REVISTA UNADES DE CIENCIAS DE LA SALUD

ISSN: 3137-333X

Vol. 1 Núm. 1

Julio–diciembre, 2026

ARTÍCULO ORIGINAL

Familiaridad, formación recibida y autopercepción de preparación en reanimación cardiopulmonar en estudiantes de Medicina de una universidad privada de Paraguay

Antonio Luciano Guerra Junior[1], Mara Barcellos[1], Letícia de Almeida Cardoso Teixeira Guerra[1], Francisca Regina de Oliveira[1], Bruna Bouéres Costa Oliveira[1], Hélio Ferraz[1], Filipe da Silva Pereira[1], Jardel Oliveira da Rocha Bouéres[1], Jandrey Batista de Oliveira[1], Héctor Adrián Franco[1]

[1]Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Sol, Filial Ciudad del Este, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: La RCP precoz por testigos mejora la supervivencia del paro cardíaco extrahospitalario. En Paraguay no identificamos descripciones de la formación, la experiencia y la autopercepción de preparación en estudiantes de Medicina. El objetivo fue describir la familiaridad con la RCP, la formación y la experiencia referidas y esa autopercepción, y explorar los factores asociados. **Materiales y métodos:** Encuesta transversal anónima en línea (mayo-junio de 2024) en una universidad privada, con un cuestionario ad hoc no validado. Se analizaron 123 respuestas, con intervalos de Wilson, corrección de Holm, un modelo logístico exploratorio y un análisis de sensibilidad. **Resultados:** El 67,8 % refería clase o entrenamiento, el 24,2 % había realizado una RCP y el 45,1 % (IC 95 %: 36,5-53,9) se sentía preparado. En el análisis crudo, sentirse preparado se asoció con haber realizado una RCP, la clase o entrenamiento, el contacto con un desfibrilador externo automático, haber presenciado una RCP y decir conocer la teoría (p ajustada < 0,01). En el modelo ajustado se mantuvieron haber realizado una RCP (razón de momios 15,6; IC 95 %: 3,0-80,9) y la clase o entrenamiento (4,7; 1,5-14,4). Sin 36 registros de un posible llenado en grupo, el 50,0 % se sentía preparado y las asociaciones conservaron su dirección. **Conclusiones:** Menos de la mitad se sentía preparada. Los datos, autodeclarados y de una muestra de conveniencia, no miden competencia; las asociaciones son exploratorias.

Autor corresponsal:
Héctor Adrián Franco
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Sol, Filial Ciudad del Este, Paraguay
adrianfranco_10@hotmail.com

Enviado: 30 de septiembre de 2026
Aceptado: 3 de noviembre de 2026
Publicado: 5 de noviembre de 2026

Palabras clave: reanimación cardiopulmonar, estudiantes de medicina, educación médica, desfibriladores, encuestas y cuestionarios, paraguay

DOI: 10.83812/runades.v1n1.7

Financiación: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Licencia: Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite adecuadamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

El paro cardíaco extrahospitalario es una causa importante de muerte: un metaanálisis de 141 estudios estimó una supervivencia al alta del 8,8 % (IC 95 %: 8,2-9,4) entre los pacientes que recibieron RCP, con diferencias según la región (3). La RCP realizada por testigos antes de la llegada de los servicios de emergencia se asoció con una supervivencia a los 30 días más del doble de alta (10,5 % frente a 4,0 %) en una cohorte sueca de más de 30.000 paros presenciados (4), y un metaanálisis de 72 estudios observacionales estimó una razón de momios ajustada de 1,50 (IC 95 %: 1,34-1,67) para la supervivencia a los 30 días (5). Cuando se recogieron los datos de este estudio (2024), las guías vigentes eran las de la American Heart Association de 2020 y las del European Resuscitation Council de 2021, que incluyen el reconocimiento precoz, las compresiones de alta calidad y el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) (6,7); las guías de ambas sociedades de 2025 se publicaron después (8,9).

