



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

“Valoración del impacto de un póster y taller teórico-práctico de Soporte Vital Básico Pediátrico en los alumnos de grado de Educación Infantil de la Universidad de Valladolid”

Autora: Laura Muñoz Vivero

Tutor: Carlos Escudero Cuadrillero



AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer de manera especial y sincera a mi tutor Carlos Escudero Cuadrillero por aceptarme para realizar este trabajo, por su disponibilidad, apoyo y santa paciencia. Por guiarme en este trabajo y darme la posibilidad de mejorarlo.

A M^a Ángeles Barba Pérez por prestarnos el material necesario para llevar a cabo la parte práctica del taller.

A Agustín Mayo Fraile por su aportación en el análisis de los datos.

A la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, por permitir que este trabajo se desarrollara.

Agradecer de manera especial a: enfermeras/os, médicos de la gerencia de emergencias de Castilla y León y a compañeras de grado de la facultad de Enfermería de Valladolid, por su disponibilidad y generosidad para compartir sus conocimientos y experiencia. Su colaboración fue de gran ayuda en la práctica del taller.

Y por último, agradecer a mis amigos y en especial a Samuel, Daniel y María por cuanto han hecho por mí.



RESUMEN

Hemos elaborado y puesto en marcha un póster y taller teórico-práctico de *Soporte Vital Básico Pediátrico*. Dirigido a estudiantes universitarios de grado de Educación Infantil. La aplicación del taller tuvo lugar el jueves 3 de abril a las 17 horas, en la Facultad de Educación y Trabajo Social de Valladolid.

El taller dispuso de una parte teórica llevada a cabo mediante una charla, donde se les explicó las situaciones de emergencia que pueden suceder en los más pequeños y cómo reconocer, actuar y proceder en caso de necesidad. Todo ello con ayuda de una presentación en Power Point y un póster diseñado para la ocasión, que resume de manera rápida, sencilla y visual los pasos más importantes que debemos seguir para resolver con éxito una situación inesperada de urgencia o emergencia acontecida en un niño. En la parte práctica, cada uno de los sujetos junto con el personal especializado (enfermeras/os, médicos de la gerencia de emergencias de Castilla y León y alumnas de grado de la Facultad de Enfermería de Valladolid) aplicó los conocimientos aprendidos, se aclararon dudas, y pudieron adquirir habilidades con los muñecos anatómicos (simuladores), entre otras actividades.

Los participantes, realizaron una encuesta previa de manera individual acorde con los contenidos a tratar y otro tras finalizar el taller. Una vez recogida toda la información procederemos a evaluar e interpretar los resultados obtenidos con el fin de valorar los efectos que nuestro póster y taller teórico-práctico ha originado en la población elegida.

Palabras clave: emergencia, póster, teórico-práctico, efectos.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	Página 2
JUSTIFICACIÓN.....	Página 4
MARCO TEÓRICO.....	Página 7
OBJETIVOS.....	Página 11
MATERIAL Y METODOLOGÍA.....	Página 12
DISCUSIÓN.....	Página 18
CONCLUSIÓN.....	Página 20
BIBLIOGRAFÍA.....	Página 23
ANEXOS.....	Página 26

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los casos, la primera persona que atiende una situación de urgencia o de emergencia, es personal no sanitario. Está demostrado que los esfuerzos iniciados por el observador fortuito y ocasional, para que la situación se vuelva reversible, dependen de la primera respuesta sanitaria que se lleve a cabo¹. Pero... ¿Sabemos actuar ante este tipo de situaciones? ¿Y si en lugar de un adulto se tratara de un niño?

Entendemos por cadena de supervivencia al conjunto de acciones orientadas a disminuir el tiempo desde que la víctima sufre una parada cardiorrespiratoria, hasta que recibe la atención inicial y luego la especializada.

La secuencia la inicia la persona que presencia o que llega primero al lugar del evento y su intervención es esencial para una resolución exitosa. Los eslabones de esta cadena son distintos en adultos y niños, componiéndose en este último, de cinco^{2,3}:



1. Prevenir (las lesiones o de paro cardiorrespiratorio)
2. Reanimar (Reanimación Cardiopulmonar – RCP-precoz)
3. Llamar (pedir ayuda al servicio de emergencia)
4. Tratar (Reanimación Cardiopulmonar Avanzada pediátrica)
5. Cuidados Post-reanimación

La actuación del ciudadano es fundamental. Es la primera asistencia que va a recibir una persona que está sufriendo un episodio de urgencia o afectación de la salud.



Las acciones que realice estarán encaminadas a aplicar a la víctima algún tipo de terapéutica o técnica, apertura de la vía aérea, taponamiento de una hemorragia, etc. Se trata de un tema de gran interés social, puesto que cualquiera de nosotros puede ser el primer agente de la cadena de socorro. En este motivo, radica la importancia ante cualquier urgencia o emergencia, todas las personas deben saber avisar y actuar de la forma correcta y evitar las posibles complicaciones debidas a una atención inadecuada o tardía.

Los profesionales de enfermería pueden ejercer una importante labor en este campo, ya que es necesario que la población reciba educación para la salud. Tanto enfermeros como enfermas contribuyen con un aporte de conocimientos, actitudes y comportamientos. Por otro lado, conseguirán desarrollar una de sus funciones; la docencia.

Los accidentes infantiles constituyen un grave problema de salud pública ya que son la primera causa de muerte en niños y niñas de uno a catorce años⁴. La infancia es un periodo primordial en el ciclo vital de la persona, a medida que el niño va creciendo se van produciendo diferentes tipos de desarrollo (biológico, psicosocial, cognoscitivo, espiritual y de adaptación)⁵. Por este motivo, y por la importancia que alcanzan en dichos accidentes los aspectos económicos, humanitarios, sociales y psicológicos, se hace necesario y fundamental que los adultos que tienen el cuidado de los niños a su cargo reciban la suficiente información para saber actuar en caso de situación de urgencia o emergencia.

Todos estos motivos, han llevado a la elaboración y puesta en marcha de un póster y taller teórico-práctico de *Soporte Vital Básico Pediátrico* cuyo objetivo principal a estudio será valorar los efectos que estos causan en la población elegida, en este caso, alumnos de grado de Educación Infantil de la Universidad de Valladolid.



JUSTIFICACIÓN

La medicina ha evolucionado en el siglo XX a una velocidad de vértigo, mejorando la salud y la calidad de vida de las personas y ampliando la esperanza de la vida. En España, en 1900, una persona vivía de media 34 años⁶; casi un siglo después, los españoles alcanzan una media de vida de 78 años. Incluso, los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud⁷ van más allá. Afirman que las españolas son las segundas mujeres más longevas del planeta, con una tasa de vida de 85,1 años, solo superadas por las japonesas (87 años). Este alargamiento vital es una de las grandes consecuencias de la mejora de los servicios sanitarios y, sobre todo, de su expansión a todas las capas de la población. Otra de las virtudes es la reducción de la mortalidad infantil hasta cifras nunca recogidas en la historia de la humanidad. La tasa de mortalidad infantil en España, que recoge a los niños fallecidos antes de cumplir el año de vida en relación a los nacidos, es una de las más bajas del mundo: 3,1 niños⁸ finados por mil.

