación previa en RCP o en otra carrera de salud). La sección de conocimientos (sección 2) incluye treinta preguntas. En la primera dimensión, se encuentran 8 preguntas numeradas del 1 al 8 enfocadas en el reconocimiento del paro cardíaco y la activación del sistema de emergencia. En la segunda dimensión, se encuentran 14 preguntas numeradas del 9 al 22 sobre la reanimación cardiopulmonar de alta calidad. La tercera dimensión consta de 8 preguntas numeradas del 23 al 30 sobre el uso del desfibrilador externo automático. El cuestionario se elaboró en Microsoft 365 y fue impreso en juegos de hojas de papel para luego ser entregados a cada estudiante junto a el consentimiento informado que incluye la justificación, objetivos del estudio y el detalle de la confidencialidad de la investigación.(23)

#### **4.4. Procesamiento de datos**

Después de aplicar la encuesta, se evaluó cada pregunta de la siguiente manera: aquellas respondidas correctamente recibieron un puntaje de 01 puntos, lo que significa que, al responder de manera correcta todas las preguntas se obtendría una puntuación perfecta de 30 puntos; mientras que las preguntas con respuestas erróneas recibieron un puntaje de 0 puntos, que daría como resultado una puntuación de 0 puntos si todas las respuestas se responden de manera incorrecta.

Los rangos de puntuación que clasifican el nivel de conocimiento como “bueno”, “regular” o “malo”, se obtuvieron según el porcentaje respuestas correctas. En este sentido, los rangos de puntuación para clasificar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico de los participantes son los siguientes: “Bueno” de 21 a 30 putos, “Regular” de 11 a 20 puntos y “Malo” de 0 a 10 puntos. Por otro lado, para la primera dimensión “Reconocimiento del paro cardiaco y llamado a emergencia” (preguntas del 1 al 8), los rangos para la clasificación del puntaje son los siguientes: “Bueno” de 6 a 8 putos, “Regular” de 3 a 5 puntos y “Malo” de 0 a 2 puntos. Para la segunda dimensión “Reanimación cardiopulmonar de alta calidad” (preguntas del 9 al 22), los rangos para la clasificación del puntaje son los siguientes: “Bueno” de 10 a 14 puntos, “Regular” de 5 a 9 puntos y “Malo” de 0 a 4 puntos. Para la tercera dimensión “Uso del desfibrilador externo automático” (preguntas del 23 al 30), los rangos para la clasificación del puntaje son los siguientes: “Bueno” de 6 a 8 putos, “Regular” de 3 a 5 puntos y “Malo” de 0 a 2 puntos.(23)

#### **4.5. Análisis de Resultado**

Los datos obtenidos del cuestionario impreso se organizaron a través del programa Microsoft Excel 365 para su posterior proceso de tabulación con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados, mediante el uso de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y gráficos de distribución. Este análisis se realizó a cada uno de los diferentes componentes evaluados: reconocimiento del paro cardiaco, activación de la respuesta a emergencias, reanimación cardiopulmonar de alta calidad y uso del desfibrilador externo automático.

Asimismo, se describió las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, año académico, formación previa en RCP o en otra carrera de salud) con fines únicos de poder contextualizar de los hallazgos.

## 5. RESULTADOS

Después de procesar la información de los cuestionarios, se obtuvieron los siguientes resultados: Un total de 140 estudiantes participaron en la investigación. El 45,7% (n = 64) estudiantes fueron de cuarto año, el 32,9% (n = 46) fueron estudiantes de quinto año y el 21,4% (n = 30) fueron estudiantes de sexto año. Ver Tabla 1.

**Tabla 1. Año de estudios de los estudiantes de la FO – UNMSM**

		N	%
Año de estudios	Cuarto año	64	45,7
	Quinto año	46	32,9
	Sexto año	30	21,4
	Total	140	100,0

El sexo femenino representó el 62,9% (n = 88) de los participantes, mientras que el sexo masculino correspondió al 37,1% (n = 52). Ver tabla 2. El rango de edad de los participantes fue de 19 a 31 años. Un 52,9% de ellos estuvo en el rango de edad de 23 a 26 años. Ver Tabla 3

**Tabla 2. Sexo de los estudiantes de la FO – UNMSM**

		N	%
Sexo	Masculino	52	37,1
	Femenino	88	62,9
	Total	140	100,0

**Tabla 3. Edad de los estudiantes de la FO – UNMSM**

		N	%
Edad	19 a 22	50	35,7
	23 a 26	74	52,9
	27 a 30	14	10,0
	31 a más	2	1,4
	Total	140	100,0

De los 140 participantes, el 10% (n = 14) refiere haber recibido capacitación sobre RCP en los últimos dos años. Ver tabla 4. Cuando se les pregunto si han tenido alguna otra profesión de salud el 97,1% (n = 136) respondió que no. Ver Tabla 5.

**Tabla 4. Capacación previa sobre RCP de los estudiantes de la FO – UNMS**

		N	%
Capacitación previa en RCP	Sí	14	10,0
	No	126	90,0
	Total	140	100,0

**Tabla 5. Otra profesión de salud de los estudiantes de la FO – UNMSM**

		N	%
Otra profesión de salud	Sí	4	2,9
	No	136	97,1
	Total	140	100,0

En cuanto al nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos, la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento "Malo". El 60,7% (n = 85) mostró un nivel de conocimiento "Malo" y mientras que solo un 2,9% (n = 4) alcanzó un nivel "Bueno". Al analizar por año de estudio, se observa que el nivel de conocimiento "Malo" es predominante en cuarto y quinto año, con el 67,2% (n = 43) y 76,1% (n = 35) respectivamente. Llama la atención que ningún estudiante de cuarto año obtuvo un nivel "Bueno". En contraste, los estudiantes de sexto año muestran una distribución diferente, con un 23,3% (n = 7) en nivel "Malo", un 66,7% (n = 20) en "Regular" y un 10,0% (n = 3) en "Bueno". Además, según el análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado, se obtuvo un nivel de significancia de  $p < 0.001$  lo que evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el año de estudios y el nivel de conocimiento sobre SVB para adultos. Ver Tabla 6.

**Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre SVB para adultos de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios**

		Nivel de conocimiento sobre SVB para adultos				
			Malo	Regular	Bueno	Total
Año de estudios	Cuarto año	N	43	21	0	64
		%	67.2%	32.8%	0.0%	100.0%
	Quinto año	N	35	10	1	46
		%	76.1%	21.7%	2.2%	100.0%
	Sexto año	N	7	20	3	30
		%	23.3%	66.7%	10.0%	100.0%
Total		N	85	51	4	140
		%	60.7%	36.4%	2.9%	100.0%

Al analizar según sexo, se observa que tanto en los estudiantes de sexo femenino como masculino hay un predominio de un nivel de conocimiento "Malo" seguido de un nivel de conocimiento "Regular". Además, según el análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado, se obtuvo un nivel de significancia de  $p < 0.732$  por lo que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables sexo y el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos. Ver Tabla 7.

**Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre SVB para adultos de los estudiantes de la FO – UNMSM según sexo**

		Nivel de conocimiento sobre SVB para adultos				
			Malo	Regular	Bueno	Total
Sexo	Masculino	N	30	21	1	52
		%	57.7%	40.4%	1.9%	100.0%
	Femenino	N	55	30	3	88
		%	62.5%	34.1%	3.4%	100.0%
Total		N	85	51	4	140
		%	60.7%	36.4%	2.9%	100.0%

Referente al nivel de conocimiento sobre el reconocimiento del paro cardiaco y la activación de la respuesta a emergencias, la mayoría de los estudiantes de la FO - UNMSM presentan un conocimiento "Regular". Al desglosar por año de estudio, se observa que, en cuarto año, predomina el nivel de conocimiento "Regular" en un 68,8% (n = 44). En quinto año, la situación es más crítica, con un 50,0% (n = 23) en los niveles "Regular" y "Malo", resaltando la ausencia de estudiantes con nivel "Bueno" (0,0%). Sin embargo, en sexto año, más de la mitad de los estudiantes presenta un nivel "Regular". Según el análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado, se obtuvo un nivel de significancia de  $p < 0.001$  lo que evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables. Ver Tabla 8.

**Tabla 8. Nivel de conocimiento sobre reconocimiento del paro cardiaco y activación de la respuesta a emergencias de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios**

		Nivel de conocimiento sobre reconocimiento del paro cardiaco y activación de la respuesta a emergencias				Total
		Malo	Regular	Bueno		
Año de estudios	Cuarto año	N	18	44	2	64
		%	28.1%	68.8%	3.1%	100.0%
	Quinto año	N	23	23	0	46
		%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
	Sexto año	N	6	19	5	30
		%	20.0%	63.3%	16.7%	100.0%
Total		N	47	86	7	140
		%	33.6%	61.4%	5.0%	100.0%

Con respecto al nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad, en general, los estudiantes de la FO - UNMSM presentan conocimientos principalmente entre "Regulares" y "Malos". El 49,3% (n = 69) se ubicó en el nivel "Regular", seguido de cerca por el 46,4% (n = 65) con un nivel "Malo". Al analizar la

distribución por año de estudio, se observa que en cuarto año, el conocimiento se divide casi por igual entre "Malo" (51,6%, n = 33) y "Regular" (48,4%, n = 31). En quinto año, la tendencia es similar o ligeramente más desfavorable, con el 56,5% (n = 26) en nivel "Malo". Sin embargo, los estudiantes de sexto año muestran una mejora notoria con predominio del nivel "Regular" (63,3%, n = 19). Según el análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado, se obtuvo un nivel de significancia de  $p < 0.001$  lo que evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables. Ver Tabla 9.

**Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar de alta calidad de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios**

		Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar de alta calidad				
			Malo	Regular	Bueno	Total
Año de estudios	Cuarto año	N	33	31	0	64
		%	51.6%	48.4%	0.0%	100.0%
	Quinto año	N	26	19	1	46
		%	56.5%	41.3%	2.2%	100.0%
	Sexto año	N	6	19	5	30
		%	20.0%	63.3%	16.7%	100.0%
Total		N	65	69	6	140
		%	46.4%	49.3%	4.3%	100.0%

En relación al nivel de conocimiento sobre el uso del desfibrilador externo automático (DEA), los resultados indican una deficiencia generalizada entre los estudiantes de pregrado de la FO - UNMSM. Del total de participantes, un 60,0% (n = 84) presentó un conocimiento "Malo". Al examinar los resultados por año de estudio, se observa que en cuarto año, el 62,5% (n = 40) de los estudiantes tiene un conocimiento "Malo". La situación es aún más preocupante en quinto año, donde el 71,7% (n = 33) se encuentra en el nivel "Malo". A pesar de la tendencia general, en sexto año se observa que el nivel de conocimiento "Malo" se reduce a un 36,7% (n = 11), mientras que el "Regular" aumenta a 56,7% (n = 17) y el "Bueno" a 6,7% (n = 2). Según el

análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado, se obtuvo un nivel de significancia de  $P = 0,014$  lo que evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables. Ver Tabla 10.

**Tabla 10. Nivel de conocimiento sobre el uso del desfibrilador externo automático de los estudiantes de la FO – UNMSM según año de estudios**

		Nivel de conocimiento sobre el uso del desfibrilador externo automático				Total
		Malo	Regular	Bueno		
Año de estudios	Cuarto año	N	40	24	0	64
		%	62.5%	37.5%	0.0%	100.0%
	Quinto año	N	33	12	1	46
		%	71.7%	26.1%	2.2%	100.0%
	Sexto año	N	11	17	2	30
		%	36.7%	56.7%	6.7%	100.0%
Total	N	84	53	3	140	
	%	60.0%	37.9%	2.1%	100.0%	

## 6. DISCUSIÓN

En la presente investigación se tuvo como resultado que el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos de manera general fue “malo” (60,7%). Estos resultados revelan una notoria deficiencia en la formación de los futuros cirujanos dentistas, más si se considera que el adecuado dominio del soporte vital básico constituye un componente esencial para la atención oportuna de emergencias médicas en el consultorio dental. Al contrastar estos hallazgos con los reportados en investigaciones internacionales, se observa una tendencia similar. Chandrasekaran y col. (2010) evaluaron a más de mil participantes entre estudiantes y profesionales de ciencias de la salud en India, encontrando que solo un 0,19% alcanzó un nivel alto de conocimientos, mientras que la gran mayoría obtuvo calificaciones deficientes. De manera semejante, Oteir (2019) en Jordania reportó que el 78,5% de los estudiantes de carreras relacionadas a la salud no habían recibido capacitación previa en RCP, lo

que se tradujo en un conocimiento escaso sobre el tema. Asimismo, De Mauro y col. (2018) en Italia encontraron que más de la mitad de los estudiantes de odontopediatría nunca había recibido formación en soporte vital básico y, en la evaluación práctica, más del 70% obtuvo puntuaciones inadecuadas en maniobras de RCP para niños y bebés. Estos resultados coinciden con lo hallado en nuestro estudio, en el que menos del 3% de los estudiantes alcanzaron un nivel “bueno”, lo que refuerza la idea de que la formación en SVB durante la etapa universitaria es aún insuficiente en diversos contextos académicos.(3,4,9)

