



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid

Grado en Enfermería

Curso 2017/18

**EVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE
CONOCIMIENTOS EN SOPORTE
VITAL BÁSICO**

Alumna: **González Sanz, Silvia**

Tutor: **Madrigal Fernández, Miguel Ángel**

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a mi tutor Miguel Ángel Madrigal Fernández por prestarme su tiempo, brindarme su apoyo y su paciencia. Por su ayuda en todo el proceso y sobre todo en el taller realizado, prestándome el material necesario y compartiendo sus conocimientos. Consiguiendo de este trabajo los resultados esperados.

Agradecer a toda la gente que acudió al taller en SVB, por su interés, su atención y su participación. Sin los cuales este proyecto no habría sido posible.

Por último, agradecer de manera especial a toda mi familia y amigos por apoyarme siempre.

RESUMEN

Introducción y justificación: La necesidad de formar a la población general en soporte vital básico es cada vez mayor, debido a la elevada incidencia de parada cardiorrespiratoria en adultos y la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en niños. Y principalmente porque es una patología potencialmente reversible, con la aplicación de maniobras precoces aumenta la supervivencia de las víctimas hasta un 40%.

Objetivos: Conocer los conocimientos que posee la población en soporte vital básico, evaluando a una muestra antes y después de un taller para mejorar y fomentar el aprendizaje en SVB.

Material y métodos: Proyecto de investigación que incluye una revisión bibliográfica y un estudio experimental y prospectivo. La muestra estudiada fue de 51 individuos, padres y madres con hijos entre 0 y 14 años. Se evaluaron sus conocimientos mediante un test anónimo e individual, obteniendo resultados previos y posteriores a la intervención.

Resultados: Tras el análisis estadístico de los resultados: el 86,3% de los participantes señala no tener formación previa en SVB; el test inicial tiene un porcentaje de aciertos inferior al 50% en la mayoría de las preguntas; el test final tiene un porcentaje de aciertos superior al 90% de forma generalizada y el 86% indica sentirse más seguro para actuar después de la formación.

Discusión: Asemajándose a las muestras de otros estudios, la muestra de población estudiada, inicialmente posee escasos conocimientos en SVB, incrementados con el taller, corroborando así mismo que las intervenciones son efectivas.

Conclusiones: La realización del taller en SVB es necesaria puesto que la población general tiene conocimientos insuficientes. La formación teórica y práctica, incrementa los conocimientos de la muestra de población general. Los resultados demuestran que la intervención es útil y beneficiosa.

Palabras clave: “parada cardiorrespiratoria”, “reanimación cardiopulmonar”, “conocimientos en soporte vital básico”, “evaluación en soporte vital básico” “taller de SVB”.

ABSTRACT

Introduction and justification: The need to educate the general population in basic life support is growing, due to the high incidence of heart attack in adults and the obstruction of the airway foreign body in children. And mainly because it's a disease potentially reversible, with the application of early maneuvers increases the survival of the victims up to 40%.

Outcomes: Learn the knowledge that has the population in basic life support, evaluating a sample before and after a workshop to improve and promote learning in SVB.

Material and methods: Research project that includes a literature review and an experimental and prospective study. The study sample was 51 individuals, parents with children between 0 and 14 years. We evaluated their knowledge through an anonymous and individual test, getting results before and after the intervention.

Results: After the statistical analysis of the results: 86,3% of participants said not have prior training in SVB; the initial test has a less than 50% percentage of hits on most of the questions, the final test has a widespread percentage of hits exceeding 90% and 86% indicates feel safer to act after the training.

Discussion: Resembling the samples of other studies, the sample population studied, initially has little knowledge at SVB, augmented with the workshop, also corroborating that the intervention is effective.

Conclusions: The workshop at SVB is required because the general population has insufficient knowledge. The theoretical and practical training increases the knowledge of the general population sample. The results show that the intervention is useful and beneficial.

Key words: "heart attack", "cardio pulmonary resuscitation", "knowledge in basic life support", "basic life support assessment", "SVB workshop".

ÍNDICE GENERAL

ABREVIATURAS	V
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	VI
INTRODUCCIÓN.....	1-5
JUSTIFICACIÓN.....	6
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8-12
RESULTADOS.....	13-18
DISCUSIÓN.....	19-20
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22-25
ANEXOS.....	26-30

ABREVIATURAS

SVB: Soporte Vital Básico

PCR: Parada Cardiorrespiratoria

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

OVACE: Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño

SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

CERCP: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: tabla de frecuencias del test inicial de las preguntas de la 1 a la 5, incluyendo la moda.....	13
Tabla 2: tabla de frecuencias del test inicial de las preguntas de la 6 a la 10, incluyendo la moda.....	14
Tabla 3: tabla de frecuencias del test final de las preguntas de la 1 a la 5, incluyendo la moda.....	15
Tabla 4: tabla de frecuencias del test final de las preguntas de la 6 a la 10, incluyendo la moda.....	15
Tabla 5: comparación de aciertos entre el test inicial y final, para cada una de las preguntas.....	16
Tabla 6: Tabla de frecuencias sobre la formación previa.....	17
Tabla 7: Tabla de frecuencias sobre la seguridad de actuación ante una emergencia...	18
Figura 1: Gráfico de porcentajes sobre la formación previa.....	17
Figura 2: Gráfico de porcentajes sobre la seguridad de actuación.....	18
Imagen 1: Voluntaria para la evaluación práctica.....	17
Imágenes 2, 3, 4, 5 y 6: Fotos del taller de Soporte Vital Básico.....	29

1. INTRODUCCIÓN

Los accidentes ocurren a diario y la mayoría de forma inesperada, normalmente en un entorno extra-hospitalario: como son los lugares públicos y los domicilios. La primera persona que se encuentra con una situación de urgencia o emergencia, no suele ser personal sanitario. Para mejorar el pronóstico y la atención a la parada cardíaca hay definidas una serie de actuaciones que son vitales y forman parte de lo que se ha definido como cadena de supervivencia ¹.

La cadena de supervivencia ¹ se divide en cuatro eslabones:

1. Reconocimiento precoz y pedir ayuda (llamar al 112).
2. RCP precoz.
3. Desfibrilación precoz.
4. Cuidados post-resucitación.

Parada cardiorrespiratoria (PCR)².- Es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas.

Reanimación cardiopulmonar (RCP) ².- Conjunto de maniobras encaminadas a revertir una PCR, sustituyendo primero para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas.

Soporte vital ².- Amplía el concepto de RCP integrando prevención de la PCR, el soporte respiratorio y circulatorio a las víctimas de PCR con maniobras de RCP.