Esta evolución de la natalidad y la supervivencia infantil trae consigo, obviamente, una multiplicación de los problemas infantiles ante el aumento exponencial de su número. Y, lógicamente, los riesgos de los más pequeños crecen a la par que su tamaño. Lo mismo pasa con su curiosidad. En la infancia temprana⁵ de 1 a 3 años, los más pequeños exploran con todo impulsados por la curiosidad: se quieren llevar todo a la boca, suben y bajan escaleras, ignoran la sensación de peligro y buscan desplazarse de un sitio a otro. Cuando se encuentran en edad preescolar, los niños corren, trepan, andan en triciclos, entre otras actividades. Ante esta situación, el riesgo aumenta. Las caídas y los golpes son los accidentes más frecuentes a cualquier edad, las intoxicaciones se producen con mayor frecuencia en los menores de dos años, y los ahogamientos, atragantamientos y quemaduras, son más habituales entre los dos y cuatro años, según el estudio sobre ‘Accidentes de la población infantil’⁹. Destaca el hecho de que los niños que tienen más accidentes son los segundos de dos hermanos (32,3%) y los hijos únicos (27,4%) y que 6 de cada 10 accidentes se producen fuera del domicilio y el resto en el hogar, siendo el salón el lugar más frecuente (32%). Señala además, que el 72% de los



niños necesitó atención médica, que recibieron mayoritariamente en un centro de salud, y que un 4% fueron ingresados en un hospital.

Las razones anteriormente citadas denotan la importancia y la necesidad de una buena respuesta del ciudadano como primer agente de la cadena de socorro.

Por todo ello, es preciso elaborar, un póster (Anexo 1) que recoja de manera sencilla, visual y breve qué pasos debemos seguir ante diversas situaciones de urgencia o emergencia, que se pueden dar en los más pequeños como puede ser: atragantamiento, parada cardiorrespiratoria, hemorragia grave... Éste será de gran ayuda pues con un simple vistazo el ciudadano podrá asistir a un niño accidentado o enfermo repentino hasta la llegada del personal especializado. Además, se llevará a cabo un taller teórico-práctico (Anexo 2) que reunirá los conocimientos esenciales de actuación ante estas situaciones, explicará técnicas para realizar tanto en lactantes como en niños y se apoyará fundamentalmente en material audiovisual (póster, diapositivas, videos...). Irá dirigido a alumnos de grado de Educación Infantil de la Universidad de Valladolid debido al interés mostrado en que el taller se realizara en su facultad y además porque en un futuro serán trabajadores de instituciones, servicios, establecimientos responsables de la atención o la protección de niños. Cuyos puestos de trabajo, requieren de personas organizadas, formadas y adiestradas que garanticen rapidez y eficacia ante una situación de urgencia u emergencia. Respecto al curso y número de elementos de la muestra optamos por un muestreo aleatorio simple, selección al azar, es decir, donde todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos y la selección de uno de ellos no influye sobre la elección de otro¹⁰.

Para llevarlo a cabo recurrimos a la metodología y recursos tecnológicos que en la actualidad disponemos (Anexo 4).

Los alumnos rellenarán un cuestionario antes de iniciar el taller y otro tras la finalización de este, que realizan de manera individual. Optamos por la utilización de *encuestas*, para la recogida de datos. Resulta adecuada porque una de sus propiedades



es que hace viable ciertas particulares de la población que no son directamente observables, ya sea porque son de carácter subjetivo (opiniones, actitudes...) o porque su obtención mediante otros medios resulta demasiado costosa (por ejemplo; mediante observación directa...). Las preguntas elegidas del cuestionario son de tipo cerradas con respuesta de elección múltiple, porque son fáciles de responder. En cuanto, al orden de las preguntas, van de lo más general a lo más específico y se numeran los ítems para facilitar la cumplimentación de la encuesta.

Por lo tanto, hablamos de un estudio descriptivo transversal cuantitativo.

Para a la obtención de los datos, nos aseguramos que se lleva a cabo en el tiempo previsto, que las condiciones en las que los participantes realizan la encuesta son similares y que se responden todas las preguntas. Una de las ventajas de la utilización de la encuesta, es que evitamos errores debidos a la comprensión de las preguntas y controlamos realmente que el encuestado es quien responde a las preguntas¹⁰.

Posteriormente analizaremos los resultados obtenidos de ambos cuestionarios y procederemos a obtener las conclusiones.

Con este póster y taller teórico-práctico de *Soporte Vital Básico Pediátrico* el alumno podrá identificar y evaluar de forma rápida y eficaz una situación de urgencia o emergencia, hacerse cargo de la situación y dirigir las acciones a realizar. Será capaz, de prestar asistencia de la forma más idónea, conociendo lo que debe o no debe hacer en cada situación que se le plantee, evitando complicaciones, avisando a la asistencia especializada de forma correcta y precoz. Aparte de obtener nuestro objetivo principal: valorar los efectos que causa un póster y taller teórico-práctico de *Soporte Vital Básico Pediátrico* en la población elegida.



MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptos básicos

Urgencia: la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la define como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia¹¹.

Emergencia: es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del sujeto o la función de algún órgano¹¹.

1.2 Cadena de supervivencia

La American Heart Association¹² (AHA) otorgó el término de cadena de supervivencia a la secuencia de acciones orientadas a disminuir el tiempo desde que una persona sufre una Parada Cardio Respiratoria, hasta que recibe la atención inicial y luego la especializada. Esta cadena se pone en marcha cuando alguien reconoce la situación de parada cardíaca e inicia la secuencia para una resolución exitosa.

Los eslabones de esta cadena son diferentes en niños y adultos.

En niños, la mayoría de los paros cardíacos (80%-85%) se producen como resultado de un proceso que afecta primero a la ventilación. La primera causa de muerte en niños de 1 a 14 años es por traumatismos, envenenamiento o infecciones, todos prevenibles. Por este motivo el primer eslabón en la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) pediátrica es la prevención. El segundo eslabón de la secuencia es la reanimación precoz, en la mayoría de los niños la principal causa es respiratoria de ahí iniciar la RCP con ventilaciones, seguida de compresiones. Tras 2 minutos de reanimación se debe activar el sistema de emergencia lo que constituye el tercer eslabón de la cadena. El cuarto eslabón correspondería reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y el quinto eslabón a los cuidados post-reanimación¹³.

1.3 Reanimación cardiopulmonar básica en niños

Los beneficios de la RCP están probados por multitud de estudios en el mundo entero ya que una intervención rápida aumenta las posibilidades de supervivencia y disminuye las secuelas¹⁴.

Se entiende por parada cardiorrespiratoria (PCR) como la interrupción brusca y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. La víctima se caracteriza por estar inconsciente, sin movimientos respiratorios y sin pulso.

La principal causa de PCR en niños es respiratoria debido a:

- Accidentes:
 - Obstrucción vía aérea/depresión respiratoria
 - Aspiración de cuerpos extraños y ahogamientos
 - Intoxicaciones, inhalación de humos
 - Traumatismos craneoencefálicos, torácicos
- Enfermedades respiratorias graves
- Problemas neurológicos: meningitis. Convulsiones.

La actuación, requiere de un reconocimiento, una alerta precoz y un conocimiento de las maniobras y actuación inmediata. Las características anatómicas y fisiológicas obligan a que las maniobras en la RCP en el niño varíen según la edad (lactantes y niños)^{15,16}.