Otros autores han señalado además que, aunque las emergencias médicas potencialmente mortales en el ámbito odontológico no sean frecuentes, el grado de preparación profesional suele ser limitado. Arsati et al. (2010) en Brasil y Smereka y col. (2019) en Polonia evidenciaron que una proporción considerable de odontólogos no se sentía capaz de manejar situaciones críticas como un paro cardíaco o un shock anafiláctico, pese a la posibilidad real de que estos eventos ocurran durante la atención clínica. En el caso de nuestro estudio, donde los estudiantes representan una población aún en formación, el nivel de preparación deficiente pone en evidencia la necesidad de incorporar de manera estructurada y obligatoria la enseñanza del SVB en la malla curricular de estudios.(5,6)

A nivel nacional, también se observan hallazgos semejantes. Hidalgo (2018) en Lima reportó que tanto docentes como alumnos de posgrado de una universidad privada obtuvieron un promedio de 7,94 sobre 20 en un cuestionario teórico, lo cual indica un nivel deficiente de conocimientos. Nina (2023), en Tacna, comparó a estudiantes que llevaron un curso electivo de RCP con aquellos que no lo llevaron y encontró que, en ambos grupos, el nivel de conocimientos fue “malo”, lo cual coincide estrechamente con los resultados de nuestra investigación. De igual forma, Oblitas (2024) en Chiclayo halló que más de la mitad de los estudiantes de estomatología presentó un nivel “regular” y cerca del 14% un nivel “malo”, mientras que solo una minoría alcanzó un nivel “bueno”. Estas coincidencias con estudios realizados en diferentes universidades

del Perú evidencian una problemática común: la insuficiente preparación de los estudiantes de odontología frente a emergencias médicas.(14,15,18)

En contraste, algunos estudios nacionales mostraron mejores niveles de conocimiento. Jacinto (2023), en Trujillo, encontró que más de la mitad de los odontólogos presentó un nivel “bueno”, mientras que un 20,5% obtuvo un nivel “malo”. Ascanoa y col. (2017), en Chiclayo, reportaron que la mayoría de los odontólogos tenía un nivel de conocimiento medio. Estas diferencias podrían explicarse por la experiencia clínica acumulada en profesionales ya egresados y por la posibilidad de haber recibido entrenamientos adicionales en la práctica laboral, lo cual contrasta con la realidad de los estudiantes de nuestra muestra, quienes aún se encuentran en proceso de formación universitaria.(16,17)

Un aspecto importante de resaltar es que investigaciones recientes han empleado el mismo instrumento en otras poblaciones de estudiantes y egresados de carreras de ciencias de la salud, lo que permite una comparación directa con los resultados de nuestro estudio. Melgarejo (2023), en egresados de medicina humana de la UNMSM, reportó que el 53,85% alcanzó un nivel de conocimiento “regular”, el 29,23% un nivel “bueno” y solo el 16,92% un nivel “malo”. Estos resultados son claramente superiores a los obtenidos en nuestra investigación, donde el 60,7% de estudiantes de odontología se ubicó en nivel “malo” y apenas el 2,9% alcanzó un nivel “bueno”. Al analizar las dimensiones, Melgarejo encontró que el 75,4% tuvo un conocimiento “regular” en el uso del DEA, mientras que en nuestro caso el 60% de los estudiantes mostró un nivel “malo” en esta dimensión. Estas diferencias podrían explicarse por el mayor énfasis que recibe la enseñanza de emergencias médicas en la formación de medicina humana, en comparación con odontología, donde los contenidos de SVB suelen estar menos desarrollados en la currícula.(22)

De manera similar, Chuquihuanca (2021) en Lambayeque evaluó a estudiantes de sexto año de medicina, encontrando que el 70% tenía un nivel “regular”, el 22% “malo” y solo el 8% “bueno”. Al desagregar por dimensiones, el 70% mostró conocimientos

intermedios en RCP de calidad y en el uso del DEA, mientras que en la identificación del paro cardiaco y activación del sistema de emergencias predominó un nivel bajo (50%). Si bien estos resultados no alcanzan niveles óptimos, evidencian un desempeño notablemente mejor que el encontrado en los estudiantes de odontología de nuestro estudio, especialmente en dimensiones críticas como RCP de calidad y DEA. Esta diferencia refuerza la idea de que la formación odontológica en SVB requiere ser fortalecida desde los primeros años, incorporando prácticas supervisadas que permitan alcanzar estándares similares a los de otras carreras de la salud.(23)

Un aspecto que resaltar en nuestro estudio fue la marcada diferencia por año académico. Los estudiantes de sexto año mostraron mejores resultados que los de cuarto y quinto, con un 10% en nivel “bueno” frente a la ausencia de este nivel en cuarto año. Esta tendencia sugiere que el avance académico contribuye a una ligera mejora en los conocimientos, posiblemente debido a una mayor exposición a asignaturas clínicas o a capacitaciones extracurriculares. Sin embargo, cabe resaltar que incluso en sexto año, la mayoría de los estudiantes se ubicó en nivel “regular” (66,7%), lo que demuestra que la formación actual sigue siendo insuficiente para garantizar competencias sólidas en SVB al momento del egreso. Estos hallazgos guardan relación con lo señalado por Sopka et al. (2012), quienes observaron que la inclusión de cursos prácticos puede mejorar de manera significativa la autopercepción de los estudiantes respecto a su preparación, reforzando la necesidad de implementar programas de capacitación obligatorios y periódicos.(12)

En relación con el sexo, en el presente estudio se observó que tanto varones como mujeres presentaron predominantemente un nivel malo de conocimiento sobre SVB para adultos, con 57.7% y 62.5% respectivamente, sin diferencias marcadas entre ambos grupos. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Melgarejo (2023), quien tampoco encontró asociación entre el sexo y el nivel de conocimiento en RCP básica en egresados de medicina humana, a pesar de que en su población predominó un nivel medio de conocimientos (53.85%) y un nivel alto en un 29.23%. De manera

similar, Chuquiwanca (2021) no evidenció diferencias por sexo y reportó un predominio de nivel intermedio (70%) en estudiantes de medicina de sexto año. En conjunto, los resultados sugieren que el sexo no constituye un factor determinante en el nivel de conocimientos sobre SVB, siendo más relevante la formación previa y la exposición a entrenamientos recientes en reanimación.(22,23)

Al analizar las dimensiones específicas de nuestro cuestionario, se observa que el nivel de conocimiento sobre el reconocimiento del paro cardíaco y la activación de la respuesta a emergencias fue predominantemente “regular” (61,4%), con una mínima proporción en nivel “bueno” (5,0%). En cuanto a la reanimación cardiopulmonar de alta calidad, los resultados fueron aún más preocupantes, pues casi la mitad de los estudiantes se ubicó en nivel “malo” (46,4%), y solo el 4,3% alcanzó un nivel “bueno”. Respecto al uso del desfibrilador externo automático, el 60% presentó un nivel “malo”, siendo esta la dimensión con peores resultados. Esta situación es especialmente crítica si se considera que el uso oportuno de un DEA puede duplicar o triplicar las probabilidades de supervivencia en un paro cardíaco.