Soporte vital básico (SVB): Se realiza sin ningún material excepto dispositivos de barrera. En caso de PCR debe iniciarse antes de 4 minutos.

1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA PCR Y OVACE

La PCR es un importante problema de salud pública tanto en adultos como en niños. Es la principal causa de muerte prematura en adultos, tanto en España como en los países occidentales. En el adulto la etiología, es fundamentalmente cardíaca, según datos del Consejo Europeo de Resucitación Cardiopulmonar, más de 70.000 personas sufren cada año un infarto agudo de miocardio ³, se estima que cada año se producen en España entre 15.000 - 30.000 muertes por parada cardíaca, la mayoría en el medio extra hospitalario ⁴ y cerca de 400.000 muertes en la Unión Europea ⁵. En 2014 en Estados Unidos la suma de muertes por paro cardíaco fue de 353.427 ⁶.

Por otro lado, la PCR en el niño es un evento menos frecuente, aunque tiene una gran relevancia debido a que tiene una mortalidad muy elevada y un porcentaje significativo de supervivientes puede presentar secuelas neurológicas importantes ⁷.

Se estima que la PCR extra hospitalaria en la edad pediátrica, es de 8 a 20 casos/100.000 niños/por año. La supervivencia global a la PCR en pacientes pediátricos es baja, es de aproximadamente del 25% en PCR intrahospitalaria y de menos del 10% en las ocurridas fuera del hospital.

A diferencia del adulto, la PCR en el niño no suele ser inesperada y brusca, sino que suele instaurarse de manera gradual ^{8,9}.

Los estudios actuales muestran que algunos de los factores que influyen significativamente en la supervivencia y la calidad de vida tras una PCR, son: el estado de salud previo, la causa de la PCR, la aplicación precoz de la RCP, la calidad de las maniobras de RCP administradas y la calidad de los cuidados post-resucitación. Además el inicio de las maniobras de RCP por los testigos que presencian una PCR mejora significativamente el pronóstico de la víctima ^{8,10}.

La OVACE puede provocar un cuadro de asfixia que si no se resuelve rápidamente puede evolucionar, cuando la obstrucción es completa a la parada respiratoria seguida de la parada cardíaca y la muerte ¹¹.

Es un proceso más frecuente en niños, ya que es la segunda causa de muerte infantil. Amplias revisiones publicadas muestran una mayor incidencia del problema en edades tempranas, generalmente por debajo de los 5 años y sobre todo en menores de 2 años, con predominio en varones ¹². Además supone un 40% en las muertes accidentales en menores de un año ¹³.

En la edad infantil la mayor parte de las veces es causado por frutos secos y juguetes (globos, canicas...). En el adulto suele producirse comiendo, y la carne es la causa más frecuente de obstrucción, aunque otros alimentos y cuerpos extraños son responsables del mismo cuadro en niños y algunos adultos. También los ancianos con disfagia están más expuestos a sufrir OVACE ¹⁴.

1.2 CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN

Se calcula que en España, un país con aproximadamente 46 millones de habitantes, sólo por infarto de miocardio se producen más de 30.000 muertes anuales antes de que la víctima pueda recibir asistencia médica. La mayoría de las veces los infartos se producen en la vía pública en presencia de otras personas, se ha comprobado que en menos del 25% de las PCR presenciadas los testigos inician maniobras de RCP¹⁵.

La instauración de maniobras de RCP por las personas que han presenciado la parada aumenta en siete veces las posibilidades de supervivencia. En el estudio español de la PCR y la RCP en la infancia, un 53,5 % de los niños con PCR extra hospitalaria que recibieron RCP básica por la población general sobrevivieron, frente a un 14,5 % de los que no fueron reanimados hasta llegar los servicios de emergencia¹⁶. Por ello, es necesario que la educación en RCP básica se dirija no solamente a personal sanitario y parasanitario, sino que también debe implicar a la población general¹⁷.

Favorablemente en España, la formación en RCP avanzada ha alcanzado a un número significativo de profesionales sanitarios, fundamentalmente gracias a los programas de formación del Plan Nacional de la SEMICYUC en adultos y el programa de formación del Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal en niños. Sin embargo y a pesar de la gran importancia que tiene, la formación en prevención de la PCR y maniobras de RCP básica a la población general todavía está poco desarrollada. En cambio se calcula que en EEUU aproximadamente 18 millones de personas reciben formación en RCP básica anualmente¹⁶.

La muerte por atragantamiento en España afecta a 1.400 personas al año y muchas podrían salvarse si la población general tuviese conocimientos adecuados de cómo actuar ante un atragantamiento¹⁷. En Estados Unidos ocurrían 450 muertes por año debido a la OVACE y se consiguió reducir a 170 personas con la generalización de las maniobras de desobstrucción. Si tenemos en cuenta que la población española es el 10-15% de la estadounidense, la cifra de fallecimientos debería ser de 45 a 67 al año¹⁸.

El factor tiempo es muy importante, actuar de forma precoz y realizar el SVB lo antes posible puede salvar la vida tanto de un niño como de un adulto. La enseñanza a la población de SVB puede elevar hasta el 40 % la supervivencia de una persona tras una parada cardíaca¹⁹.

1.3 OFERTA DE CURSOS

En España actualmente la SEMICYUC ²⁰ y la Cruz Roja ²¹, ofertan cursos sobre SVB y RCP para la población general además de para el profesional sanitario o parasanitario. En American Heart Association ²² también ofrecen cursos en español online para los ciudadanos.

En cambio, para el personal sanitario se ofertan muchos cursos, por ejemplo en el grupo de reanimación de pediatría y neonatal ²³, en la SEMICYUC y la Cruz Roja. Se ofertan en más empresas pero la mayoría de los cursos están homologados y validados por la SEMICYUC.

Se ha demostrado que la implantación de cursos o programas de primeros auxilios, que enseñen SVB, RCP y el uso del desfibrilador, cómo se ha dicho anteriormente incrementa las posibilidades de supervivencia y mejora la calidad de vida de los supervivientes. Hay varios estudios que demuestran que la mejor edad para iniciar con la formación y el aprendizaje en SVB es la edad escolar.

En 1960 Noruega inicia la enseñanza de la RCP a los niños en las escuelas. En el mes de mayo de 1973, tuvo lugar en Washington DC (USA) una de las primeras conferencias nacionales sobre “Estándares en RCP y cuidados cardiovasculares de emergencia (ECC)”. Entre sus conclusiones figuraba que la mejor etapa para empezar a recibir algún tipo de entrenamiento anual en emergencias, accidentes y RCP era la ESO ²⁴. La escuela es un ámbito recomendado también por las sociedades médicas de reconocido prestigio como la American Heart Association (AHA) o el European Resuscitation Council (ERC) ²⁵.