La formación de los estudiantes de Medicina en estas maniobras es, por tanto, un objetivo educativo central. Las encuestas en estudiantes de otros países muestran brechas: en nueve facultades de Siria, la puntuación media de conocimiento de RCP fue de 5,03 sobre 11 (10), y en estudiantes de cuarto y quinto año de El Cairo, el 88,7 % refirió formación previa y el 36,6 % había realizado una RCP (11). Sin embargo, la preparación que los estudiantes dicen tener no equivale a su competencia: en profesionales de la salud, la autoevaluación se asocia de forma limitada con las mediciones externas (12), y entre estudiantes de Odontología el 77 % se consideraba capaz de dar soporte vital básico, aunque solo el 34,1 % alcanzó más del 80 % de respuestas correctas en conocimiento (13).

Los datos de América Latina son escasos. Un metaanálisis global estimó que el 32,1 % de los paros extrahospitalarios recibe RCP de testigos, con el 13,9 % en países de ingresos bajos y medios frente al 34,9 % en los de ingresos altos (14), y un registro de un servicio de urgencias de Santiago de Chile encontró RCP de testigos en el 28 % de los paros no traumáticos (15). En Paraguay se ha evaluado el conocimiento de soporte vital básico en 167 estudiantes de Medicina de diez universidades, el 75,4 % de los cuales alcanzó un conocimiento suficiente (16), y el de residentes de Medicina (17) y personal de enfermería (18). En PubMed, la búsqueda de «Paraguay» junto con «cardiopulmonary resuscitation», «cardiac arrest» o «basic life support» en título o resumen (3 de noviembre de 2026) no arrojó resultados, y una búsqueda complementaria en OpenAlex, que indexa revistas regionales, no mostró estudios que describieran la formación referida, la experiencia y la autopercepción de preparación de estudiantes de Medicina. Este estudio describe la familiaridad con la RCP, la formación referida, la experiencia y la autopercepción de preparación de estudiantes de Medicina de una universidad privada de Paraguay, y explora qué factores se asocian con sentirse preparado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y contexto

Encuesta transversal anónima, autoadministrada y en línea, en estudiantes de la carrera de Medicina de una universidad privada de Paraguay. Se recogieron respuestas entre el 23 de mayo y el 2 de junio de 2024. El reporte sigue STROBE (1) y CHERRIES (2).

Participantes y difusión

El enlace del cuestionario, creado con Google Forms, se difundió entre estudiantes de la carrera de forma presencial: los autores recorrieron las aulas, sección por sección, e invitaron a los estudiantes a completarlo, y el enlace se envió también por mensajería (WhatsApp). La participación fue voluntaria. Se desconoce el número de estudiantes matriculados en esa época, por lo que no se puede estimar la participación. Ninguna pregunta era obligatoria. No se registró ningún dato de identificación ni se pidió un correo electrónico. El formulario no permitía controlar respuestas duplicadas; por eso se hizo un análisis de sensibilidad (véase más abajo).

Instrumento

El cuestionario fue elaborado ad hoc. Constaba de cuatro datos descriptivos (sexo, grupo etario en cuatro categorías, curso previo en el área de la salud, de respuesta sí/no, y semestre de la carrera, del 1.º al 12.º), siete preguntas sí/no sobre RCP y una pregunta abierta sobre las necesidades de entrenamiento en primeros auxilios; en total, ocho preguntas de respuesta sí/no. Las preguntas sobre RCP indagaban si el estudiante: había oído hablar de la RCP; tenía conocimiento sobre la teoría del protocolo; había recibido alguna clase o entrenamiento de RCP; había presenciado una emergencia en la que se realizara RCP; se sentía preparado para realizar una RCP; había realizado alguna vez una RCP en una emergencia; y conocía o había tenido

contacto con un DEA. Ni «preparado» ni «clase o entrenamiento» estaban definidos: el primero recoge la autopercepción y el segundo no distingue teoría de práctica ni tiene ventana temporal. El formulario denominaba «sección» a la variable de semestre sin definirla; según los autores, corresponde al semestre (las secciones con letra, como 5.º B, son grupos de un mismo semestre, y el formulario registró solo el número). Se la analizó como 1.º semestre frente a 2.º o más.