Por otro lado, el bajo porcentaje de estudiantes que refirió haber recibido capacitación previa en RCP (10%) podría explicar en parte los resultados deficientes obtenidos. Investigaciones como la de Stafuzza y col. (2014), han señalado que la capacitación, aunque mejora los resultados, no siempre garantiza un desempeño óptimo si no se refuerza periódicamente, ya que el tiempo transcurrido desde la última formación influye directamente en la pérdida de habilidades y conocimientos. Esto pone de manifiesto la importancia de implementar programas de entrenamiento continuos que refuercen no solo los aspectos teóricos, sino también las destrezas prácticas mediante simulaciones clínicas.(49)

En conjunto, los resultados de este estudio y de la literatura revisada muestran que el nivel de conocimiento en soporte vital básico entre los estudiantes de odontología continúa siendo insuficiente tanto a nivel nacional como internacional. La falta de inclusión de cursos obligatorios y de evaluaciones periódicas en la currícula

universitaria constituye un factor determinante en esta deficiencia. Tal como recomiendan diversos autores, resulta necesario que las facultades de odontología implementen estrategias formativas más sólidas, integrando la enseñanza del SVB desde los primeros años de estudio y reforzándola a lo largo de la carrera con prácticas supervisadas.

Finalmente, entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el hecho de que se evaluó únicamente el conocimiento teórico, sin considerar las habilidades prácticas, que son igualmente relevantes para un adecuado desempeño clínico. Asimismo, la muestra estuvo conformada por una sola universidad, lo que limita la generalización de los resultados. Sin embargo, como fortaleza, se destaca que se trata de un estudio pionero en estudiantes de odontología de la UNMSM, con un tamaño de muestra considerable y el uso de un instrumento estructurado que permitió evaluar múltiples dimensiones del SVB.

## **7. CONCLUSIONES**

Se concluye que el nivel general de conocimientos sobre soporte vital básico de los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año de la FO – UNMSM es “Malo”. Los estudiantes de cuarto y quinto año concentran los mayores porcentajes en nivel “Malo”, mientras que en sexto año se observa un incremento en el nivel “Regular” y en el nivel “Bueno”.

Con respecto a la primera dimensión: “Reconocimiento del paro cardíaco y activación de la respuesta”, hay un predominio el nivel “Regular”.

En la segunda dimensión “Reanimación cardiopulmonar de alta calidad”, hay un predominio del nivel “Malo”.

En la tercera dimensión: “Uso del desfibrilador externo automático”, hay un predominio del nivel “Malo”.

## **8. RECOMENDACIONES**

Se recomienda desarrollar futuras líneas de investigación orientadas a identificar los factores que influyen en el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico, así como evaluar las habilidades prácticas, que son igualmente relevantes para un adecuado desempeño clínico. Asimismo, se sugiere que la Escuela Profesional de Odontología implemente estrategias formativas continuas que incluyan talleres prácticos y simulaciones clínicas desde los primeros años y a lo largo de toda la carrera, con el fin de asegurar que los futuros profesionales estén capacitados para responder adecuadamente ante emergencias médicas, dado que una intervención oportuna puede ser determinante para la supervivencia del paciente.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Molina-Ayasta C, Mejía-Benites K, Leguía-Cerna J. Registro de la Reanimación Cardiopulmonar en el Perú: una necesidad apremiante. 16 de julio de 2019; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12959/3791>
2. Meaney PA, Bobrow BJ, Christenson J, de Caen AR, Bhanji F, Abella BS, et al. Declaración de consenso de la American Heart Association.
3. Chandrasekaran S, Kumar S, Bhat SA, Saravanakumar, Shabbir PM, Chandrasekaran V. Awareness of basic life support among medical, dental, nursing students and doctors. *Indian J Anaesth.* 2010;54(2):121-6.
4. Oteir AO, Almhdawi KA, Kanaan SF, Alwidyan MT, Williams B. Cardiopulmonary resuscitation level of knowledge among allied health university students in Jordan: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 19 de noviembre de 2019;9(11):e031725.
5. Smereka J, Aluchna M, Aluchna A, Szarpak Ł. Preparedness and attitudes towards medical emergencies in the dental office among Polish dentists. *Int Dent J.* 2019;69(4):321-8.
6. Arsati F, Montalli VÂ, Flório FM, Ramacciato JC, da Cunha FL, Cecanho R, et al. Brazilian Dentists' Attitudes About Medical Emergencies During Dental Treatment. *J Dent Educ.* 2010;74(6):661-6.
7. Síntomas del infarto al corazón son diferentes en hombres y mujeres [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/19600-sintomas-del-infarto-al-corazon-son-diferentes-en-hombres-y-mujeres>
8. Al año más de 4 mil personas mueren por infarto en el Perú [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34838-al-ano-mas-de-4-mil-personas-mueren-por-infarto-en-el-peru>
9. De Mauro LM, Oliveira LB, Bergamaschi CDC, Ramacciato JC, Motta RHL. Evaluation of knowledge of students in paediatric dentistry concerning cardiopulmonary resuscitation skills in children. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* junio de 2018;19(3):133-8.
10. Raffee L, Khader Y, Oteir A, Alawneh K, Saqan RS, Beovich B, et al. Final Year Dental Students' Perception of Knowledge, Training and Competence in Medical Emergency Management. *Glob J Health Sci.* 23 de abril de 2018;10(6):p1.
11. Urban J, Thode H, Stapleton E, Singer AJ. Current knowledge of and willingness to perform Hands-Only™ CPR in laypersons. *Resuscitation.* 1 de noviembre de 2013;84(11):1574-8.
12. Sopka S, Biermann H, Druener S, Skorning M, Knops A, Fitzner C, et al. Practical skills training influences knowledge and attitude of dental students towards emergency medical care. *Eur J Dent Educ.* 2012;16(3):179-86.
13. Alkandari SA, Alyahya L, Abdulwahab M. Cardiopulmonary resuscitation knowledge and attitude among general dentists in Kuwait. *World J Emerg Med.* 2017;8(1):19-24.