1.3.1 Comprobar la inconsciencia

Comprobar el nivel de conciencia de un niño supone evaluar su capacidad de respuesta a nuestros estímulos. Para ello, hay que gritarle, llamándolo y estimularlo con golpecitos o pellizcos. Si el niño responde (se mueve, llora, habla, etc) nos quedaremos a su lado vigilándolo por si se produjera alguna complicación. Si no responde, es el momento de pedir ayuda. Movilizamos al niño cuando este en un lugar peligroso y/o su posición inicial dificulte la RCP. Colocaremos al niño, en una superficie dura y plana, boca arriba y con la cabeza, cuello, tronco y extremidades alineados^{1,17}.

1.3.2 Secuencia de actuación^{12,18,19} (Anexo1).



1.3.3 Apertura de vía aérea maniobra frete mentón o tracción mandibular^{16, 17}:

- Lactantes: posición neutra, separar la barbilla del pecho.
- Niños: se coloca una mano en la frente del niño y dos dedos de la otra mano en su barbilla, para tirar con cuidado de la cabeza hacia atrás y provocar la extensión del cuello (menos marcada que en el adulto).

1.3.4 La ventilación²⁰.

Comenzar con cinco insuflaciones de rescate, las cuales han de ser lentas (1-2 segundos), al menos dos deben de ser efectivas (comprobar el ascenso y descenso del tórax) y muy importante, coger aire entre cada insuflación: Lactantes (boca-nariz-boca) niños (boca-boca, pinzando la nariz).

1.3.4 Masaje cardiaco²¹.

Realizar un ritmo 100 compresiones/ minuto. El masaje cardiaco se realiza de forma diferente según se trate de un lactante o un niño pero en ambos se deprime 1/3 del diámetro anteroposterior del tórax. Lactantes: con dos dedos o circunferencial. En niños: con el talón de una mano, en la mitad inferior del esternón. Va a depender mucho, del tamaño de la víctima y del reanimador.

1.4 Atragantamiento ; Secuencia de actuación^{12, 17, 18,22} (Anexo1)

1.5 Epistaxis

Se define como toda hemorragia con origen en las fosas nasales. Es el motivo de consulta urgente más frecuente en otorrinolaringología (ORL). Hasta un 60% de la población llega a presentar un episodio durante su vida y de estos, un 6% requiere tratamiento médico. Su incidencia es máxima en la edad infantil, la adolescencia y la senectud²³. Lo primero que debemos hacer es mantener la calma. La epistaxis en los niños suele ser leve y es muy raro que tenga ninguna repercusión importante. Para cortar la hemorragia sentamos al niño con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante y comprimimos las alas de la nariz 5- 10 minutos, haciendo pinza con el dedo índice y el pulgar con la fuerza suficiente para que deje de sangrar. Si pasado ese tiempo la hemorragia no ha cedido, introducir ligeramente algodón empapado en agua oxigenada. Si sigue sangrando buscar asistencia sanitaria y trasladar al centro de salud²⁴.



1.6 Convulsión febril

Una convulsión se caracteriza por su aparición brusca, los movimientos musculares repetidos, anormales, con pérdida de conciencia generalmente. Son más frecuentes entre los 9 meses y 5 años de edad²⁵. Cualquier infección banal puede desencadenar una convulsión febril. Si es simple se detiene por sí sola en cuestión de unos segundos hasta 10 minutos, generalmente seguidos de un período corto de somnolencia o confusión²⁶. Lo primero que debemos hacer es mantener la calma, proteger al niño de objetos con los que pueda golpearse. No intentar levantar, sentar o sujetar al niño durante la crisis. Amortiguar la cabeza con almohadas. No meterle nada por la boca. Cedita la crisis colocaremos al niño en posición lateral de seguridad (PLS). La posición de espera, está indicada para víctimas inconscientes, sin traumatismo en columna o cráneo, con respiración y pulso estables. Con esta posición controlamos el vómito y evitamos la caída de la lengua hacia atrás, permitiendo a la víctima respirar con mayor facilidad. Seguidamente comprobamos la temperatura corporal del niño, en caso, de tener fiebre alta, retirar ropa y darle un baño con agua tibia. En la primera crisis es conveniente acudir a un centro sanitario para conocer la causa de la fiebre. Y consultar de nuevo si la convulsión dura más de 15 minutos²⁷.

1.7 Hemorragias

Una herida es el efecto producido por un agente externo que actúa de manera brusca sobre una parte de nuestro organismo, causando una rotura de la superficie cutánea o mucosa²⁸. Ante una hemorragia considerable la víctima presentará: palidez, sudoración, frialdad, aumento de la frecuencia cardiaca... Ante esta situación debemos: aplicar una presión directa sobre la herida con gasas estériles si se empapan colocar más sin retirar la primera. Aplicar presión directa y uniforme sobre la herida, utilizando la palma de la mano sobre la gasa o el paño. Si la sangre empapa la gasa, no se debe retirarla. Utilizar otro trozo de gasa encima de la anterior y continuar ejerciendo presión sobre la misma. A continuación elevar la extremidad a un nivel más alto que su corazón. Y no se debe aplicar un torniquete²⁹.



OBJETIVOS

1.1 Objetivo general:

- Valorar los efectos que causan un póster y taller teórico-práctico de Soporte Vital Básico Pediátrico en alumnas universitarias de 1º y 3º curso de grado de Educación Infantil de la Universidad de Valladolid.

1.2 Objetivos específicos:

- Conocer el grado de conocimiento que los alumnos tienen sobre las distintas situaciones de urgencia o de emergencia en los niños.
- Adquirir los conocimientos básicos para prestar asistencia a un niño accidentado o enfermo repentino, hasta la llegada del personal especializado.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se realizó un taller teórico -práctico de *Soporte Vital Básico Pediátrico* en los alumnos de grado de Educación Infantil de Valladolid. Con una duración de dos horas.

Los alumnos realizaron una encuesta al inicio del taller y al final de este. La parte teórica está fundamentalmente orientada a las situaciones de urgencia u emergencia en los niños y la parte práctica se realizó en grupos de 5 alumnos con enfermeras/os, médicos de la gerencia de emergencias de Castilla y León y alumnas de 4º curso de grado de la Facultad de Enfermería de Valladolid y contó con un muñeco anatómico (simulador) por grupo. Consideramos que los alumnos del estudio tienen los conocimientos teóricos mínimos cuando responden correctamente a todas las preguntas teóricas. Además, cada uno de ellos practicó de forma secuencial e integrada todas las técnicas explicadas en la parte teórica tanto en el lactante como en el niño. Aquellos que no realizaron correctamente las técnicas repitieron nuevamente las maniobras hasta alcanzar un aprendizaje adecuado. Se consideró que un alumno había alcanzado una preparación práctica suficiente cuando había realizado de forma correcta todos los pasos y maniobras oportunas.

1.1 Tipo de trabajo

Estudio descriptivo transversal cuantitativo. Descriptivo puesto que su objetivo es determinar qué efectos causa el póster y el taller teórico-práctico de *Soporte Vital Básico Pediátrico* en los alumnos de Educación Infantil. Transversal, la medición se lleva a cabo en un único momento temporal; y cuantitativo, permite examinar los datos de manera numérica.

1.2 Ámbito y periodo

El periodo de tiempo de estudio es de marzo de 2014 a mayo de 2014. La recogida de datos tuvo lugar en la Facultad de Educación y Trabajo Social de Valladolid.



1.3 Población

La población elegida incluyó a todos los alumnos estudiantes de grado de Educación Infantil de la Universidad de Valladolid. Elegida por su interés respecto al taller.

1.4 Muestra

La muestra se extrae utilizando un muestreo aleatorio simple, se trata de 30 estudiantes universitarios de 1º y 3º curso de grado de Educación Infantil de Valladolid. Es mayoritario el grupo de 1º curso.