Variable derivada y depuración de la base

Se definió una variable derivada: haber realizado una RCP sin clase ni entrenamiento previo (respuesta afirmativa al ítem de haber realizado una RCP y negativa al de clase o entrenamiento), que se usó solo de forma descriptiva. De 126 registros, se excluyeron 3 recibidos en octubre de 2026, fuera del período de recolección. Los faltantes no se imputaron: cada análisis usó los casos con respuesta en las variables implicadas (casos completos), y el número efectivo se informa en cada cifra. Una persona declaró no haber oído hablar de la RCP y, a la vez, haber recibido clase o entrenamiento o haber realizado una RCP; se la conservó y se repitieron las estimaciones sin ella.

Análisis estadístico

Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, con intervalos de confianza del 95 % de Wilson (19). La asociación entre sentirse preparado y nueve variables (curso previo en salud, conocimiento declarado de la teoría, clase o entrenamiento, haber presenciado una RCP, haber realizado una RCP, contacto con el DEA, sexo, semestre y grupo etario) se evaluó con chi-cuadrado de Pearson, o prueba exacta de Fisher si algún valor esperado era menor de 5, con razón de momios (IC 95 % de Woolf) y phi o V de Cramér como medidas de tamaño del efecto. Para el grupo etario se calculó además la prueba de tendencia de Cochran-Armitage. Se compararon seis ítems entre el 1.º semestre y los siguientes. Se usó un nivel de significación de 0,05 a dos colas y el método de Holm para las comparaciones múltiples en cada familia de pruebas (nueve para la preparación y seis para el semestre); se informan los valores p crudos y ajustados.

Como las exposiciones están relacionadas entre sí, se ajustó además un modelo de regresión logística exploratorio, no preespecificado, con sentirse preparado como desenlace y cinco covariables: clase o entrenamiento, haber realizado una RCP, contacto con el DEA, haber presenciado una RCP y semestre (2.º o más frente a 1.º). Con 53 desenlaces en los casos completos se limitó el modelo a cinco covariables (unos diez desenlaces por covariable); no se incluyeron el conocimiento declarado de la teoría ni el curso previo, por tener una categoría con muy pocos casos. Como haber realizado y haber presenciado una RCP están correlacionadas ($\varphi = 0{,}62$), se repitió el modelo sin la primera. Se informan razones de momios con IC 95 % de Wald. Los análisis se hicieron con Python (SciPy y statsmodels).

Análisis de sensibilidad: se repitieron las estimaciones, las asociaciones y el modelo sin los 36 registros cuya respuesta abierta comenzaba con la misma fórmula («ter mais aulas praticas»), todos registrados entre las 18:59 y las 20:46 del 30 de mayo de 2024 (hora del formulario), lo que sugiere un llenado en grupo, y luego también sin el registro con respuestas contradictorias.

La pregunta abierta se analizó con análisis de contenido convencional (20): se leyeron todas las respuestas, se definió un libro de códigos inductivo de doce categorías y se aplicó con reglas de palabras clave; una respuesta podía tener más de un código. Las respuestas están en portugués, español o una mezcla de ambos. La codificación fue hecha por un solo evaluador asistido por inteligencia artificial. La clasificación no fue verificada por un segundo evaluador. Las categorías más frecuentes se informan con todas las respuestas y sin las 36 con la fórmula repetida.

Aspectos éticos

Los estudiantes participaron de forma voluntaria; el formulario fue anónimo y no recogió datos personales, por lo que no se pidió un consentimiento específico de cada participante. El formulario se presentó con el título «El conocimiento y la preparación práctica en RCP» y la descripción «Evaluación de los estudiantes de medicina de la Facultad en 2024», indicaba que las respuestas a la pregunta abierta se enviarían a la dirección para elaborar futuros programas de capacitación y no incluía una declaración sobre el uso de los datos con fines de investigación. La invitación fue oral, aula por aula, hecha por los autores. Se analizó una base anonimizada.