En 1987, el grupo de investigación de Peter Safar, uno de los pioneros de la introducción de las maniobras de RCP en la atención a la parada cardiaca, demostró la efectividad de la adquisición de habilidades en RCP básica en jóvenes de entre 15 y 16 años.

En España, ha habido experiencias piloto de enseñanza de la RCP a niños. Entre ellas caben destacar PROCES (Programa de Reanimación Cardiopulmonar orientado a Centros de Enseñanza Secundaria), proyecto realizado de 2002 a 2007 en Cataluña; en Madrid el programa Alertante que continúa desde hace unos años en pleno rendimiento; y en Aragón el SEMES- AHA. Estos son algunos de los programas pioneros en España, que han demostrado la eficacia y la importancia de la formación en la edad escolar.

El CERCP tiene como uno de sus objetivos: “que la formación a medio/largo plazo en resucitación debería comenzar en la escuela y continuar en el ámbito socio sanitario, para continuar con los posibles primeros intervinientes no sanitarios en un caso de emergencia como la parada cardíaca. En la escuela, es aconsejable la formación de los profesores para que difundan el conocimiento a los escolares”²⁶.

Actualmente en Europa, la RCP básica está incluida en el currículo escolar de Noruega, Dinamarca, Francia, Reino Unido y España. Aunque la Ley de Educación española, incluye Protocolos básicos pero no se ha estandarizado la formación en la práctica^{27,28}.

En Valladolid, cabe destacar la Fundación Ambuibérica que en enero de 2014 constituyó un aula autobús que comenzó a impartir formación en materia de primeros auxilios en colegios y centros de menores de Valladolid, Zamora y Palencia, inicialmente. Desde entonces, esta labor se ha incrementado y expandido a todo el territorio nacional y las actividades de formación también se imparten en campamentos de verano, ludotecas y asociaciones de vecinos²⁹.

Todavía queda un largo camino hasta conseguir una buena formación de la población general y la implantación de asignaturas o cursos auxilios en las escuelas. En otros países como EE.UU. y Canadá han conseguido un programa más estable de RCP básica en los institutos²⁶.

2. JUSTIFICACIÓN

Con este proyecto de investigación se pretende conocer y fomentar los conocimientos que posee la población general, en concreto padres con niños en edad escolar, sobre soporte vital básico tanto práctico como teórico.

He decidido realizar este proyecto de investigación debido a que actualmente hay escasos estudios y cursos que muestren o hayan estudiado los conocimientos que posee la población y que eduquen a la población no sanitaria. Por la elevada incidencia de paradas cardiorrespiratorias, OVACE, la gravedad que conllevan estas situaciones y la falta de conocimientos de la población general.

Como se describe en la introducción tras leer varios artículos, la importancia de reconocer una situación de emergencia, la formación de la población en maniobras de RCP y su capacitación para poder ofrecer una asistencia inmediata ante una situación de PCR, sería una de las estrategias fundamentales para aumentar la supervivencia. Proporcionando una asistencia in situ y aumentando la calidad de vida tras una situación que compromete la vida.

Este proyecto tiene el fin de justificar la necesidad de fomentar la educación sanitaria a la población general, enseñando determinadas técnicas de SVB que, como su nombre indica, es “básico” porque es sencillo de hacer y esencial para salvar la vida.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 Hipótesis:

La organización y realización de un taller sobre soporte vital básico, mejora los conocimientos de la muestra de individuos.

3.2 Objetivos:

Objetivo General

- Conocer y mejorar los conocimientos que posee la población en SVB para justificar la necesidad de cursos dirigidos a la población general.

Objetivos Específicos

- Evaluar los conocimientos de la muestra de población en SVB previos a la formación teórica y práctica impartida en el taller.
- Mejorar los conocimientos básicos en SVB de la muestra de población utilizada. Al final del taller deben ser capaces de:
 - Identificar una situación de emergencia, PCR o atragantamiento.
 - Tener los fundamentos básicos de cómo actuar y saber cómo aplicarlo de forma práctica.
- Evaluar los conocimientos de la muestra de población en SVB posteriores a la formación teórica y práctica impartida en el taller.
- Comparar el nivel de conocimientos antes y después del taller, comprobando si mejoran.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Este proyecto de investigación engloba una revisión bibliográfica y un estudio experimental y prospectivo.

4.2 Población

La población de estudio está constituida por todos los padres y madres de niños en edad escolar, de 0 a 14 años, que estuvieron interesados en participar en el taller, de forma voluntaria.

4.3 Selección de la muestra

La selección de los participantes se ha realizado de forma aleatoria simple de acuerdo a unos criterios de inclusión, mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de participantes voluntarios. Para captar al mayor número de gente, se anunció mediante un folleto informativo (**Anexo I**) la realización del taller de SVB algunos meses antes, por diferentes medios sociales. Todos los interesados que mandaron un correo de inscripción recibieron un e-mail de confirmación, donde se concretó que se realizaría a las 17 horas, en la Facultad de Enfermería de Valladolid, en el aula 10.

4.4 Tamaño muestral

El tamaño de la muestra total fue de 51 individuos. El tamaño muestral necesario para 51 participantes, teniendo en cuenta un 10 % de pérdidas (por personas que no cumplimentasen ambos cuestionarios o algunas de las preguntas) es de mínimo de 46 participantes.

$$N(1/1 - 0,1) = 51$$

$$N = 46$$

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

✓ **Criterios de Inclusión**

Todos los padres, hombres y mujeres independientemente del sexo y la edad, que tengan hijos en edad escolar, entre 0 y 14 años. Que voluntariamente deseen participar en el taller de SVB.

✓ **Criterios de Exclusión**

Cualquier persona que no cumpla los criterios de inclusión.

4.6 Duración de la intervención

El taller, es decir, la intervención realizada en este estudio, tuvo una duración de dos horas. Previamente se elabora y prepara todo lo necesario para la intervención y posteriormente se analizan los resultados.

4.7 Procedimiento

En este estudio primeramente se lleva a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos bibliográficas; ELSERVIER, PUBMED, Google académico, Dialnet y diversas revistas sanitarias. Para analizar los antecedentes, estudios y artículos relacionados con el tema a estudiar, para conocer la epidemiología, los conocimientos de la población y la oferta de cursos actuales.