1.5 Criterios de inclusión

A la hora de seleccionar a los estudiantes se tuvo en cuenta a todos los que estudiaban Educación Infantil, independientemente del sexo, la edad y que aceptaron realizar la encuesta.

1.6 Material

Para la recogida de datos el material empleado fueron dos cuestionarios. Uno repartido al inicio del taller, cuestionario1 (Anexo 5) y otro tras la finalización de este, cuestionario 2 (Anexo 6). Ambos constan de 10 preguntas, las preguntas elegidas son de tipo cerradas con respuesta de elección múltiple.

1.7 Procedimiento de recogida de información

Una vez completados correctamente ambos cuestionarios, se introdujeron los datos utilizando como apoyo informático Microsoft Word, Excel y PowerPoint 2010. Utilizamos como fuentes de información: la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, Google, Google académico, Cochrane, Fistera, Medline, PubMed, Cuiden, Dialnet, Scielo...

1.8 Limitaciones

Como limitaciones del estudio presenta la falta de participación masculina, así como una mayor intervención de cursos superiores para realizar comparaciones con respecto a cursos inferiores, etc. Por otro lado la facultad que ha participado en el estudio no fue

elegida al azar sino por su interés en que el taller se desarrollara y contara con la participación de sus alumnos.

1.9 Análisis de los resultados

La muestra estudio está compuesta por 30 participantes de los cuales, todos son mujeres, con una edad mínima de 18 años y máxima de 50 años. Lo que hace una media de edad de 23 años.

Las respuestas extraídas de las encuestas se han resumido con porcentajes y se ha calculado el intervalo de confianza al 95% para los correspondientes porcentajes poblacionales. Posteriormente los datos han sido agrupados a gráficos que facilitarán la comprensión de los resultados del estudio.

Resultados obtenidos del cuestionario 1:



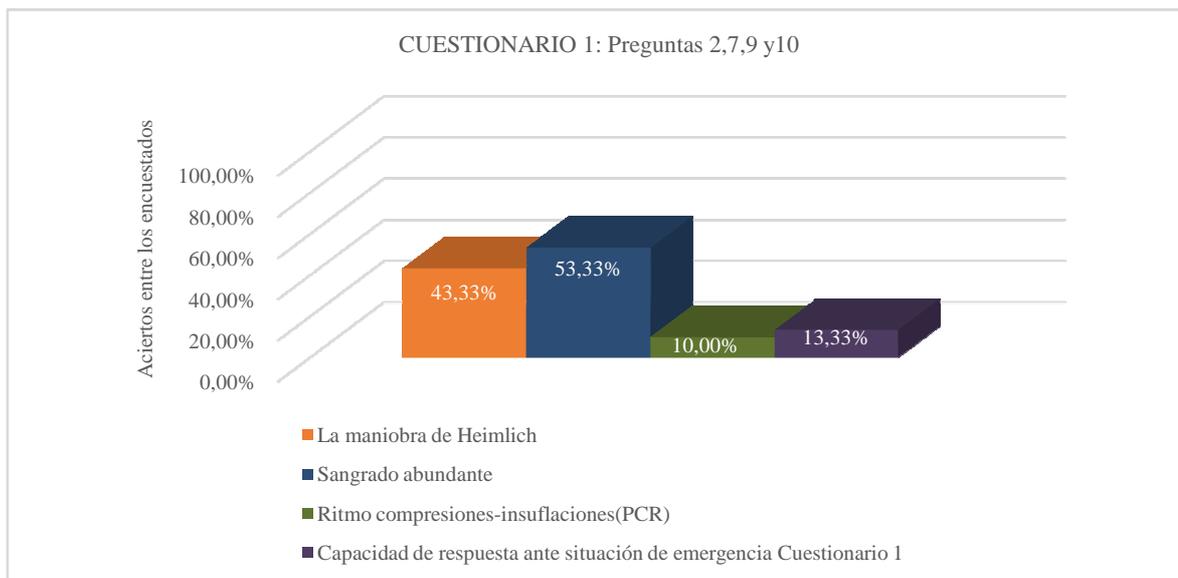
Gráfica del cuestionario 1: Preguntas 1, 3, 4, 5, 6 y 8

Visualizada la gráfica, observamos que el mayor número de aciertos obtenidos en el primer cuestionario, corresponden a las preguntas 1, 3, 4, 5, 6 y 8.

- Un 100% [IC95% (88.5%; 100%)] de los encuestados respondió al significado de las siglas R.C.P correctamente.

- Un 66,67% [IC95% (47.2%; 82.7%)] ante un sangrado abundante colocaría la cabeza del niño ligeramente hacia delante, y si se produjera una parada cardiorrespiratoria sabe que la víctima no respondería ni a gritos ni a sacudidas. Y en caso de tener que realizar un masaje cardíaco la actuación sería distinta si se tratara de un niño o un lactante.
- Un 96,67% [IC95% (82.8%-99.9%)] conoce el número de emergencias sanitarias.
- Un 90% [IC95% (73.5%; 97.9%)] contestó saber que la causa más común de parada cardiorrespiratoria en niños, es respiratoria.

Las preguntas 2, 7, 9 y 10 del cuestionario 1, obtuvieron las siguientes respuestas:



Gráfica del cuestionario 1: Preguntas 2, 7, 9 y 10

- **Pregunta 2: ¿Usted conoce la maniobra de Heimlich?**

En esta pregunta las respuestas fueron variadas, un 43% de los encuestados respondió que sí, un 27% que no, y un 30% respondió que le sonaba.



- Pregunta 7: **¿Qué haría usted ante un sangrado abundante?**

El 53% de los sujetos realizaría una compresión directa y el 47% restante opta por un realizar un torniquete o una compresión suave.

- Pregunta 9: **Usted se encuentra con un niño en parada cardiorrespiratoria ¿qué ritmo de compresiones-insuflaciones debe realizar?**

Sólo un 10% de los encuestados contestó correctamente, ya que efectuarían en el niño un ritmo de 30/2. El resto de los participantes, el 90%, optaría por seguir un ritmo de 15/2 o 5/1.

- Pregunta 10: **Cree que su capacidad de respuesta ante una situación de emergencia, ahora es:**

El 57% contestó que su respuesta sería mala, un 30% regular y sólo un 13% buena.