14. Hidalgo Chávez JA. Conocimiento sobre Soporte Vital Básico en docentes y alumnos de posgrado de Estomatología. 2018 [citado 17 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3981>
15. Nina Mamani ALN. "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS DE LOS ESTUDIANTES DE 3°, 4° Y 5° AÑO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA QUE LLEVARON EL CURSO ELECTIVO DE RCP BÁSICA. TACNA 2022". [Tacna]: Universidad Privada de Tacna;
16. Ascanoa Olazo J. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ODONTOLOGOS DE CHICLAYO, 2017. 2017;
17. Jacinto Ponce GE. "Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera de la provincia de Trujillo - 2017". 2023.
18. Oblitas Perez GE. Nivel de conocimiento sobre soporte vital básico en estudiantes de la escuela de Estomatología de la USS, 2021. Repos Inst - USS [Internet]. 2024 [citado 17 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/13484>
19. Cabanillas Moreno LG. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad. año 2018. 2021.
20. Mecola Gonzales AJ. Relación entre nivel de conocimiento y actitud en soporte básico de vida de pacientes adultos en egresados de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – 2021. 2021 [citado 17 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/5133>
21. Aranzábal-Alegría G, Verastegui-Díaz A, Quiñones-Laveriano DM, Quintana-Mendoza LY, Vilchez-Cornejo J, Espejo CB, et al. Factors influencing the level of knowledge of cardiopulmonary resuscitation in hospitals in Peru. *Colomb J Anesthesiol*. 1 de abril de 2017;45(2):114-21.
22. Melgarejo Javier LM. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica en egresados de medicina humana de una universidad pública. Lima - 2023 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/ce9dfab5-7c8b-4bdd-9af4-5ac5c52146cd>
23. Chuquihuanca Obeso AM, Liza Guevara CM. Nivel de conocimientos de Soporte Vital Básico en estudiantes de medicina de una universidad pública de Lambayeque, 2021. 2021 [citado 20 de noviembre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9220>
24. [www.heart.org](https://www.heart.org) [Internet]. [citado 16 de junio de 2024]. What is Cardiac Arrest? Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest/about-cardiac-arrest>
25. Bougouin W, Cariou A. Paro cardíaco. *EMC - Tratado Med*. 1 de diciembre de 2017;21(4):1-8.

26. Rodríguez Mañero, Moisés. Fundación Española del Corazón. [citado 20 de junio de 2024]. Muerte súbita. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/muerte-subita.html>
27. Kumar A, Avishay DM, Jones CR, Shaikh JD, Kaur R, Aljadah M, et al. Sudden cardiac death: epidemiology, pathogenesis and management. *Rev Cardiovasc Med*. 30 de marzo de 2021;22(1):147-58.
28. Modi S, Krahn AD. Sudden Cardiac Arrest Without Overt Heart Disease. *Circulation*. 28 de junio de 2011;123(25):2994-3008.
29. Natale A, Raviele A. Ventricular Tachycardia / Fibrillation Ablation: The state of the Art based on the VeniceChart International Consensus Document. John Wiley & Sons; 2009. 310 p.
30. Foglesong A, Mathew D. Pulseless Ventricular Tachycardia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554467/>
31. Jordan MR, Lopez RA, Morrisonponce D. Asystole. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430866/>
32. Oliver TI, Sadiq U, Grossman SA. Pulseless Electrical Activity. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513349/>
33. Marijon E, Uy-Evanado A, Dumas F, Karam N, Reinier K, Teodorescu C, et al. Warning Symptoms Are Associated With Survival From Sudden Cardiac Arrest. *Ann Intern Med*. 5 de enero de 2016;164(1):23-9.
34. Andersen LW, Holmberg MJ, Berg KM, Donnino MW, Granfeldt A. In-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA*. 26 de marzo de 2019;321(12):1200-10.
35. Milan M, Perman SM. Out of Hospital Cardiac Arrest: A Current Review of the Literature that Informed the 2015 American Heart Association Guidelines Update. *Curr Emerg Hosp Med Rep*. diciembre de 2016;4(4):164-71.
36. IVE BLS Instructor Manual eBook [Internet]. [citado 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://ebooks.heart.org/es/product/ive-bls-instructor-manual-ebook-international-english50160945>
37. Roshana S, KH B, RM P, MW S. Basic life support: knowledge and attitude of medical/paramedical professionals. *World J Emerg Med*. 2012;3(2):141-5.
38. Patel K, Hipskind JE. Cardiac Arrest. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534866/>
39. Goyal A, Sciammarella JC, Cusick AS, Patel PH. Cardiopulmonary Resuscitation. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 9 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470402/>