RESULTADOS

Participantes

Se analizaron 123 respuestas. Informaron el sexo 122: 66 mujeres (54,1 %) y 56 hombres (45,9 %). El grupo etario (N = 123) fue de 17 a 25 años en 37

(30,1 %), de 26 a 35 en 45 (36,6 %), de 36 a 45 en 28 (22,8 %) y de 46 años o más en 13 (10,6 %); el 66,7 % tenía 35 años o menos. De 122, 94 (77,0 %) habían tomado un curso previo en el área de la salud y 28 (23,0 %) no. De 121 que informaron el semestre, 89 (73,6 %) cursaban el 1.º y 32 (26,4 %) el 2.º o más: 2.º (12), 3.º (4), 4.º (7), 5.º (2), 7.º (2), 8.º (1) y 9.º (4).

Tabla 1. Respuestas afirmativas a los ítems sobre RCP

Ítem	n/N	% (IC 95 %)
Ha oído hablar de la RCP	113/121	93,4 (87,5-96,6)
Dice conocer la teoría del protocolo de RCP	99/122	81,1 (73,3-87,1)
Ha recibido clase o entrenamiento de RCP	82/121	67,8 (59,0-75,4)
Ha presenciado una emergencia con RCP	48/122	39,3 (31,1-48,2)
Se siente preparado para realizar una RCP	55/122	45,1 (36,5-53,9)
Ha realizado una RCP en una emergencia	29/120	24,2 (17,4-32,6)
Conoce o ha tenido contacto con un DEA	46/122	37,7 (29,6-46,6)
Ha realizado una RCP sin clase ni entrenamiento previo (derivada)	3/120	2,5 (0,9-7,1)

Nota: IC 95 % de Wilson. Los N varían por respuestas faltantes.

Familiaridad, formación y experiencia

El 93,4 % había oído hablar de la RCP y el 81,1 % decía conocer la teoría de su protocolo. El 67,8 % había recibido alguna clase o entrenamiento. El 39,3 % había presenciado una emergencia con RCP y el 24,2 % había realizado alguna vez una RCP; solo tres personas (2,5 %) la habían realizado sin clase ni entrenamiento previo. El 37,7 % conocía un DEA o había tenido contacto con uno; el ítem no distingue entre conocerlo y haberlo usado. El 45,1 % (IC 95 %: 36,5-53,9) se sentía preparado para realizar una RCP (Tabla 1). Las estimaciones sin la persona con respuestas contradictorias difirieron en menos de un punto porcentual.

Factores asociados con sentirse preparado

Sentirse preparado fue más frecuente entre quienes habían realizado una RCP (89,7 % frente a 29,7 %; razón de momios 20,5; IC 95 %: 5,7-73,7), habían recibido clase o entrenamiento (57,3 % frente a 17,9 %; razón de momios 6,1), habían tenido contacto con un DEA (71,7 % frente a 28,9 %; razón de momios 6,2), habían presenciado una RCP (66,7 % frente a 31,1 %; razón de momios 4,4) y decían conocer la teoría (52,5 % frente a 13,0 %; razón de momios 7,4); estas cinco asociaciones se mantuvieron tras la corrección de Holm (p ajustada < 0,01) (Tabla 2). El curso previo en salud se asoció en el análisis crudo (51,6 % frente a 25,0 %; p = 0,013), pero no tras la corrección (p ajustada = 0,053). El grupo etario mostró una asociación cruda (p = 0,021; p ajustada = 0,062), sin tendencia lineal (Cochran-Armitage p = 0,276): se sintieron preparados el 43,2 % de 17 a 25 años, el 33,3 % de 26 a 35, el 70,4 % de 36 a 45 y el 38,5 % de 46 o más. No hubo diferencias según el sexo ni según el semestre (44,9 % en 1.º frente a 46,9 % en 2.º o más).