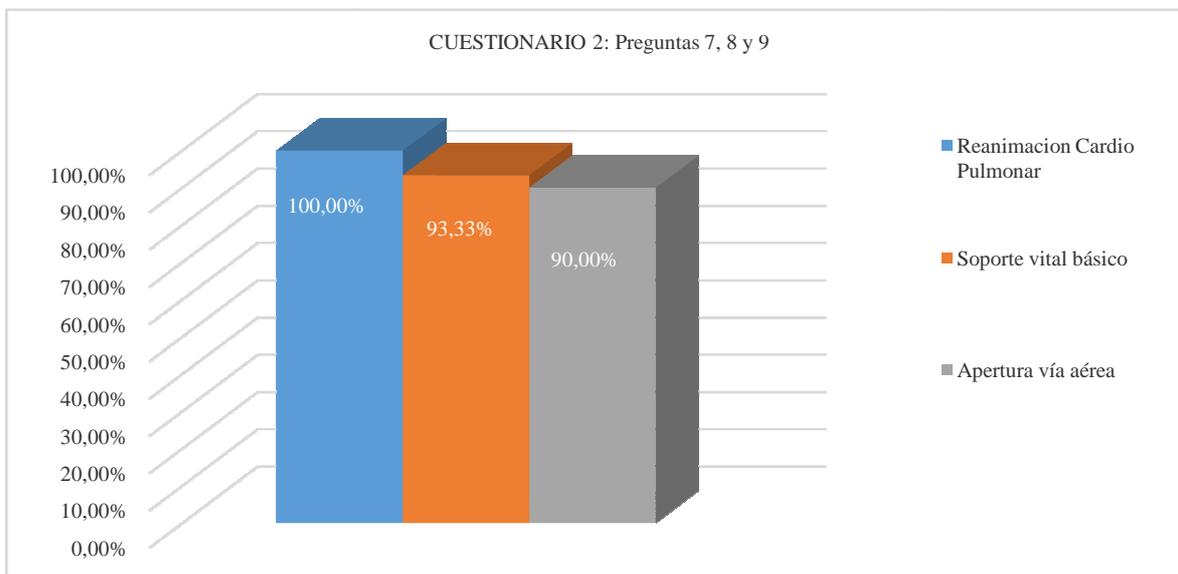
Resultados obtenidos del cuestionario 2:

Un 67% de los encuestados respondió que la información aportada en la charla y en la práctica les resultó muy buena, frente a 33% que respondió que era buena.

A la pregunta si el póster les parecía útil el 100% de los sujetos contestó que sí. Además, 70% de los encuestados recurriría al póster para guiarse en su actuación si estuviera en una situación de urgencia o emergencia ante un niño.

El 100% de los participantes cree haber aprendido habilidades y conductas ante diversas situaciones de emergencia.

La mitad de los encuestados indicó que su nivel de estrés ante estos sucesos había disminuido, frente a un 23% que no y un 27% que no sabía.



Gráfica del cuestionario 2: Preguntas relacionadas con contenidos teóricos 7, 8 y 9

Respecto a las preguntas relacionadas con contenidos teóricos - prácticos aportados en el taller, los resultados son:

- Un 100% [IC95% (88.5%; 100%)] respondió correctamente a la pregunta 7, sobre los pasos a seguir para realizar una correcta reanimación cardiopulmonar en un niño.
- Un 93% [IC95%(77.9%; 99.1%)] sabe que situaciones requieren de soporte vital básico.
- Un 90% [IC95%(73.5%; 97.9%)] abriría la vía aérea a un niño inconsciente ejecutando la tracción mandibular.

Respecto a su capacidad de respuesta ante una situación de emergencia, el 40% responde que es regular frente a un 60% que responde que es buena.

El 83% de los sujetos sería capaz de transmitir el contenido del taller a otra persona, frente a un 17% que dice no saber si sería capaz.



DISCUSIÓN

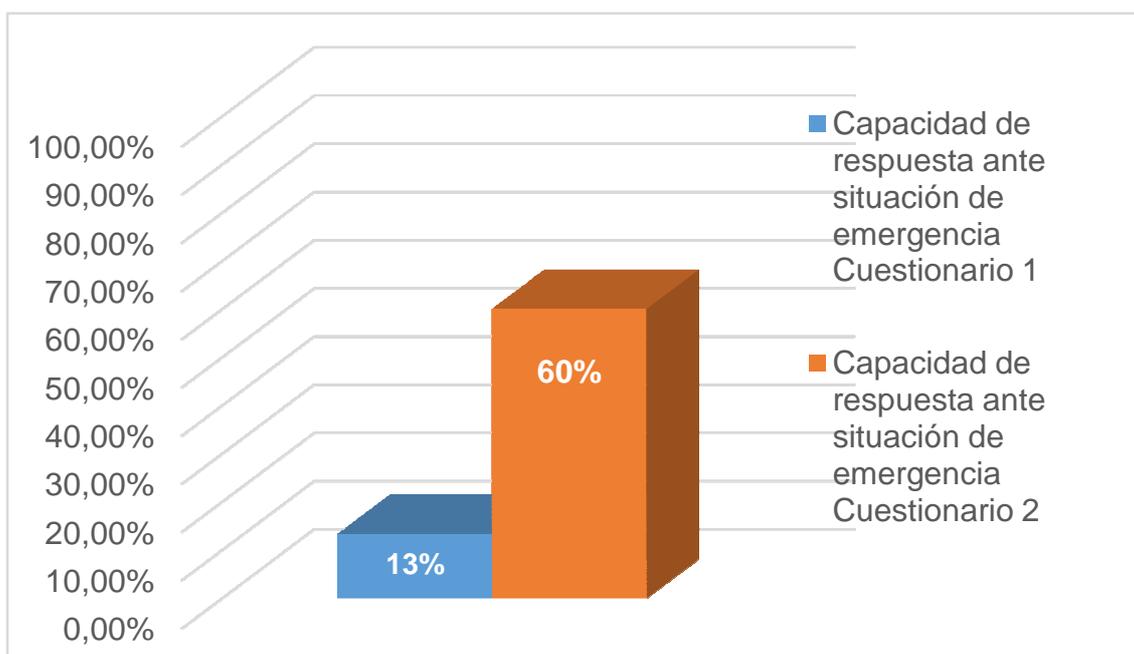
Con el primer cuestionario que se reparte a los alumnos pretendemos conocer el grado de conocimiento que estos tienen sobre las distintas situaciones de urgencia o de emergencia en los niños. Hemos considerado como preguntas de conocimiento general; si conocían el significado de las siglas R.C.P, cómo colocarían la cabeza de un niño ante un sangrado abundante de nariz, qué número de teléfono es el de ayuda sanitaria, si son conocedores de cómo se manifiesta una parada cardiorrespiratoria, cuál es la causa más común en niños y si existen diferencias en el masaje cardiaco entre un niño y en un lactante. La mayoría de los participantes sabe contestar correctamente a todas estas preguntas. Pero cuando el alumno llega a las que hemos considerado como preguntas específicas, donde planteamos qué harían en una determinada situación ó se concreta más acerca del tema en cuestión, afloran los conocimientos mal aprendidos y surgen dudas. El 47% de los encuestados ante un sangrado abundante realizaría una compresión suave o incluso un torniquete a la víctima. Un 30% cree conocer la maniobra de Heimlich y un 27% no la conoce. Solamente un 10% de los sujetos sabe que si se encontrara ante un niño en parada cardiorrespiratoria el ritmo de compresiones-insuflaciones que debe realizar es 30/2. Y respecto, a su capacidad de respuesta ante una situación de emergencia sólo un 13% contesta que es buena.

Tras finalizar el taller, se reparte al alumnado el segundo cuestionario, donde pretendemos obtener información sobre cómo ha ido la charla, qué les parece el póster diseñado para la ocasión y si han adquirido los conocimientos básicos para prestar asistencia a un niño accidentado o enfermo repentino hasta la llegada del personal especializado. La mayoría de las encuestadas valora como muy buena la información aportada en la charla y en la práctica.

Haciendo mención al póster, al 100% de los sujetos le parece útil, y es más, el 70% recurriría a él, para guiarse si estuviera en una situación de urgencia o emergencia ante un niño.

La mayoría de las encuestadas sabe contestar correctamente a las preguntas destinadas a cuestiones teóricas (por ejemplo: qué situaciones precisan de soporte vital básico) y todas creen haber aprendido habilidades y conductas ante diversas situaciones de emergencia. Además, el 83% se ve capaz de transmitir el contenido del taller a otras personas.