Esta revisión bibliográfica ha permitido enfocar mejor la investigación a desarrollar, que consiste en un **taller sobre SVB**. Este taller ha sido impartido por Silvia González Sanz, estudiante de cuarto curso de Enfermería y Miguel Ángel Madrigal Fernández, tutor del trabajo de fin de grado.

El taller se dividió en tres partes:

1. **Evaluación inicial:** En esta parte de la sesión se pasa un test individual y anónimo a los participantes, diez preguntas de cuatro respuestas cada una sobre SVB en adultos y en niños (**Anexo II**), para poder evaluar los conocimientos previos.
2. **Presentación teórica y práctica:** en esta parte se desarrolla una presentación teórica y práctica para mejorar los conocimientos de la población general y fomentar su aprendizaje en SVB. Se utiliza un PowerPoint de SVB de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ³¹. Esta presentación consiste en; una introducción inicial sobre SVB (PCR, cadena de supervivencia, RCP); SVB en adultos (secuencia de actuación, posición lateral de seguridad, OVACE); También se usa una presentación en PDF de SVB en niños y las diferencias con respecto a los adultos ³² (secuencia de actuación, compresiones, ventilaciones, OVACE). (**Fotos en Anexo III**).

Se realiza una demostración práctica de SVB usando un muñeco que simula a un adulto. Se explican los algoritmos de actuación con el muñeco, explicando cómo comprobar la inconsciencia, abrir la vía aérea, hacer las compresiones, dar las ventilaciones haciendo hincapié en las diferencias que hay entre los adultos, niños y lactantes. También se explica el uso del desfibrilador (DEA y/o DESA) con uno de entrenamiento. Posteriormente se anima a los participantes a practicar las técnicas enseñadas.

3. **Evaluación Final:** como finalización del taller se realiza una evaluación final, pasando el mismo test que al inicio, para evaluar los conocimientos teóricos posteriores tras la presentación.

Además se graba a uno de los participantes que como voluntaria se ofrece a que la graben, para poder evaluarla de forma práctica.

Durante la sesión se resuelven todas las dudas planteadas.

Posteriormente se realiza una evaluación y un análisis de los resultados, revisando los test previos y posteriores y comparando los resultados.

4.8 Material

Recursos humanos: profesional y alumna de enfermería con conocimientos sobre SVB.

Recursos materiales:

- Un aula con mesas y sillas
- Un ordenador y proyector para la presentación
- 102 copias del test (51 iniciales y 51 finales) y fotocopias del consentimiento informado para grabación audiovisual (**Anexo IV**).
- Un muñeco de simulación para la práctica del SVB
- Bolígrafos
- Cámara de fotos y de vídeo

4.9 Variables

Variables independientes:

- Sexo de los participantes: es una variable cualitativa dicotómica, ya que pueden ser hombres o mujeres.
- Edad de los participantes: es una variable cuantitativa discreta.
- Formación profesional: es una variable cualitativa politómica.
- Factores económicos: es una variable cualitativa.

Variables dependientes:

- Número y porcentaje de respuestas correctas en el test previo a la presentación: es una variable cuantitativa discreta.
- Formación previa sobre SVB
- Número y porcentaje de respuestas correctas en el test posterior a la presentación: es una variable cuantitativa discreta.
- Seguridad de actuación
- Porcentaje de mejoría, relación y comparación entre el porcentaje y número de aciertos entre el test inicial y el test final: es una variable

4.10 Análisis estadístico

Se realiza un análisis estadístico de los resultados mediante el programa **IBM SPSS Statistics 24**. En este programa se introducen las variables a estudiar que son las preguntas de los test. Posteriormente se introducen los datos obtenidos y se lleva a cabo un análisis estadístico descriptivo de frecuencias.

4.11 Consideraciones ético-legales

Para la realización del proyecto se envió un documento al comité de ética de la facultad de Enfermería de Valladolid. Explicando en qué consiste el proyecto de investigación, adjuntando el test y un consentimiento informado para poder grabar a algunos de los participantes evaluándoles de forma práctica.

Como la selección de la muestra se realizó mediante un mensaje de difusión y los participantes se inscribían por correo electrónico, los correos solo se utilizaron para informar a los participantes de las novedades del taller y concretar la fecha y la hora. Las direcciones de correo electrónico de los destinatarios fueron añadidas a CCO para permanecer invisibles al resto de los destinatarios del mensaje.

En la sesión, se explica a los participantes que el test es anónimo por lo que se garantiza en todo momento la confidencialidad. Así mismo se garantiza la del participante que se ofreció voluntario para la evaluación práctica. Previamente y haciendo referencia a las Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le entregó un consentimiento para la autorización de grabación audiovisual donde se asegura que las secuencias filmadas se usarán exclusivamente para la presentación del trabajo de fin de grado y con fines docentes.

5. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se analizaron los 51 test iniciales y 50 test finales, debido a que un participante se ausentó antes de rellenarlo.

También se analizaron dos preguntas finales incluidas una en cada test; la del primero para conocer el porcentaje de los participantes que tenían formación previa en SVB y quienes no poseían ningún conocimiento, y la del segundo para conocer la opinión de los participantes, y saber si tras la formación recibida se sienten más capacitados o seguros de realizar técnicas de SVB.

Resultados del test inicial de Soporte Vital Básico

Se analizan los resultados y se obtiene la frecuencia de respuestas de cada pregunta, el porcentaje de cada una de las respuestas y el número de aciertos para cada una de las preguntas del test inicial.

En la tabla 1 y 2 se muestran las preguntas de la uno a la diez, individualmente. El test inicial le hicieron 51 personas (N=51), pero algunas preguntas no fueron respondidas, correspondiendo con los valores perdidos, las preguntas 2, 3, 5, 6 y 7 tienen un valor perdido de 1, estas preguntas fueron respondidas por n=50, las preguntas 8 y 9 tienen un valor perdido de 2, esta pregunta fue respondida por n=49. También incluye la moda, es decir, el valor que se repite con mayor frecuencia en cada una de las preguntas.