40. Lazzarin T, Tonon CR, Martins D, Fávero EL, Baumgratz TD, Pereira FWL, et al. Post-Cardiac Arrest: Mechanisms, Management, and Future Perspectives. *J Clin Med*. 29 de diciembre de 2022;12(1):259.
41. Acosta Gutiérrez E, Alba-Amaya A, Roncancio-Rodríguez S, Navarro J. Post-cardiac arrest syndrome in adult hospitalized patients. *Colomb J Anesthesiol*. 11 de marzo de 2021;50.
42. Kahri J, Rapola J. Cardiovascular disorders in dental practice. *Den Nor Tann Tid* [Internet]. 2 de febrero de 2005 [citado 23 de octubre de 2024];115(2). Disponible en: <https://www.tannlegetidende.no/journal/2005/2/dntt-133556/>
43. Angina de pecho [Internet]. National Library of Medicine; [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/angina.html>
44. Vieira D. Clínicas Propdental. [citado 29 de octubre de 2024]. Paro cardiaco. Disponible en: <https://www.propdental.es/pacientes-especiales/paro-cardiaco/>
45. Miller-Davis C, Marden S, Leidy NK. The New York Heart Association Classes and functional status: What are we really measuring? *Heart Lung*. julio de 2006;35(4):217-24.
46. DeCS [Internet]. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30213&filter=ths\\_termall&q=Apoyo%20Vital%20B%C3%A1sico%20Card%C3%ADaco](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30213&filter=ths_termall&q=Apoyo%20Vital%20B%C3%A1sico%20Card%C3%ADaco)
47. DeCS [Internet]. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=6475>
48. Sinner J. Desfibrilador externo automático (DEA). *Rev Argent Cardiol*. febrero de 2016;84(1):1-5.
49. Stafuzza TC, Carrara CFC, Oliveira FV, Santos CF, Oliveira TM. Evaluation of the dentists' knowledge on medical urgency and emergency. *Braz Oral Res*. 18 de agosto de 2014;28(1):1-5.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos de los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2025?</p>	<b>Objetivo general</b>	<p>El nivel de conocimiento sobre soporte vital básico en adultos en los estudiantes de la facultad de odontología es bajo.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre RCP básica en adultos</p>	<b>Tipo de estudio</b>
	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico para adultos de los estudiantes de Odontología de una universidad pública.</p>			<p>Descriptivo y transversal</p>
	<b>Objetivos específicos</b>			<b>Población y muestra</b>
	<p>Identificar el nivel de conocimiento sobre el reconocimiento del paro cardíaco de los estudiantes de Odontología.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre la activación de la respuesta a emergencias de los estudiantes de Odontología.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre la reanimación cardiopulmonar de alta calidad de los estudiantes de Odontología.</p>			<p><b>Población:</b> Estudiantes del cuarto, quinto y sexto año de estudios de la FO - UNMSM.</p> <p>Muestra: 140 estudiantes de la facultad de odontología.</p>
	<p>Identificar el nivel de conocimiento sobre el uso del desfibrilador externo automático de los estudiantes de Odontología.</p>			<b>Criterios de inclusión</b>
				<p>Estudiantes de pregrado de la FO de la UNMSM debidamente matriculados en el semestre académico 2025-I pertenecientes al cuarto año (7mo y 8vo semestre), quinto año (9no y 10mo semestre) y sexto año (Internado hospitalario). Estudiantes que acepten realizar el cuestionario a través del consentimiento informado.</p>
				<b>Criterios de exclusión</b>
				<p>Estudiantes que no acepten dar su consentimiento informado. Estudiantes que no pertenezcan al cuarto año (7mo y 8vo semestre), quinto año (9no y 10mo semestre) y sexto año de estudios (Internado hospitalario). Estudiantes que decidan suspender su participación durante la investigación.</p>
				<b>Método de recolección de datos</b>
				<p><b>Método:</b> Encuesta <b>Instrumento:</b> Cuestionario impreso</p>

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



### “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLÓGIA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA. LIMA – PERÚ 2024”

**Investigador:** Alexis Mauricio Benites Muñoz, Bachiller en Odontología de la FO – UNMSM.

Estimado participante, a continuación, se le brinda el Consentimiento Informado por favor léalo cuidadosamente antes de decidir su participación con total libertad sin ser coaccionado o influenciado en el presente estudio.

**Propósito del estudio:** Lo invitamos a participar del presente trabajo de investigación, el cual tiene como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre soporte vital básico en adultos de los estudiantes de odontología.

**Procedimiento:** Si usted acepta participar en esta investigación, deberá realizar el cuestionario siguiente en su totalidad, el cual le tomará 10 minutos. Una vez realizado el cuestionario, este será recepcionado por el investigador.

**Riesgos y beneficios:** Usted no presentará riesgo alguno por participar en este estudio. Así mismo, no se presentan beneficios directos por su participación, únicamente la satisfacción de participar y ayudar al avance de esta investigación.

**Costos e incentivos:** Usted no deberá realizar ningún pago por participar en este estudio y de la misma manera, no recibirá incentivo de ninguna índole.

**Confidencialidad:** Toda opinión o información que Ud. entregue será tratada confidencialmente. Su identidad no será revelada. Al presentar los resultados de esta investigación no serán utilizados sus datos, o respuestas que permitan individualizarlo. La información será resguardada en un archivo digital protegido con contraseña y sólo será usada para la presente investigación.

**DERECHOS DEL PARTICIPANTE:** Se le recuerda que su participación es voluntaria y se respeta su derecho a negarse o retirarse en el momento que considere conveniente. Ante cualquier duda o inquietud puede contactarse con el investigador responsable: Alexis Benites Muñoz. Email: [alexismbenitesm@outlook.com](mailto:alexismbenitesm@outlook.com) Celular: 959349782

**DATOS DE CONTACTO DEL COMITÉ DE ÉTICA:** Para preguntas de sus derechos como voluntario(a) y/o si considera que sus derechos fueron vulnerados, puede comunicarse con:

Presidente del Comité de Ética: Dra. María del Pilar Gamarra Contreras  
Dirección: German Amezaga s/n. Lima. Facultad de Odontología UNMSM  
Correo electrónico: [comitedeetica.fo@unmsm.edu.pe](mailto:comitedeetica.fo@unmsm.edu.pe)

**Declaración de Consentimiento**

Declaro que tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a satisfacción, que no he sido coaccionado, ni influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto voluntariamente participar en el estudio.

Nombres y apellidos del participante:

Lugar:

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

Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado

---

FIRMA

Nombres y apellidos de persona a cargo del proceso de consentimiento: Alexis Benites Muñoz

Lugar:

Fecha:

---

FIRMA

## ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) PARA ADULTOS

#### DATOS DEMOGRÁFICOS:

1. Sexo:  
Masculino ( )  
Femenino ( )
2. Edad: \_\_\_\_\_ años
3. Año de estudios: \_\_\_\_\_ año
4. Ha realizado alguna capacitación específica sobre reanimación cardiopulmonar en los últimos 2 años:  
Sí ( )  
No ( )  
Si su respuesta es sí, ¿cuál?: \_\_\_\_\_
5. Tiene alguna otra profesión relacionada con ciencias de la salud:  
Sí ( )  
No ( )  
Si su respuesta es sí, ¿cuál?: \_\_\_\_\_

#### CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

##### A) RECONOCIMIENTO DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR) Y ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIA

1. La primera acción por realizar en caso de encontrarse con una persona tendida en el suelo y que aparenta estar inconsciente es:
  - a) Mover los hombros para despertarlo.
  - b) Mirar el tórax para saber si respira.
  - c) Buscar pulso arterial.
  - d) **Verificar seguridad del área.**
2. El tiempo máximo (en segundos) a utilizar al realizar cada una de las siguientes acciones: verificar si la víctima respira, verificar si tiene pulso, abrir la vía aérea o dar dos ventilaciones es de:
  - a) 5
  - b) 8
  - c) **10**
  - d) 15
3. En caso de que encuentre a un adulto tendido en el piso, que no responde al llamado y tiene pulso y respiración, usted debe:
  - a) Iniciar RCP.
  - b) Llamar una ambulancia.
  - c) **Vigilar a la víctima.**
  - d) Iniciar ventilaciones de rescate.
4. En una víctima inconsciente, que no respira y el pulso no se detecta, lo que se debe hacer inmediatamente es:
  - a) Ventilar.
  - b) Usar el DEA.
  - c) **Iniciar RCP.**
  - d) Golpear el pecho.
5. Para la comprobación del pulso en una posible víctima de paro cardio respiratorio (PCR), ¿Qué arteria se recomienda palpar?
  - a) Radial.