En ambos cuestionarios los alumnos son preguntados por su capacidad de respuesta ante una situación de emergencia, si comparamos ambas respuestas el resultado es muy positivo. Un 13% de las alumnas la definió como buena tras iniciar el taller, y al finalizarlo un 60% de las encuestadas respondió que era buena.



Gráfica: Comparación de la pregunta 10 (cuestionario 1) y pregunta 5 (cuestionario 2).



CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados y la discusión, podemos concluir que los objetivos propuestos del estudio están conseguidos. El cuestionario uno permitió conocer los conocimientos previos de los alumnos y tras el cuestionario dos los alumnos han manifestado alcanzar una formación teórica suficiente y en la práctica han demostrado adquirir una serie de habilidades.

Nuestro objetivo principal es valorar el efecto que causa un póster y taller teórico-práctico de *Soporte Vital Básico Pediátrico* en alumnas de 1º y 3º curso de grado de Educación Infantil de la Universidad de Valladolid.

Uno de los efectos que ha producido el taller, es que el alumnado ha aplicado los conocimientos que se le han enseñado y los ha llevado a la práctica con la ayuda del póster, de los simuladores (muñecos anatómicos) y del personal especializado y cualificado. Todas las encuestadas dicen haberse formado en cuanto, *conocimientos, habilidades y conductas* y es más, la mayoría sería capaz de *transmitir lo aprendido*. Si estos profesores o futuros maestros logran aprender estas técnicas, conseguirán que las trasladen a sus hogares, donde progenitores y hermanos pueden interiorizar, a su vez, los conocimientos adquiridos. Lo que nos lleva a que unas maniobras vitales para la supervivencia de un ser humano en caso de accidente deben ser conocidas por el mayor número de personas posibles. En este sentido, creemos fundamental que se dé una mayor importancia de este tipo de enseñanzas en las aulas universitarias, ya que nunca se saben las situaciones en las que una persona puede necesitar esta formación. Pero, sobre todo, es imperiosamente necesario para aquellas actividades profesionales (profesores, monitores de actividades infantiles o tutores de guardería, por ejemplo) que tienen un contacto más directo con los más pequeños.

Otro efecto que queremos valorar es la repercusión que ha tenido nuestro póster y taller respecto al estrés. El estrés es inevitable, es un mecanismo que forma parte de nuestro abanico de respuesta a los cambios. Nunca se sabe cuando una persona puede verse implicada en una situación inesperada, aunque la mitad de las encuestadas tras finalizar el taller expresa que su nivel de estrés ante estos sucesos ha disminuido, resulta difícil



de valorar porque no sabemos con exactitud cómo va a reaccionar la persona. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que cuanto más preparados estemos, cuantos más conocimientos adquiramos acerca de los sucesos que pueden generarnos estrés, nuestra *capacidad de respuesta* ante estas situaciones se verá *aumentada*.

Tras consultar diversos estudios similares a este, la gran mayoría de ellos llegan a la conclusión de que los conocimientos teóricos se olvidan y las habilidades prácticas se pierden si no existe una práctica periódica. Por este motivo es necesario que las administraciones públicas apuesten por el reentrenamiento y la formación continuada considerándolo como una inversión y no como un gasto.

Por otro lado, uno de los motivos que impulsó a la realización del taller es que, por ejemplo, en la actualidad la formación en medidas de reanimación cardiopulmonar pediátrica es muy inferior a la formación en RCP del adulto, lo que hace necesaria una educación específica ya que ciertas maniobras requieren de un aprendizaje fundamentalmente práctico y aprenderlo sólo con los libros de texto o a través de unas clases teóricas es muy complicado.

La posibilidad de impartir el taller ha sido una experiencia muy positiva adquiriendo una serie de competencias a lo largo de todo el estudio, como por ejemplo, demostrar poseer unos conocimientos en los temas que se van a tratar, aplicarlos a la práctica, resolver problemas y dudas que puedan tener los alumnos, etc. Animo a las enfermeras/os a desarrollar iniciativas que nos acerquen a la población, pues en materia de educación sanitaria hay mucho trabajo por hacer y podemos desarrollar una importante labor. Este trabajo puede ser de interés principalmente para aquellos que están interesados en que la sociedad en general disponga de unos mínimos conocimientos esenciales para abordar una situación de urgencia u emergencia con éxito.



El taller *Soporte Vital Básico Pediátrico* tuvo muy buena acogida, siendo felicitados por parte del vicedecano de estudiantes y el decano de la Facultad por la actividad realizada con sus alumnos. También informaron de que estarían interesados en repetir el taller para el próximo curso.

Para concluir, subrayar el papel tan importante que tiene nuestro póster, no sólo por que resume de forma sencilla, breve y visual diversas situaciones de urgencia o emergencia que se pueden producir en los niños sino porque ha sido entregado a la Universidad de Valladolid, concretamente a la Facultad de Educación y Trabajo Social, para que esté alcance de todos los estudiantes. Además, puede formar parte de estudios futuros, por ejemplo, evaluar los efectos que tiene pasado un cierto tiempo en dicha población.

Debido a la publicidad que se dio a nuestro taller (redes sociales, carteles informativos) algunos centros educativos se han puesto en contacto con nosotros porque están interesados en que realicemos la misma actividad al que acudirían tanto los alumnos como los educadores, incluso proponiendo no sólo un soporte vital básico en niños sino también en el adulto.



BIBLIOGRAFÍA

1. López Izquierdo R, del Rey Vieira A, García Calvo C, Pozuelo Manchón M. Manual de Soporte Vital Básico y Utilización del Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA) por Personal No Sanitario. , Centro de Formación en Soporte Vital de Castilla y León S.L.
2. Centro de formación de apoyo vital. CEFAV. [Online]. [cited 2014 Marzo 3. Available from: http://www.cefav.cl/cad_superv.php.
3. Narciso Perales y Rodríguez de Viguri. Avances en emergencias y resucitación. Barcelona; 2000. p. 231-250.
4. Estrada Ballesteros C, Esteban Escobar C, García Rubio P, Lorente Castro B. Guía para la Prevención de Accidentes en Centros Escolares. Madrid.
5. Clavijo Gamero R, Fernández González C, Torres Benito E, Cano García F, Armario Toro J, Caballero Oliver A, Alés Reina M. Manual del auxiliar de jardín infancia. Sevilla; 2004.p.413-423
6. Goerlich Gisbert F, Pinilla Pallejà R. Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística. Valencia: Universidad de Valencia - Ministerio de Administraciones Públicas, Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas; 2006.
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. ; 2014.
8. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística. [Online].; 2012[cited 2014 Abril 21. Available from: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=40>.
9. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Accidentes en la población infantil española. Madrid:, Fundación Mapfre; 2014.
10. Quintanilla Coibán L, Rodríguez Fernández R. La encuesta. In Quintanilla Coibán L, Rodríguez Fernández R, Fontes de Gracia S, García-Gallego C, Rubio de Lemus P, Sarriá Sánchez E. Fundamentos de investigación en Psicología. Madrid; 2010. p. 275-307.