Tabla 1: tabla de frecuencias del test inicial de las preguntas de la 1 a la 5, incluyendo la moda

		PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	PREGUNTA 5
N	Válido	51	50	50	51	50
	Perdidos	0	1	1	0	1
Moda		C	B	B	C	D

Tabla 2: tabla de frecuencias del test inicial de las preguntas de la 6 a la 10, incluyendo la moda

		PREGUNTA 6	PREGUNTA 7	PREGUNTA 8	PREGUNTA 9	PREGUNTA 10
N	Válido	50	50	49	49	51
	Perdidos	1	1	2	2	0
Moda		A	A	D	A	B

Relación de respuestas correctas por cada pregunta y porcentaje:

- Pregunta 1: la C tiene una frecuencia de 50, y un porcentaje del 98%.
- Pregunta 2: la B tiene una frecuencia de 22, y un porcentaje del 43,1%.
- Pregunta 3: la B tiene una frecuencia de 24, y un porcentaje del 47,1%.
- Pregunta 4: la C tiene una frecuencia de 37, y un porcentaje del 72,5%.
- Pregunta 5: la D tiene una frecuencia de 43, y un porcentaje del 84,3%.
- Pregunta 6: la A tiene una frecuencia de 22, y un porcentaje del 43,1%.
- Pregunta 7: la A tiene una frecuencia de 21, y un porcentaje del 41,2%.
- Pregunta 8: la B tiene una frecuencia de 15, y un porcentaje del 29,4%.
- Pregunta 9: la D tiene una frecuencia de 11, y un porcentaje de 21,6%.
- Pregunta 10: la B tiene una frecuencia de 21, y un porcentaje de 41,2%.

Resultados del test final de Soporte Vital Básico

Se analizan los resultados de la misma forma del test inicial.

En la tabla 3 y 4 se muestran las preguntas de la uno a la diez, individualmente. El test inicial le hicieron 50 personas (N=50), pero algunas preguntas no fueron respondidas, se correspondiendo con los valores perdidos, la pregunta 2 tienen un valor perdido de 2, esta pregunta fue respondida por n=48, las preguntas 7, 8 y 9 tiene un valor perdido de 1, esta pregunta fue respondida por n=49, la pregunta 10 tiene un valor perdido de 3, esta pregunta fue respondida por n=47. También incluye la moda, es decir, el valor que se repite con mayor frecuencia en cada una de las preguntas.

Tabla 3: tabla de frecuencias del test final de las preguntas de la 1 a la 5, incluyendo la moda

		PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	PREGUNTA 5
N	Válido	50	48	50	50	50
	Perdidos	0	2	0	0	0
Moda		C	B	B	C	D

Tabla 4: tabla de frecuencias del test final de las preguntas de la 6 a la 10, incluyendo la moda

		PREGUNTA 6	PREGUNTA 7	PREGUNTA 8	PREGUNTA 9	PREGUNTA 10
N	Válido	50	49	49	49	47
	Perdidos	0	1	1	1	3
Moda		A	A	B	D	D

Relación de respuestas correctas por cada pregunta y porcentaje:

- Pregunta 1: la C tiene una frecuencia de 50, y un porcentaje del 100%.
- Pregunta 2: la B tiene una frecuencia de 34, y un porcentaje del 68%.
- Pregunta 3: la B tiene una frecuencia de 47, y un porcentaje del 94%.
- Pregunta 4: la C tiene una frecuencia de 49, y un porcentaje del 98%.
- Pregunta 5: la D tiene una frecuencia de 49, y un porcentaje del 98%.
- Pregunta 6: la A tiene una frecuencia de 48, y un porcentaje del 96%.
- Pregunta 7: la A tiene una frecuencia de 45, y un porcentaje del 90%.
- Pregunta 8: la B tiene una frecuencia de 47, y un porcentaje del 94%.
- Pregunta 9: la D tiene una frecuencia de 45, y un porcentaje de 90%.
- Pregunta 10: la B tiene una frecuencia de 12, y un porcentaje de 24%.

Comparación de los resultados del test inicial y final

Tras analizar los dos test y obtener los resultados, se compara el número de preguntas acertadas y porcentaje de ambos test, para cada una de las preguntas.

Tabla 5: comparación de aciertos entre el test inicial y final, para cada una de las preguntas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aciertos										
Test Inicial	50	22	24	37	43	22	21	15	11	21
Aciertos										
Test Final	50	34	47	49	49	48	45	47	45	12

Se analizan las similitudes o diferencias en el número de aciertos y porcentajes para cada una de las preguntas, para observar si tras la intervención aumentan o no los conocimientos.

Relación de los porcentajes: la *pregunta 1* pasa de un porcentaje de aciertos del 98% al 100%; en la *pregunta 2* del 43,1% al 68%; la *pregunta 3* del 47,1% al 94%; en la *pregunta 4* del 72,5% al 98%; la *pregunta 5* del 84,3% al 98%; la *pregunta 6* del 43,1% al 96%; la *pregunta 7* del 41,2% al 90%; la *pregunta 8* del 29,4% al 94%; la *pregunta 9* de un 21,6% al 90% y la *pregunta 10* del 41,2 al 24%.

En todas las preguntas de la una a la nueve se observa un aumento de los aciertos y un gran incremento de los porcentajes, sobre todo en las preguntas 6, 7, 8 y 9 donde incrementa hasta un 50% el porcentaje. Cabe destacar que en la pregunta 10 del test final se observa una disminución del 17% respecto al test inicial, siendo mayor el número de aciertos en el test inicial.

Evaluación práctica

Tras la presentación teórica y práctica se brinda a los participantes la oportunidad de practicar y emplear las técnicas enseñadas con el muñeco.

Y se piden voluntarios por si alguno nos permite grabarles, desafortunadamente solo una persona se presentó voluntaria para grabarla en video. Aunque la mayoría de los participantes sí practicó al acabar el taller.

En la práctica se evalúa si sabe cómo actuar, el orden correcto de actuación, cómo comprueba la inconsciencia, si abre bien la vía aérea, la colocación adecuada de los brazos y la correcta realización de las ventilaciones.



Imágen 1: Voluntaria para la evaluación práctica

Resultados sobre los conocimientos previos en soporte vital básico

En el test inicial se añadió una pregunta al final, para poder conocer si los participantes habían recibido formación previa. Los resultados reportaron que el 86,3% de los participantes no había recibido ningún tipo de formación previa. Mientras que el 13,7% de los participantes sí habían recibido previamente algún tipo de formación.