Tabla 2. Sentirse preparado según experiencia y características

Variable	Preparado, sí / no	Razón de momios (IC 95 %)	p (Holm)
Ha realizado una RCP	89,7 (26/29) / 29,7 (27/91)	20,54 (5,73-73,66)	< 0,001
Contacto con un DEA	71,7 (33/46) / 28,9 (22/76)	6,23 (2,77-14,02)	< 0,001
Clase o entrenamiento de RCP	57,3 (47/82) / 17,9 (7/39)	6,14 (2,43-15,52)	< 0,001
Ha presenciado una RCP	66,7 (32/48) / 31,1 (23/74)	4,43 (2,04-9,64)	< 0,001
Dice conocer la teoría	52,5 (52/99) / 13,0 (3/23)	7,38 (2,06-26,42)	0,003
Curso previo en salud	51,6 (48/93) / 25,0 (7/28)	3,20 (1,24-8,25)	0,053
Grupo etario (cuatro categorías)	véase el texto		0,062
Sexo (femenino / masculino)	37,9 (25/66) / 52,7 (29/55)	0,55 (0,26-1,13)	0,204
Semestre (1.º / 2.º o más)	44,9 (40/89) / 46,9 (15/32)	0,93 (0,41-2,08)	0,851

Nota: Chi-cuadrado de Pearson. Razón de momios de la primera cifra frente a la segunda, con IC 95 % de Woolf. Holm sobre nueve pruebas. p cruda < 0,001, salvo decir conocer la teoría (0,001), curso previo (0,013), grupo etario (0,021), sexo (0,102) y semestre (0,851). φ = 0,52 (realizó una RCP), 0,42 (DEA), 0,37 (clase o entrenamiento), 0,35 (presenció una RCP), 0,31 (teoría), 0,23 (curso previo), 0,15 (sexo) y 0,02 (semestre); V = 0,28 (grupo etario).

Modelo ajustado

En los 119 casos completos (53 con sentirse preparado), el modelo con cinco covariables mantuvo la asociación con haber realizado una RCP (razón de momios ajustada 15,6; IC 95 %: 3,0-80,9) y con la clase o entrenamiento (4,7; IC 95 %: 1,5-14,4); las asociaciones con el contacto con el DEA (2,6; IC 95 %: 0,9-7,9) y con haber presenciado una RCP (1,1; IC 95 %: 0,3-3,7) se atenuaron, y el semestre no mostró asociación (Tabla 3). El área bajo la curva en la misma muestra fue de 0,82. Al excluir haber realizado una RCP, el contacto con el DEA (2,9; IC 95 %: 1,0-7,8) y haber presenciado una RCP (3,0; IC 95 %: 1,1-7,8) conservaron una asociación, lo que indica que estas tres exposiciones se superponen y que los datos no permiten separar su efecto.

Tabla 3. Sentirse preparado: razones de momios crudas y ajustadas (regresión logística, casos completos)

Variable	Cruda (IC 95 %)	Ajustada (IC 95 %)	p ajustada
Clase o entrenamiento de RCP	7,37 (2,77-19,59)	4,71 (1,54-14,39)	0,007
Ha realizado una RCP	20,22 (5,64-72,54)	15,59 (3,00-80,92)	0,001
Contacto con un DEA	6,21 (2,74-14,09)	2,61 (0,87-7,89)	0,088
Ha presenciado una RCP	4,40 (2,01-9,65)	1,12 (0,34-3,74)	0,852
Semestre (2.º o más frente a 1.º)	1,14 (0,50-2,57)	0,37 (0,11-1,26)	0,112

Nota: Modelo con las cinco covariables a la vez; n = 119 y 53 desenlaces. Razones de momios crudas calculadas en los mismos casos. IC 95 % de Wald. Análisis exploratorio, no preespecificado.

Análisis de sensibilidad

Sin los 36 registros con la fórmula repetida (87 respuestas; 27 de ellos del 1.º semestre), el 50,0 % (IC 95 %: 39,7-60,3) se sentía preparado, el 68,2 % refería clase o entrenamiento, el 27,4 % había realizado una RCP y el 41,9 % había presenciado una RCP o conocía un DEA. Las cinco asociaciones crudas más fuertes conservaron su dirección y su magnitud (razón de momios 21,5 para haber realizado una RCP, 4,3 para la clase o entrenamiento, 8,2 para el DEA, 6,4 para haber presenciado una RCP y 9,9 para decir conocer la teoría; todas con $p < 0,01$). En el modelo ajustado (83 casos, 41 desenlaces), haber realizado una RCP se mantuvo asociada (10,60; IC 95 %: 1,54-72,85), la clase o entrenamiento perdió precisión (3,28; 0,94-11,38) y no se mantuvieron el contacto con un DEA (2,86; 0,81-10,14), haber presenciado una RCP (1,38; 0,34-5,66) ni el semestre (0,85; 0,22-3,23). Excluir además el registro con respuestas contradictorias no modificó los resultados (en 86 respuestas, el 50,6 % se sentía preparado).