11. Artiguez R. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias - Castilla y León. [Online].; 2007 [cited 2014 Marzo 7. Available from: <http://www.semescyl.org/?q=node/128>.
12. Field JM, Hazinsky MF, Sayre M, Chameides L, Schenayder SM, Hemphil R, et al. Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122 (supple3) S640-S56
13. Héctor Aranibar M. Reanimación Cardiopulmonar en Niños y Adultos, ¿ABC o CAB? Cambio en el paradigma. *Contacto Científico*.
14. Castillo Moya A, Paris Mancilla E. Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica. [Online]. ; [cited 2014 3 21. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/reanimac.html>.
15. D. Fernández Ayuso, J. Aparicio Santos, J.L Pérez del Olmo, A. Serrano Moraza. Manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. Ed. Aran, SL. Madrid 2002.
16. Ruiz Fernández M, González Díez V, Revuelta Bezanilla G. Manual de Urgencias en el ámbito escolar. In Oriente CdPydRd, Innovación DGdOe, Ciencia CdEy, editors.. Asturias; 2006.
17. Dr. Caballero Oliver, Dr. Comas Díaz, Dr. Cordero Torres, Dra. Valiente Millán. Curso de soporte vital básico. SEMFYC Sociedad española de medicina familiar y comunitaria. Programa ESVAP
18. Nolan JP, Soarb J, Zidemanc DA, Biarentd D, Bossaerte LL, Deakinf C et al. Guías para la resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen ejecutivo. Traducción autorizada en español.
19. Biarente D, Bingham R, Eich C, Lopez-Herce J, Manconochie I, Rodríguez-núñez A, Rajka T, Zidemam D. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 6. Pediatric Life Support. *Resuscitation*. 2010; 81 (10): 1364-88.



20. Gutierrez Rodríguez J, Álvarez Fernández J, Ruano Marco M, Perales y Rodríguez de Viguri N. Guías y recomendaciones en resucitación cardiopulmonar básica y avanzada. In Avances en emergencias y resucitación. Barcelona; 2000. p. 161-194.
21. Caballero Oliver A, Comas Díaz B, Cordero Torres J, Valiente Millan M. Curso de Soporte Vital Básico. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
22. Asociación Española de Pediatría. En familia. [Online].; 2013 [cited 2014 Marzo 23]. Available from: <http://enfamilia.aeped.es/prevencion/atragantamiento>.
23. García Vicente S, Rubio B, Aurelio. Fisterra. [Online].; 2011 [cited 2014 Abril 12]. Available from: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/epistaxis/#2348>.
24. Asociación Española de Pediatría. En Familia. [Online].; 2012 [cited 2014 Marzo 23]. Available from: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/epistaxis-sangrado-nasal>.
25. Rodeño Abelleira M, Pérez Vázquez M, Galego Novo M, Consuelo García F, Loureiro Pérez N. Convulsión febril: una situación estresante para los padres. Enfermería Científica. 1998 nov-dic.
26. MedLine. [Online].; 2012 [cited 2014 Marzo 25]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000980.htm>.
27. Asociación Española de Pediatría. En familia. [Online].; 2014 [cited 2014 Mayo 23]. Available from: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/convulsiones-febriles>
28. García González R, Gago Fornell M, Chumilla López S, Gaztelu Valdés V. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. Gerokomos. 2013 Septiembre; 24(3).
29. Sociedad Española de Pediatría. En Familia. [Online].; 2013 [cited 2014 21 Marzo]. Available from: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/heridas>.



ANEXOS

Anexo 1: Póster Soporte Vital Básico Pediátrico.

Anexo 2. Estructura del taller teórico-práctico de Soporte Vital Básico Pediátrico.

Anexo 3: Diapositivas del Power Point parte teórica del taller.

Anexo 4: Recursos humanos, materiales y financieros del taller.

Anexo 5: Cuestionario 1.

Anexo 6: Cuestionario 2.

SOPORTE VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO



ATRAGANTAMIENTO

COMPROBAR LA GRAVEDAD

TOS EFECTIVA

ANIMAR A TOSER

TOS INEFECTIVA

CONSCIENTE MENOS DE 1 AÑO

5 GOLPES ESPALDA
5 COMPRESIONES TÓRAX

SÓLO SI VEMOS EL OBJETO
INTENTAREMOS EXTRAERLO
CON EL DEDO EN FORMA DE GANCHO

CONSCIENTE MÁS DE 1 AÑO

5 GOLPES ESPALDA
5 COMPRESIONES ABDOMEN

INCONSCIENTE
5 VENTILACIONES
DE RESCATE

INICIAR

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
BÁSICA

SIEMPRE
5 VENTILACIONES
DE RESCATE

CICLOS
30/2

30 COMPRESIONES

2 VENTILACIONES



SENTADO CON LA CABEZA LIGERAMENTE
INCLINADA HACIA DELANTE
COMPRESIÓN LAS ALAS DE LA NARIZ
5/10 MINUTOS

SI NO CEDE INTRODUCIR LIGERAMENTE
ALGODÓN EMPAPADO CON AGUA OXIGENADA

TRASLADO AL CENTRO DE SALUD
SI SIGUE SANGRANDO

EPISTASIS

AMORTIGUAR LA CABEZA
CON ALMOHADAS

NO METER NADA
EN LA BOCA

POSICIÓN
LATERAL
SEGURIDAD

BAÑO CON
AGUA TIBIA
SI FIEBRE ALTA

RETIRAR
ROPA

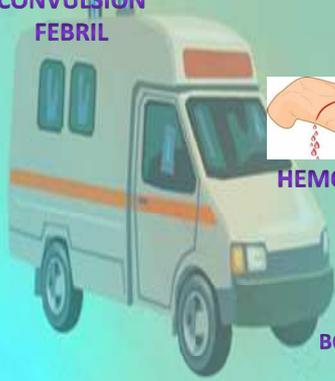
CONVULSIÓN FEBRIL

HEMORRAGIAS

CONTROLAR LA HEMORRAGIA
EXTERNA

PRESIONAR CON GASAS
SI SE EMPAPAN COLOCAR
MÁS SIN RETIRAR LA PRIMERA

ELEVAR
EXTREMIDAD



© LAURA MUÑOZ VIVERO
© CARLOS ESCUDERO CUADRILLERO



Anexo 2. Estructura del taller teórico-práctico de Soporte Vital Básico Pediátrico

Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos técnicos
	Presentación del taller	30 alumnas	5 minutos	Aula con sillas, mesas, proyector, ordenador y póster
Cuestionario 1	Encuesta	30 alumnas	10 minutos	Aula con sillas, mesas, documentación escrita, material de escritura
Visionar un video real de una parada cardiorrespiratoria en un lactante	Reflexión	30 alumnas	4 minutos	Aula con sillas, mesas, proyector y ordenador
Contenidos teóricos	★ Charla	30 alumnas	40 minutos	Aula con sillas, mesas, proyector, ordenador y pósters
Visionar videos de soporte vital básico en niños	Reflexión	30 alumnas	10 minutos	Aula con sillas, mesas, proyector, ordenador y altavoces



Entrenamiento de habilidades en situaciones de emergencia	Práctica	30 alumnas	45 minutos	Aula con sillas, mesas, muñecos anatómicos (simuladores), pósters, y material desinfectante.
Cuestionario 2	Encuesta	30 alumnas	10 minutos	Aula con sillas, mesas, documentación escrita, material de escritura

- ★ Contenidos teóricos, desarrollados en la charla: (Diapositivas de Power Point- Anexo 3)
 - Reanimación cardiopulmonar básica en niños
 - Definición, características, principales causas
 - Actuación- distinción edades pediátricas
 - Algoritmo Soporte Vital Básico Pediátrico
 - Apertura de la vía aérea
 - Ventilación
 - Masaje cardiaco
 - Atragantamiento
 - Objetos más habituales
 - Diferencias entre obstrucción grave y obstrucción leve
 - Valorar la gravedad: tos efectiva-tos inefectiva
 - Tos inefectiva: víctima consciente
 - Maniobra de Heimlich
 - Tos inefectiva: víctima inconsciente