Tabla 6: *Tabla de frecuencias sobre la formación previa*

	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	13,7
NO	44	86,3
Total	51	100,0

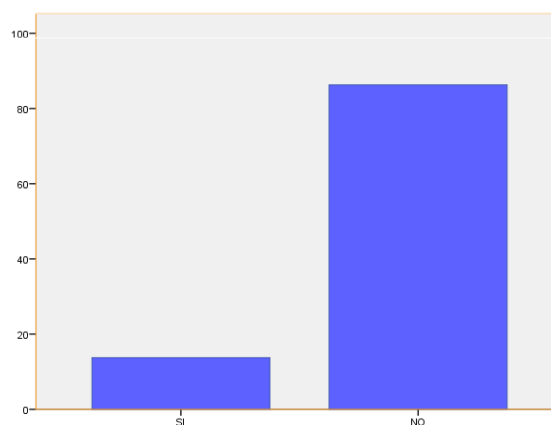


Figura 1: *gráfico de porcentajes sobre la formación previa*

Resultados sobre la seguridad de actuación ante una emergencia

En el test final, se añadió una pregunta al final para ver si después de realizar el curso y recibir formación en SVB se sentían más capacitados para evitar accidentes y actuar correctamente ante una situación de emergencia. De n=50 que fueron las personas que rellenaron el test final, solo n=46 respondieron la pregunta final, con lo que hay un valor perdido de 4. Por lo tanto, los resultados reportan que el 86% de los participantes, es decir n=43, tras la realización del taller, se sienten capacitados de actuar ante una situación de PCR o OVACE.

Tabla 7: *Tabla de frecuencias sobre la seguridad de actuación ante una emergencia*

	Frecuencia	Porcentaje
SI	43	86,0
NO	3	6,0
Total	46	92,0

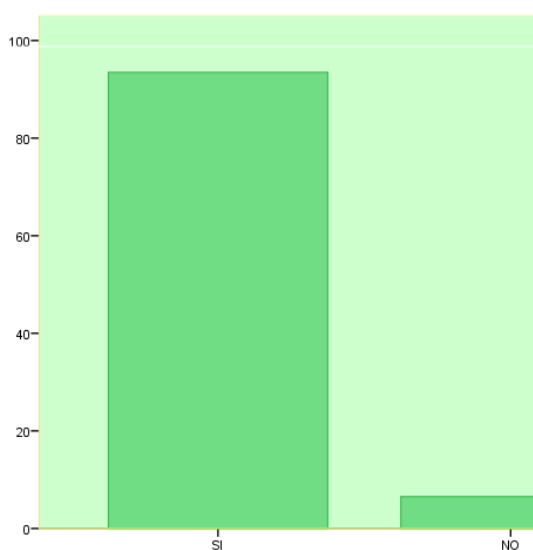


Figura 2: *gráfico de porcentajes sobre la seguridad de actuación*

6. DISCUSIÓN

La experiencia en varios países demuestra que la formación de la población en SVB es una medida sanitaria eficaz. El objetivo debería comprender la formación del mayor número de personas posible en RCP, ya que cualquiera puede convertirse en el primer eslabón de la cadena de supervivencia.

En el presente estudio se ha realizado una evaluación sobre los conocimientos de SVB en padres y madres con hijos de 0 a 14 años, así como el efecto de una sesión formativa sobre este colectivo. Se considera que los datos obtenidos son representativos de la población analizada. La intervención realizada es aislada puesto que no se realiza un seguimiento, pero aunque se lleva a cabo en una pequeña muestra, se obtienen resultados similares a otros estudios.

Confirmando los datos analizados del primer test se reafirman los resultados de otros estudios, donde se muestra que la población posee escasos conocimientos.

En el test final se observa un gran incremento de aciertos en las preguntas, podríamos concluir que sí aumentan los conocimientos tras la explicación teórica y práctica. Corroborando los resultados de otros estudios similares en los que se realiza una intervención. Además la mayoría de los participantes reconoce que se siente más preparado y seguro, para actuar correctamente ante una situación de PCR, OVACE o víctima inconsciente.

Como se describe en la introducción, en España existen programas, cursos y proyectos que luchan por formar a la población general pero no tienen capacidad de llegar a todas ellas.

Por ello, la introducción de una materia de estudio y formación de SVB / primeros auxilios en la edad escolar, como se muestra también en otros estudios, es de suma importancia y muestra una elevada efectividad. De esta forma se adquirirían los conocimientos en la mejor edad para aprender, aunque sería conveniente la práctica secuencial y repetitiva en más ocasiones a lo largo de la vida.

En cuanto a **las limitaciones** de este estudio, quiero destacar que el tamaño de la muestra estudiada es reducido, y que la forma de selección, no probabilística, impide la generalización de los resultados. Señalar que para poder aumentar los conocimientos de la población, haría falta más tiempo y recursos para no solo centrarse en una muestra sino abordar y formar a la mayor parte de la población. También se debe observar y hacer un seguimiento después de un tiempo de la intervención para conocer si se mantiene el nivel de conocimientos en el tiempo. Además estos conocimientos deben reforzarse con frecuencia para poder afianzarlos.

7. CONCLUSIONES

Para concluir el presente estudio recordamos la hipótesis formulada: *“La organización y realización de un taller sobre soporte vital básico, mejora los conocimientos de la muestra de individuos”*. A la vista de los resultados obtenidos se acepta dicha hipótesis como válida.

Cabe destacar que el número de estudios relacionados con la formación en SVB de la población general es muy bajo.

En este estudio después del análisis de los resultados, se concluye que la realización del taller en SVB es necesaria. Como evidencia el test inicial, la muestra tiene un porcentaje de aciertos bajo en la mayoría de las preguntas, corroborando que la muestra de población general tiene conocimientos insuficientes. Dado el bajo nivel de conocimientos, es necesario que las instituciones sanitarias realicen planes de formación a la población general, con una implicación de todos en esta tarea. Asimismo se comprueba que la intervención es efectiva y aumenta los conocimientos de la muestra. Puesto que tras la presentación teórica y práctica el test final revela un porcentaje de aciertos elevado, siendo superior al 90% en ocho de las preguntas.

Los resultados del test final en comparación al test inicial demuestran un amplio aumento de los conocimientos, exceptuando una pregunta donde disminuye el porcentaje de aciertos, en la mayor parte incrementan entre un 40-50% el porcentaje respecto al test inicial. Determinando que la formación teórica y práctica ha sido útil y beneficiosa. Igualmente la mayoría de la muestra afirma sentirse más preparado y seguro para actuar ante una situación de emergencia.