Comparación por semestre

Respecto de quienes estaban en 1.º, los de 2.º o más declararon con más frecuencia haber realizado una RCP (40,6 % frente a 18,4 %; $p = 0,012$; p ajustada $= 0,073$), haber tenido contacto con un DEA (56,2 % frente a 31,5 %; $p = 0,013$; p ajustada $= 0,073$) y haber presenciado una RCP (53,1 % frente a 34,8 %; $p = 0,070$; p ajustada $= 0,279$); ninguna diferencia se mantuvo tras la corrección. La familiaridad, el conocimiento declarado y la clase o entrenamiento fueron similares (p ajustada = 1,000). El grupo de 2.º o más tuvo solo 32 estudiantes, repartidos en siete semestres.

Necesidades de entrenamiento

Respondieron la pregunta abierta 105 personas; 3 respuestas no tenían contenido y 102 se codificaron. La categoría más frecuente fue pedir más práctica o simulación (55 %), seguida de RCP o soporte vital (25 %), más formación o cursos en general (20 %), y trauma, hemorragia o atención prehospitalaria (13 %). Treinta y seis respuestas comenzaron con la misma fórmula («ter mais aulas praticas»), 19 de ellas idénticas. Sin esas 36, la petición de más práctica o simulación fue del 30 % (20 de 66), frente al 44 % (35 de 80) al contar una sola vez las respuestas idénticas; la petición de RCP o soporte vital pasó a ser la más frecuente (32 %) y las demás categorías conservaron en general su orden. Aparecieron además procedimientos como sutura y accesos centrales, atragantamiento, otras emergencias médicas, vía aérea, DEA y atención pediátrica o neonatal.

DISCUSIÓN

Menos de la mitad de los estudiantes encuestados (45,1 %) se sentía preparada para realizar una RCP, aunque dos de cada tres (67,8 %) declaraban haber recibido clase o entrenamiento y cuatro de cada

cinco (81,1 %) decían conocer el protocolo. Como el ítem de clase o entrenamiento no distingue entre teoría y práctica ni tiene ventana temporal, estos datos no permiten decir cuánto de esa formación fue práctica. Solo uno de cada cuatro había realizado una RCP y poco más de uno de cada tres conocía un DEA o había tenido contacto con uno. La proporción que se sentía preparada es de un orden similar a la de estudiantes de Medicina de Belgrado (39,8 % de los que tenían licencia de conducir) (21), y la que había realizado una RCP (24,2 %) es menor que la de El Cairo (36,6 %, en años clínicos) (11), aunque nuestra muestra era en tres cuartas partes del 1.º semestre y las comparaciones no son directas. Tampoco lo es la del 75,4 % de conocimiento suficiente en estudiantes paraguayos (16), porque aquel estudio midió el conocimiento con un cuestionario y el nuestro recoge autopercepción y experiencia declaradas.

Sentirse preparado se asoció en el análisis crudo con haber realizado una RCP, con haber recibido clase o entrenamiento, con el contacto con el DEA, con haber presenciado una RCP y con decir conocer la teoría, y estas asociaciones se mantuvieron tras corregir por comparaciones múltiples y al excluir los registros con posible llenado en grupo. En el modelo ajustado, solo haber realizado una RCP y la clase o entrenamiento conservaron una asociación con intervalos que no incluyen la unidad; las del DEA y de haber presenciado una RCP se atenuaron porque estas exposiciones se superponen, y con 53 desenlaces y cinco covariables las estimaciones son imprecisas. La dirección de estas asociaciones no puede establecerse en un estudio transversal: haber actuado puede aumentar la confianza, y quien se siente preparado puede estar más dispuesto a actuar. La asociación más fuerte fue con haber realizado una RCP, con solo 29 estudiantes en esa categoría y un intervalo muy amplio (razón de momios cruda 20,5; IC 95 %: 5,7-73,7). Las asociaciones con el curso previo y con la edad no resistieron la corrección de Holm, y no hubo diferencia según el semestre. Todas son exploratorias y no permiten atribuir un efecto de la formación sobre la preparación percibida.