- b) Braquial.
  - c) Femoral.
  - d) Carótida.
6. Para activar el sistema de respuesta a emergencias en Perú, usted pide que llamen al número:
- a) 105
  - b) 116
  - c) 106
  - d) 911

Situación (para preguntas 7 y 8): Un varón de 53 años se colapsa súbitamente y ya no responde. Usted presencia el desvanecimiento y es la primera persona en llegar al lugar, el cual es seguro. Le encuentra tendido en el suelo e inmóvil:

7. Lo primero que debe hacer es:
- a) Activar el sistema de respuesta a emergencias.
  - b) Iniciar RCP de alta calidad comenzando por las compresiones torácicas.
  - c) Comenzar a administrar las ventilaciones de rescate.
  - d) Verificar si está consciente.
8. Si la víctima no responde cuando le toca los hombros y exclama "¿Está bien?". Usted deberá:
- a) Comprobar el pulso.
  - b) Iniciar la RCP de alta calidad.
  - c) Ventilación a presión positiva.
  - d) Pedir ayuda y activar el sistema de emergencia local.

#### B) REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE ALTA (RCP) CALIDAD

9. Por cada minuto de retraso en el inicio de la reanimación cardio pulmonar (RCP), la tasa de sobrevivencia disminuye:
- a) 5%
  - b) 10%
  - c) 15%
  - d) 20%
10. Según la Guía de la American Heart Association (AHA) 2020, el tiempo máximo para iniciar la RCP, luego de identificar el PCR, debe ser de \_\_\_ segundos.
- a) 1
  - b) 2
  - c) 5
  - d) 10
11. El algoritmo del soporte vital básico (SVB), según la guía AHA 2020, sigue en orden las siguientes acciones:
- a) Compresión - Vía aérea - ventilación
  - b) Vía aérea - Ventilación - Compresión
  - c) Ventilación - Compresión - Vía aérea
  - d) Compresión - Ventilación - Vía aérea
12. La posición correcta de las manos del reanimador al realizar compresiones debe tener las siguientes características, excepto:
- a) Talón de mano sobre la línea intermamilar.
  - b) Manos entrelazadas.
  - c) Dedos de mano en contacto con tórax no tocan la piel de la víctima.
  - d) Palma de mano del reanimador en contacto amplio con la piel del tórax.
13. Durante las compresiones torácicas, los brazos deben estar:
- a) Flexionados al nivel del codo.
  - b) Formando un ángulo de 60 grados con la superficie torácica.
  - c) Rectos y perpendiculares al tórax en 90°.
  - d) Formando un ángulo de 45 grados con la superficie torácica.
14. La velocidad de las compresiones en un minuto debe ser de:

- a) 80-90
  - b) 90-100
  - c) 100 a 120
  - d) 120 a 140
15. Para que las ventilaciones sean efectivas, la vía aérea de la víctima debe estar abierta. La maniobra más recomendada para este propósito es:
- a) Tracción mandibular
  - b) Maniobra frente – mentón
  - c) Depresión del mentón
  - d) Hiperflexión de la cabeza
16. Las ventilaciones que forman parte del protocolo de RCP, sin dispositivos avanzados de vía aérea, deben durar \_\_\_ segundos.
- a) 1
  - b) 2
  - c) 3
  - d) 4
17. El tiempo máximo para realizar las ventilaciones es de \_\_\_ segundos.
- a) 5
  - b) 10
  - c) 15
  - d) 20
18. Si un PCR es asistido con dos reanimadores, el tiempo máximo recomendado para intercalar las funciones entre ambos (compresiones y ventilaciones) es de:
- a) 1 minuto
  - b) 2 minutos
  - c) 3 minutos
  - d) 5 minutos
19. La asistencia a un PCR con más de un reanimador determina los siguientes roles:
- a) Con dos reanimadores, uno comprime y el otro ventila simultáneamente
  - b) Con dos reanimadores, uno comprime 15 veces y el otro ventila 1 vez
  - c) Con tres reanimadores, uno comprime 30 veces y los otros dos ventilan con bolsa mascarilla
  - d) Con tres reanimadores, uno comprime 15 veces y los otros dos ventilan con bolsa mascarilla
20. ¿En qué lugares se producen la mayoría de los PCR extrahospitalarios?
- a) Vía pública
  - b) Instalaciones recreativas
  - c) Domicilios
  - d) Centros comerciales
21. De acuerdo a la cadena de supervivencia extrahospitalaria en adultos, el tercer eslabón es:
- a) Soporte vital avanzado
  - b) RCP de alta calidad
  - c) Desfibrilación temprana
  - d) Pedir ayuda
22. Los reanimadores Legos (sin entrenamiento específico) que pertenecen a la cadena de supervivencia extrahospitalario solo les corresponde ejecutar hasta:
- a) 3° eslabón
  - b) 4° eslabón
  - c) 5° eslabón
  - d) 6° eslabón

### C) USO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

23. El DEA (desfibrilador externo automático) tiene una de las siguientes características, excepto:
- a) Es un equipo para uso extrahospitalario.
  - b) Puede usarla personal no capacitado.