Es necesario realizar programas de formación sobre SVB y/o primeros auxilios para la población general y en concreto centrándose en la población escolar, un colectivo que ha demostrado tener unos resultados excelentes en estudios previos. Debería ser obligatoria su enseñanza por el elevado número de víctimas de muerte súbita y PCR, y, sobre todo, porque la PCR es una patología potencialmente reversible con unas maniobras mínimas y fáciles de implementar. Enfermería tiene un papel fundamental y debe ser partícipe en la educación de la población, alcanzando una mejora de la salud de la comunidad en general.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cercp.org. (n.d.). ¿Qué hacer ante una parada cardiaca? [Internet]. [Consulta el 22 Feb. 2018]. Disponible en: <http://www.cercp.org/area-ciudadana/area-ciudadana-2/273-que-hacer-ante-parada>.
- 2) Guía de Soporte Vital Básico y DEA. Instituto de formación de emergencias; European Resuscitation Council; 2016.
- 3) El 80% de las muertes por parada cardíaca se producen en el domicilio [Internet]. JANO.es – ELSEVIER. 2014 [Consulta el 3 En. 2018]. Disponible en: <http://www.jano.es/noticia-el-80-las-muertes-por-23069>
- 4) Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario.
- 5) A150. Registro español de parada cardiaca extra hospitalaria [Internet]. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. 2012 [Consulta el 7 Dic. 2017]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2012/10/A150.html>
- 6) Resumen de estadísticas de 2017 Enfermedad del corazón y ataque cerebral. [Internet]. Heart.org. 2017. [Consulta el 7 Jan. 2018]. Disponible en: http://www.heart.org/idc/groups/ahamahpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_491392.pdf
- 7) Actualización de las recomendaciones internacionales de reanimación cardiopulmonar pediátrica (RCP): recomendaciones europeas de RCP pediátrica. Emergencias. 2017; 29(4):266-281.
- 8) Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. [Internet]. Pediatriaintegral.es. 2014. [Consulta el 30 Nov. 2017]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-05/reanimacion-cardiopulmonar-basica-en-pediatria/>
- 9) Kamarainen A. Out-of-hospital cardiac arrests in children. Journal of Emergencies, Trauma, and Shock. 2010; 3(3):273.
- 10) Aguaviva Bascuñá J. Soporte vital en la edad pediátrica. Zaragoza: Pressas Universitarias de Zaragoza; 2009.

- 11) Sancho Sánchez M, Loro Sancho N, Algora Rangel F. Atención de Enfermería en la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpos Extraños Lactante Niño Adulto. D.U.E. Unidad de Urgencias H.G.U.V. y Corporaciones Locales. Disponible en: <http://elgotero.com/Archivos%20PDF/Atenci%C3%B3n%20de%20Enfermer%C3%ADa%20en%20la%20Obstrucci%C3%B3n%20de%20la%20V%C3%ADa%20A%C3%A9rea%20por%20Cuerpos%20Extra%C3%B1os%20Lactante%20Ni%C3%B1o%20Adulto.pdf>
- 12) Alcalá Minagorre P. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de urgencias pediátricas SEUP-AEP. Cuerpos extraños en la vía respiratoria. Madrid: Ergon; 2010.
- 13) Aspiración de cuerpos extraños en la infancia. Cirugía Pediátrica. 2007; 20 (1): 25-28.
- 14) La maniobra de Heimlich en el cine comercial. [Internet]. Revista de Medicina y Cine. 2008 [Acceso 11 Nov. 2017]; 4(2). Disponible en: https://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_4/4.2/esp.4.2.html/maniobra.htm
- 15) Miró Ò, Díaz N, Escalada X, Pérez Pueyo F, Sánchez M. Revisión de las iniciativas llevadas a cabo en España para implementar la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2012; 35(3):477-486.
- 16) Estrategias para la enseñanza y desarrollo de la Reanimación Cardiopulmonar Básica para la población general (II). Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid [Internet]. Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. 2017 [Acceso 4 Dic. 2017]. Disponible en: <http://madridsalud.es/estrategias-para-la-ensenanza-y-desarrollo-de-la-reanimacion-cardiopulmonar-basica-para-la-poblacion-general-ii/>
- 17) Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. Atención Primaria. 2014; 34(8). Disponible en: <https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2016/06/02/1400-personas-mueren-ano-espana-atragantamiento/00031464877305655668258.htm>
- 18) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. S. Vía Aérea. Manejo y control integral. Comité de Vía Aérea e Interfaces de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. 2nd ed. Editorial Médica Panamericana; 2016.

- 19) Cursos de formación para emergencias y primeros auxilios [Internet]. Formación y Salud. 2017 [Consulta el 4 Dic. 2017]. Disponible en: <http://www.formacionysalud.com/>
- 20) SEMICYUC. Bienvenido a semicyuc. [Internet]. 2017 [Consulta el 8 Dic. 2017]. Disponible en: <http://www.semicyuc.org>
- 21) Cruz Roja Española - Canal Formación [Internet]. 2017. [Consulta el 8 Dic. 2017]. Disponible en: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=658,28801996&_dad=portal30&_schema=PORTAL30
- 22) American Heart Association. Basic Life Support. [Internet]. International.heart.org. 2017 [Consulta el 8 Dic. 2017]. Disponible en: <http://international.heart.org/es/our-courses/basic-life-support>
- 23) GERCPYUN. RCP población general. [Internet]. Rcppediatrica.org. 2017 [Consulta el 8 Dic. 2017]. Disponible en: <http://www.rcppediatrica.org/?cat=92>
- 24) García Vega, F., Encinas Puente, R., Montero Pérez, F. La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas. [Internet]. Editorial. 20, pp.223-225. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/F_Javier_Montero/publication/28221758_La_comunidad_escolar_como_objetivo_de_la_formacion_en_resucitacion_la_RCP_en_las_escuelas/links/0deec5247f573f0234000000.pdf.
- 25) Miró, Ò., Jiménez-Fábrega, X., Díaz, N., Coll-Vinent, B., Bragulat, E., Jiménez, S., et al., Programa de Reanimación cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): conclusión tras 5 años de experiencia. [Internet]. ORIGINAL. 2008. 20(1), pp.229-234. Disponible en: <http://www.ambulancat.org/sites/default/files/documents/files/Programa%20de%20Reanimaci%C3%B3n%20Cardiopulmonar%20Orientado%20a%20Centros%20de%20Ense%C3%B1anza%20Secundaria.pdf>.
- 26) CERCP. Consejo Español de RCP. [Internet]. [Consulta el 22 Feb. 2018]. Disponible en: <http://www.cercp.org/el-cercp/consejo-espanol-de-rcp>

- 27) RCP na aula: programa de enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica para estudiantes de secundaria (Cartas al director). [Internet]. Emergencias. 2012. 24: 74-80. [Consulta el 22 Mar. 2018]. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/rcp-na-aula-programa-de-ensenanzade-la-reanimacion-cardiopulmonar-basica-para-estudiantes-de-secundaria/>
- 28) Mejía de Tell, I. Importancia de la formación en reanimación cardiopulmonar en la población escolar: Revisión bibliográfica. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Universidad autónoma de Madrid. (2016).
- 29) El Norte de Castilla. Ambuibérica pone en marcha un autobús-aula para impartir cursos de primeros auxilios. 2014. [Consulta el 14 Mar. 2018]. Disponible en: <http://www.elnortedecastilla.es/valladolid/201411/18/ambuiberica-pone-marcha-autobus-20141118143412.html>
- 30) Caballero Oliver, D., Canals Aracil, D. Cordero Torres, D. SemFYC. Curso de Soporte Vital Básico. 2015.