Estos resultados describen la autopercepción de preparación, no la competencia. En profesionales de la salud, la autoevaluación se asocia de forma limitada con las mediciones externas (12), una revisión sistemática en participantes legos encontró que la autoeficacia se asoció débilmente con la destreza en RCP (22), y entre estudiantes de Odontología ni el conocimiento ni la autoeficacia predijeron las destrezas observadas (13). Por lo tanto, que una parte de los estudiantes se sienta preparada no garantiza una RCP de calidad, y que otra parte no se sienta preparada puede reflejar tanto una carencia real como una evaluación prudente de sí mismos.

El contacto con el DEA merece atención porque el uso del DEA es uno de los elementos del soporte vital básico de las guías (6-9). Poco más de un tercio de los estudiantes conocía un DEA o había tenido contacto con uno, y la pregunta no distingue entre conocerlo y haberlo usado. Su asociación con sentirse preparado fue marcada en el análisis crudo y se atenuó tras el ajuste, de modo que estos datos no permiten afirmar que el entrenamiento con el dispositivo se acompañe de más confianza.

Más de la mitad de las respuestas abiertas pidió más práctica o simulación, pero esa frecuencia depende de 36 respuestas que repetían una misma fórmula, probablemente por un llenado en grupo; sin ellas la petición fue del 30 %, y el pedido de formación en RCP o soporte vital fue algo más frecuente (32 %). Otras respuestas pidieron mayor formación general o contenidos específicos como trauma, procedimientos o vía aérea.

La muestra fue de conveniencia, sin denominador conocido, de modo que no se puede estimar la participación ni generalizar; casi tres de cada cuatro respuestas correspondían al 1.º semestre y el resto se repartía en siete semestres, por lo que las comparaciones por semestre son imprecisas. Todos los datos son autodeclarados; el cuestionario se elaboró para este fin y no fue validado, y algunos ítems son ambiguos: «preparado» no está definido, «clase o entrenamiento» no distingue entre la teoría y la práctica ni tiene ventana temporal, y «conoce o ha tenido contacto con un DEA» mezcla conocer con haber usado. Al ser anónimo, el formulario no permitió detectar respuestas duplicadas; la repetición de respuestas abiertas idénticas sugiere un llenado en grupo que compromete la independencia de las observaciones, y el análisis de sensibilidad lo atenúa pero no lo elimina, porque otros registros pueden haberse llenado en grupo sin dejar huella en el texto. Las asociaciones son transversales y exploratorias; el modelo ajustado se limitó a cinco covariables por el número de desenlaces, no incluyó el conocimiento declarado ni el curso previo, y sus intervalos son amplios. El análisis de las respuestas abiertas lo hizo un solo evaluador asistido por inteligencia artificial, con reglas de palabras clave, sin verificación por un segundo evaluador ni medida de concordancia; sus frecuencias son descriptivas y deben leerse con cautela. El estudio se hizo en una sola institución en 2024, no se midieron

conocimientos ni destrezas, y no se obtuvo una evaluación ética previa (véase Aspectos éticos).

En conclusión, los estudiantes de esta muestra refieren amplia familiaridad con la RCP y formación previa, pero menos de la mitad se siente preparada y pocos refieren experiencia práctica. Estos resultados son exploratorios y justifican evaluar de forma objetiva la competencia en RCP de los estudiantes y estudiar si el entrenamiento práctico, incluido el que usa el DEA, modifica la preparación.