- Epistaxis
 - Definición, frecuencia, cómo actuar
- Convulsión febril
 - Definición, frecuencia, sintomatología, cómo actuar
 - Posición lateral de seguridad (PLS)
- Hemorragias
 - Definición, sintomatología, cómo actuar
- Botiquín básico
 - Material de curas
 - Antisépticos
 - Aparatos

Anexo 3: Diapositivas del Power Point parte teórica del taller

Laura Muñoz
Carlos Escudero

SOPORTE VITAL BÁSICO EN NIÑOS

ÍNDICE

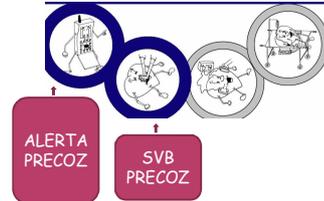
- Introducción
- Secuencia de actuación
- RCP
- Atragantamiento
- Epistaxis
- Convulsión febril
- Hemorragias
- Botiquín básico
- Resumen



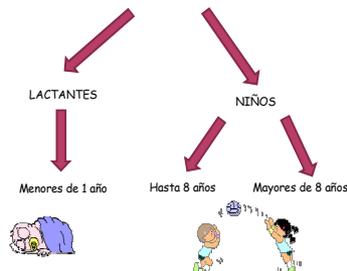
Causas PCR
adultos \neq niños

PRINCIPAL CAUSA NIÑOS
RESPIRATORIA

LA CADENA DE SUPERVIVENCIA



DISTINGUIR



REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

COMPROBAR CONCIENCIA
PEDIR AYUDA A PERSONAS DE ALREDEDOR
ABRIR LA VÍA AEREA
COMPROBAR LA RESPIRACIÓN
NO RESPIRA: BUSCAR REP. BÁSICA. 5 VENTILACIONES DE RESCATE

RESPIRA: POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD. CICLOS 30/2. 2 VENTILACIONES

30 COMPRESIONES

TRABAJAR EN EQUIPO. TENER 1 MINUTO DE REANIMACIÓN ANTES DE LLAMAR AL 112 SI NO SE HA HECHO ANTES. CONTINUAR CON RCP

D
I
F
E
R
E
N
C
I
A
S

LACTANTE CONSCIENTE



MAYORES DE 1 AÑO



Niño INCONSCIENTE

- ✓ Comenzar maniobras de reanimación
- ✓ Explorar la boca por si ha salido el objeto



OTRAS PATOLOGIAS



EPISTASIS



• Sangrado o hemorragia de la nariz

¿Qué hacer?

- ✓ Cabeza ligeramente inclinada hacia delante.
- ✓ Comprimir alas de la nariz 5-10min
- ✓ No cede = algodón+ A. oxigenada
- ✓ Traslado al centro de salud si sigue sangrando



CONVULSIÓN FEBRIL

¿Qué hacer?

- Amortiguar la cabeza con almohadas
- No meter nada en la boca
- Posición lateral de seguridad



- Dar un baño de agua tibia si fiebre alta

HEMORRAGIAS

¿Qué hacer?

- Controlar la hemorragia externa
- Presionar con gasas
- Si se empapan colocar mas SIN retirar la primera
- Elevar la extremidad



BOTIQUÍN BÁSICO



GRACIAS
POR
VUESTRA
ATENCIÓN





Anexo 4: Recursos humanos, materiales y financieros del taller

- ✓ Recursos humanos (profesionales): cuenta con dos enfermeras/os, dos médicos de la gerencia de emergencias de Castilla y León y once alumnas de 4º curso de grado de la facultad de Enfermería de Valladolid.

- ✓ Recursos materiales cuenta con las instalaciones propias de la facultad donde se lleva a cabo (Facultad de Educación y Trabajo Social de Valladolid).

Además de 45 sillas, 10 mesas, un ordenador, proyector, altavoces, videos, documentación escrita, material de escritura, muñecos anatómicos (simuladores), material desinfectante, y nuestros pósters.

- ✓ Recursos financieros: cuenta con cuatro pósters de *Soporte vital básico pediátrico*, (12 euros cada ejemplar) y 60 fotocopias (0.05 euros por copia).
Lo que hace un total de: 51 euros.
-



Anexo 5: Cuestionario 1

Sexo:	Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>
Edad:		
Alumno de:		

- ¿Usted sabe que significa R. C. P?
 - Reanimación Cardio Pulmonar
 - Resucitación Cardiaca
 - Resucitación Corporal Posicional
- ¿Usted conoce la maniobra de Heimlich?
Si No Me suena
- ¿Usted ante un sangrado abundante por la nariz, colocará la cabeza del niño?
 - Ligeramente hacia delante
 - Ligeramente hacia atrás
 - Ligeramente hacia la izquierda
- El masaje cardiaco que se realiza en niños y en lactantes es:
Igual Distinto Parecido
- Una PCR (Parada Cardio Respiratoria) se manifiesta cuando:
 - Se produce de forma brusca y esperada
 - La victima está pálida
 - La víctima no responde a gritos y sacudidas
- ¿Usted llamaría en caso de necesitar ayuda sanitaria al número?
062 112 091
- ¿Qué haría usted ante un sangrado abundante?
 - Una compresión directa
 - Un torniquete
 - Una compresión suave
- ¿La causa más común de PCR (Parada Cardio Respiratoria) en niños es?
Respiratoria Ataque cardíaco Accidente de tráfico
- ¿Usted se encuentra con un niño en PCR qué ritmo compresiones-insuflaciones debe realizar?
30/2 15/2 5/1
- Cree que su capacidad de respuesta ante una situación de emergencia, ahora es:
Mala Regular Buena



Sexo:	Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>
Edad:		
Alumno de:		

Anexo 6: Cuestionario 2

1. La información aportada en la charla y en la práctica es:
Mala Regular Buena Muy buena
2. ¿Le parece útil el póster?
Si No No sabe
3. Si estuviera en una situación de urgencia o emergencia ante un niño, ¿recurriría al póster para guiarse en su actuación?:
Si No No sabe
4. ¿Cree haber aprendido habilidades y conductas ante diversas situaciones de emergencia?
Si No No sabe
5. ¿Se podría decir, que su nivel de estrés ante estos sucesos ha disminuido?
Si No No sabe
6. Cree que su capacidad de respuesta ante una situación de emergencia, ahora es:
Mala Regular Buena Muy buena
7. La Reanimación Cardio Pulmonar en niños:
 - a) Debe iniciarse con 5 ventilaciones de rescate antes de iniciar compresiones torácicas.
 - b) El pecho debe comprimirse aproximadamente 1/3 de su profundidad
 - c) Al abrir la vía aérea recurrimos a la maniobra frente-mentón
 - d) Todas son correctas
8. Las situaciones que precisan soporte vital básico son:
 - a) Inconsciencia
 - b) Hemorragia grave
 - c) Atragantamiento
 - d) Todas son correctas
9. Ante un niño inconsciente para saber que no respira primero hay que abrir la vía aérea con:
La maniobra de Heimlich La tracción mandibular Las dos son correctas
10. ¿Sería usted capaz de transmitir el contenido del taller a otra persona?
Si No No sé