- c) Puede descargar incluso en víctimas sin PCR.  
d) Usa parches que se adhieren a la piel del tórax.
24. El DEA es solicitado \_\_\_\_.
- Antes de evaluar la seguridad del área
  - Después del primer ciclo de RCP
  - Al determinar que la víctima no respira y no tiene pulso
  - Luego que se determina que la víctima no responde.
25. La acción inicial cuando el DEA llega al lugar donde se encuentra la víctima es:
- Encenderlo.
  - Colocar los parches.
  - Pulsar el botón de analizar.
  - Pulsar el botón de descarga.
26. Si en el lugar donde se encuentra una víctima de PCR se tiene una DEA, se debe:
- Realizar 2 minutos de RCP como mínimo y luego desfibrilar.
  - Desfibrilar lo antes posible si el DEA lo indica.
  - Esperar a que el personal capacitado llegue para usar el DEA.
  - Comprobar si el paciente respira.
27. En una de las siguientes situaciones se puede usar el DEA sin riesgo:
- Víctima dentro del agua.
  - Piel del tórax húmeda.
  - Piel del tórax con abundantes vellos.
  - Víctima sobre nieve o hielo.
28. Si una víctima de paro cardíaco tiene un marcapasos o desfibrilador implantado, usted deber:
- Evitar colocar el parche del DEA sobre el dispositivo implantado.
  - Evitar utilizar el DEA para que el dispositivo implantado no sufra daños.
  - Apagar el dispositivo implantado antes de colocar los parches del DEA.
  - Plantearse la posibilidad de usar parches pediátricos para disminuir la dosis de descarga administrada.
29. Inmediatamente después de realizar la descarga del DEA, Usted deber:
- Reiniciar las compresiones torácicas.
  - Aplicar una nueva descarga del DEA.
  - Verificar pulso carotídeo.
  - Verificar si respira.
30. El DEA está programado para reconocer solo:
- Ritmos desfibrilables.
  - Ritmos no desfibrilables.
  - Ambos.
  - Ninguno.

## ANEXO 4. CADENA DE SUPERVIVENCIA



Cadena de supervivencia para adulto en paro cardíaco intrahospitalario.



Cadena de supervivencia para adulto en paro cardíaco extrahospitalario

Referencia:

## ANEXO 5. PRUEBA DE KUDER RICHARDSON 20 (KR-20)

		PREGUNTAS																																				
Individuos	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30								
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	21		
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	21			
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	16			
4	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	8			
5	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	13			
6	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	12			
7	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	10			
8	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	11		
9	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	16		
10	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	9		
11	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	11		
12	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11		
13	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	
14	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	18		
15	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	10		
16	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	
17	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	13	
18	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	
19	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	9	
20	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
22	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	15	
23	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
24	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	11	
25	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	
26	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	17	
27	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
28	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	21	
29	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
30	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	
31	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	21	
32	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	
33	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
34	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Totales	10	18	10	30	23	17	15	12	15	12	11	12	22	17	20	12	18	17	13	14	15	19	15	11	18	13	12	14	15	16								
p	0.29	0.53	0.29	0.88	0.68	0.50	0.44	0.35	0.44	0.35	0.32	0.35	0.65	0.50	0.59	0.35	0.53	0.50	0.38	0.41	0.44	0.56	0.44	0.32	0.53	0.38	0.35	0.41	0.44	0.47								
q	0.71	0.47	0.71	0.12	0.32	0.50	0.56	0.65	0.56	0.65	0.68	0.65	0.35	0.50	0.41	0.65	0.47	0.50	0.62	0.59	0.56	0.44	0.56	0.68	0.47	0.62	0.65	0.59	0.56	0.53								
p*q	0.21	0.25	0.21	0.10	0.22	0.25	0.25	0.23	0.25	0.23	0.22	0.23	0.23	0.25	0.24	0.23	0.25	0.25	0.24	0.24	0.25	0.25	0.25	0.22	0.25	0.24	0.23	0.24	0.25	0.25								
Σ(p*q)	6.97																																					
σ <sup>2</sup>	22.46																																					
K	30																																					

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

Donde:

K = Número de ítems del instrumento

P = Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem

Q = Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem

σ<sup>2</sup> = Varianza total del instrumento

$$\left( \frac{k}{k-1} \right) \rightarrow \boxed{1.03} \quad \left( 1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2} \right) \rightarrow \boxed{0.69}$$

KR-20	Interpretación
0.81 - 1.00	MUY ALTA CONFIABILIDAD
0.61 - 0.80	ALTA CONFIABILIDAD
0.41 - 0.60	MODERADA CONFIABILIDAD
0.21 - 0.40	BAJA CONFIABILIDAD
0.01 - 0.20	MUY BAJA CONFIABILIDAD

<b>KR-20</b>	<b>0.71</b>
--------------	-------------

## ANEXO 6. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNMSM



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN N°036-CEI-FO-2025

El Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha **APROBADO** el proyecto de investigación, de tipo: *Revisión parcial con mínimo riesgo*, titulado: "**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA. LIMA – PERÚ 2025**" (Exp. N°112-2025) a cargo del investigador principal **ALEXIS MAURICIO BENITES MUÑOZ** según consta en el Acta N°010-FO-CEI-2025 de fecha 17 de junio del presente año.

La presente aprobación del Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene una vigencia de tres años, del 17 de junio de 2025 al 17 de junio de 2028 bajo los siguientes considerandos:

- El proyecto de investigación se encuentra registrado y almacenado en los archivos digitales del comité.
- Los datos obtenidos de la investigación deberán ser rigurosamente resguardados y almacenados por un periodo mínimo de tres años pudiendo ser solicitados por este comité en cualquier momento.
- El comité se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento un informe del avance del proceso de ejecución del proyecto de investigación
- Cualquier modificación al proyecto presentado deberá ser informado al Comité.
- Al finalizar la ejecución el investigador responsable debe enviar una copia del informe final a este comité.
- El Comité de Ética está a disposición para posteriores esclarecimientos o dudas.

Ciudad Universitaria, 19 de junio de 2025

**Dra. MARÍA DEL PILAR GAMARRA CONTRERAS**  
Presidenta del Comité de Ética Institucional  
Facultad de Odontología

## ANEXO 7. AUTORIZACIÓN DE PASE A EJECUCIÓN



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**VICE DECANATO ACADÉMICO**  
**UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE**  
(UNAYOE)

Lima, 26 de junio de 2025

**OFICIO VIRTUAL N°0405/FO-VDAC-UNAYOE/2025**

Señor tesista  
**BENITES MUÑOZ, ALEXIS MAURICIO**  
Facultad de Odontología  
UNMSM

Presente.-

Asunto: Pase a Ejecución

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de transcribirle el informe recaído en su Proyecto de Tesis Titulado:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ADULTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA. LIMA – PERÚ 2025”**

Que a la letra dice: Vista la documentación; el Vicedecanato Académico y la Unidad de Asesoría y Orientación del Estudiante, con fecha del día 26 de junio de 2025, acordó: Dar pase, a don (ña): **BENITES MUÑOZ, ALEXIS MAURICIO**, que **EJECUTE**, su Proyecto de Tesis de Investigación.

Sin otro particular, hacemos propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de nuestra especial consideración.

Atentamente,



Firmado digitalmente por CARDENAS  
SILVA William FAU 20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 27.06.2025 10:10:36 -05:00

.....  
**Mg. WILLIAM CARDENAS SILVA**  
Jefe UNAYOE

WCS/sao