REFERENCIAS

1. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. PLoS Med. 2007;4(10):e296. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296
2. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). J Med Internet Res. 2004;6(3):e34. https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34
3. Yan S, Gan Y, Jiang N, Wang R, Chen Y, Luo Z, et al. The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2020;24(1):61. https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2
4. Hasselqvist-Ax I, Riva G, Herlitz J, Rosenqvist M, Hollenberg J, Nordberg P, et al. Early cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med. 2015;372(24):2307-15. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1405796
5. Leng Z, Li J, Tang K, Shi J. Effect of bystander CPR on survival after out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Shock. 2026;66(3):579-90. https://doi.org/10.1097/SHK.0000000000002812
6. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al. Part 3: adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2020;142(16 Suppl 2):S366-468. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916
7. Olasveengen TM, Semeraro F, Ristagno G, Castren M, Handley A, Kuzovlev A, et al. European Resuscitation Council guidelines 2021: basic life support. Resuscitation. 2021;161:98-114. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009
8. Kleinman ME, Buick JE, Huber N, Idris AH, Levy M, Morgan SG, et al. Part 7: adult basic life support: 2025 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2025;152(16 Suppl 2). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001369
9. Smyth MA, van Goor S, Hansen CM, Fijačko N, Nakagawa NK, Raffay V, et al. European Resuscitation Council guidelines 2025: adult basic life support. Resuscitation. 2025;215:110771. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110771
10. Taghi A, Atia M, Mohaisen MA, Al-Noufi B, Sibai M, Nouh S, et al. Assessment of knowledge and awareness of cardiopulmonary resuscitation and heart attack symptoms amongst medical students in Syria - a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2026;26(1):594. https://doi.org/10.1186/s12909-026-08800-z
11. Dar MM, Kishk R, Nagla I. Knowledge of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and Code Blue situations among medical students: a cross-sectional survey. Cureus. 2025;17(11):e96538. https://doi.org/10.7759/cureus.96538
12. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA. 2006;296(9):1094-102. https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1094
13. Mac Giolla Phadraig C, Ho JD, Guerin S, Yeoh YL, Mohamed Medhat M, Doody K, et al. Neither basic life support knowledge nor self-efficacy are predictive of skills among dental students. Eur J Dent Educ. 2017;21(3):187-92. https://doi.org/10.1111/eje.12199
14. Shen L, Chen C, Long L, Su X, Xie H, Dai J. Global rate of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Heart Lung Circ. 2026. https://doi.org/10.1016/j.hlc.2026.04.121
15. Lara B, Chuecas J, Schild V, Musso J, Rojas J, Aguilera P. Registro prospectivo de pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio extrahospitalario en Santiago, Chile. Rev Med Chil. 2022;150(10):1283-90. https://doi.org/10.4067/S0034-98872022001001283
16. Insfrán Méndez G. Conocimiento del soporte vital básico en estudiantes de medicina del Paraguay. Rev Cient Cienc Salud. 2025;7:1-8. https://doi.org/10.53732/rccsalud/2025.e7112
17. López-González A, Delgado W, Barrios I, Samudio M, Torales J. Knowledge of adult basic and advanced cardiopulmonary resuscitation of medical residents at a third level in Paraguay. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2017;15(1):63-72. https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(01)63-072
18. Benítez Verón SE, Ordano Palacios JV, Ortega Filártiga EA. Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del personal de enfermería. Rev Cient Cienc Salud. 2024;6:1-7. https://doi.org/10.53732/rccsalud/2024.e6129
19. Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. Stat Med. 1998;17(8):857-72. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19980430)17:8<857::AID-SIM777>3.0.CO;2-E

20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88. https://doi.org/10.1177/1049732305276687
21. Milenkovic M, Tesic M, Hadzibegovic A, Palibrk I, Djukanovic M, Rovic I, et al. Evaluation of the self-assessment knowledge regarding cardiopulmonary resuscitation in medical students at the University of Belgrade. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023;27(15):7081-91. https://doi.org/10.26355/eurrev_202308_33281
22. Riggs M, Franklin R, Saylany L. Associations between cardiopulmonary resuscitation (CPR) knowledge, self-efficacy, training history and willingness to perform CPR and CPR psychomotor skills: a systematic review. Resuscitation. 2019;138:259-72. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.03.019