9. ANEXOS

ANEXO I: FOLLETO INFORMATIVO DIFUNDIDO

**Taller Teórico/Práctico sobre
"SOPORTE VITAL BÁSICO"
para padres con hijos
(de 0 -14 años)
Trabajo de Fin de Grado
(UVa)**

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB): es sencillo y esencial para salvar vidas.

Objetivo del taller: Conocer y mejorar los conocimientos en **Soporte Vital Básico** de la población general.

Partes del taller:

1. Test inicial teórico y práctico para conocer los conocimientos previos (anónimo).
2. Presentación teórica y práctica sobre SVB cómo actuar ante la **inconsciencia, parada cardio-respiratoria o atragantamiento**, de un niño o de un adulto.
3. Test final teórico y práctico para evaluar el aprendizaje tras la charla (anónimo).

¡Importante! Inscribirse y confirmar asistencia antes de finales de Febrero.

- **Lugar:** Facultad de Enfermería (Valladolid). Av. Ramón y Cajal, 7.
- **Fecha:** 9 de Marzo de 2018. Sobre las 17 horas.
(Confirmación de horario y aula por correo)
- **Duración:** 2h aproximadamente.




- **Impartido por:** Silvia González Sanz (Estudiante de Enfermería)
- **NÚMERO DE ASISTENTES:** 100 PLAZAS

INSCRIPCIÓN: tfgsvb@gmail.com

**Atragantamiento en Niños Y bebés
Primeros Auxilios**




ANEXO II: TEST DE EVALUACIÓN DE SVB

1. Paro o Parada Cardiorrespiratoria (PCR) es
 - a) la muerte de un paciente incurable
 - b) el cese de la actividad del corazón y de la respiración espontánea en el final de la vida
 - c) el cese brusco, inesperado y reversible del latido del corazón y de la respiración
 - d) la pérdida brusca del tono postural

2. Señale lo falso respecto al Soporte Vital Básico (SVB)
 - a) el SVB es el segundo eslabón de la cadena de supervivencia
 - b) el SVB es poco útil en la PCR
 - c) el SVB debe hacerlo cualquier ciudadano que presencie una PCR
 - d) el SVB debe darse antes de 4 minutos

3. La secuencia más apropiada para valorar una situación de emergencia es
 - a) comprobar circulación – comprobar consciencia – comprobar respiración
 - b) valorar respuesta – abrir vía aérea y comprobar si la respiración es normal
 - c) comprobar circulación – comprobar respiración – comprobar consciencia
 - d) valorar respuesta – comprobar circulación – comprobar respiración

4. Una persona inconsciente y que respira necesita
 - a) masaje cardíaco con idea de mejorar su circulación sanguínea
 - b) boca a boca para mejorar su oxigenación
 - c) ser puesto en posición de seguridad y pedir ayuda
 - d) maniobras de desobstrucción de vía aérea

5. Respecto al masaje cardíaco, señale la respuesta más apropiada
 - a) en lactantes se efectúa con dos dedos
 - b) en niños debe usarse una sola mano
 - c) en niños mayores y adultos se usan dos manos
 - d) todas son ciertas

6. Respecto al boca a boca, señale lo FALSO
 - a) deben darse unas 30 insuflaciones cada minuto
 - b) las insuflaciones deben ser de algo más de un segundo, dejando luego tiempo para salida de aire del pecho de la víctima
 - c) se sopla en la boca de la víctima, si es un adulto, comprobando que el tórax se eleva
 - d) hay que taponar el/los orificio/s por el/los que no se insufla

7. Con respecto a la relación masaje/ventilación en el niño, señale lo correcto
- es 15/2
 - es 15/1
 - es 30/2
 - es variable
8. Con respecto al masaje cardíaco en el adulto
- el reanimador debe colocarse a los pies de la víctima
 - se comprime con una fuerza que propicie una depresión esternal de al menos 5 cm
 - el ritmo de masaje es de al menos 60 compresiones por minuto
 - la relación masaje/ventilación es 15:1
9. La primera maniobra de SVB en un sujeto atragantado
- la maniobra de Heimlich
 - los golpes en la espalda
 - la elevación de las piernas
 - animar a toser
10. Respecto al SVB en el niño atragantado, señale lo FALSO
- en bebés menores de 1 año, se intercalan 5 golpes en la espalda y 5 golpes en la zona media del pecho con dos dedos
 - en niños conscientes lo primero es dar 5 golpes en la espalda
 - se le debe animar a toser si está consciente
 - si la tos es débil o inefectiva, se debe mirar la boca y si tiene algún objeto accesible, sacar con el dedo en posición de gancho

ANEXO III: FOTOS DEL TALLER DE SVB



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6

Imágenes 2, 3, 4, 5 y 6: fotos del taller de Soporte Vital Básico

ANEXO IV: AUTORIZACIÓN PARA LA GRABACIÓN AUDIOVISUAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

*Facultad de Enfermería***CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN DE CONTENIDO
AUDIOVISUAL**

El Sr./Sra. _____, con DNI o pasaporte nº _____, doy mi consentimiento, para la grabación, el uso o la reproducción de las secuencias filmadas en vídeo, fotografías o grabaciones de la voz de mi persona.

Entiendo que el uso de la imagen o de la voz del participante, será principalmente para fines de la enseñanza. Las secuencias filmadas se usaran exclusivamente para la presentación del trabajo de fin de grado y con fines docentes, y solo serán tratados por la autora y el tutor de este proyecto.

Se le informará acerca del uso de la grabación en vídeo o fotografías para cualquier otro fin, diferente a los anteriormente citados.

Esta autorización se aplica a las secuencias filmadas en vídeo o fotografías que se puedan recopilar como parte del desarrollo del programa y para los fines que se indican en este documento.

Firma:

D. _____

Teléfono: _____

En _____, el _____ de _____ de 20__

NOTA: A los efectos previstos en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, se comunica al interesado que podrá ejercer sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de la presente autorización dirigiéndose a la persona responsable del programa.