

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/15



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería
GRADO EN ENFERMERÍA

Evaluación de la efectividad de un Programa
de Educación para la Salud dirigido a
Personas Mayores sobre Soporte Vital Básico
Pediátrico.

Autor/a: Isabel Camargo López

Tutor/a: Carmen Alicia San José Arribas

Cotutor/a: Carlos Escudero Cuadrillero



AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mis sinceros agradecimientos a mi tutora Carmen Alicia San José Arribas y a mi cotutor Carlos Escudero Cuadrillero por prestarme su tiempo, brindarme su apoyo, paciencia y comprensión, y por su exigencia para que este trabajo resultase ser lo esperado por todos nosotros.

A los profesores de la Facultad de Enfermería, Agustín Mayo Fraile y M^a Ángeles Barba Pérez, por su ayuda en el análisis de datos y por prestarnos el material necesario para la realización de la parte práctica de los talleres, respectivamente.

A Rafael Valdivieso Ortega, Jefe del Centro de Programas para Personas Mayores del Ayuntamiento de Valladolid, por permitirme realizar este Programa y ponerme en contacto con los directores de los Centros de Personas Mayores, los cuales me han brindado su respaldo durante la realización de los talleres.

A mis compañeros Desirée Vallelado, Daniel González y Olivia Pedreño por compartir su tiempo conmigo y colaborar en las charlas impartidas.

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



RESUMEN

Introducción y justificación: Cada vez son más los abuelos que se ocupan del cuidado de sus nietos, y por tanto no quedan exentos de percibir accidentes infantiles. Por este motivo, se considera importante realizar un Programa de Educación para la Salud dirigido a personas mayores sobre Soporte Vital Básico Pediátrico. Evaluar la efectividad de dicho Programa permitirá conocer los factores que influyen en el aprendizaje de los participantes y averiguar los conocimientos que tienen antes y después de la intervención propuesta.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal cuantitativo, entre noviembre de 2014 y mayo de 2015, en cinco Centros de Personas Mayores de Valladolid seleccionados mediante un muestreo bietápico. La muestra estudiada fue de 105 individuos, quienes realizaron dos cuestionarios de doce preguntas para valorar sus conocimientos sobre Soporte Vital Básico Pediátrico antes y después de la intervención.

Resultados: El 56,86% de los participantes obtuvo una calificación de suspenso en el cuestionario previo a la realización del taller. Tras el mismo, se produjo un aumento medio de sus conocimientos de 3,99 puntos [IC 95% (3,62 – 4,37)] ($p < 0,0001$).

Conclusiones: El Programa desarrollado se considera efectivo debido al significativo incremento en los conocimientos de los participantes sobre SVB Pediátrico. Los factores edad de los participantes, nivel de estudios, número de nietos y cuidado de ellos están relacionados con los conocimientos que éstos tenían antes de realizar la actividad formativa, pero no se relacionan con el incremento en mayor o menor grado de su aprendizaje tras la misma.

Palabras clave: Soporte Vital Básico Pediátrico, conocimientos, talleres.



ABREVIATURAS

- INE (Instituto Nacional de Estadística)
- ONU (Organización de las Naciones Unidas)
- SVB (Soporte Vital Básico)
- CPM (Centros de Personas Mayores)
- ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria)



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 2 - 6
2. OBJETIVOS.....	Pág. 7
2. 1. Objetivo principal.....	Pág. 7
2. 2. Objetivos secundarios.....	Pág. 7
3. MATERIAL Y METODOOGÍA.....	Pág. 8 - 15
3. 1. Tipo de estudio y de muestreo.....	Pág. 8
3. 2. Análisis y descripción de la población diana.....	Pág. 8 - 9
a. Características específicas de los participantes.....	Pág. 8
b. Criterios de inclusión.....	Pág. 8 - 9
c. Criterios de exclusión.....	Pág. 9
d. Número de participantes.....	Pág. 9
3. 3. Intervención propuesta.....	Pág. 9
3. 4. Método de recogida de datos.....	Pág. 9 - 10
3. 5. Recursos empleados.....	Pág. 10
3. 6. Aspectos éticos del estudio.....	Pág. 10
3. 7. Desarrollo del estudio.....	Pág. 11-14
3. 8. Variables.....	Pág. 15
3.9 Análisis de los datos.....	Pág. 15
4. RESULTADOS.....	Pág. 16 - 19
5. DISCUSIÓN.....	Pág. 20 - 21
6. CONCLUSIONES.....	Pág. 22
7. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 23- 24
8. ANEXOS.....	Pág. 25 –35
I. Cuestionario previo a la realización del taller teórico práctico.....	Pág. 25 - 27
II. Cuestionario posterior a la realización del taller teórico práctico.....	Pág. 28 - 30
III. Póster.....	Pág. 31
IV. Presentación PowerPoint.....	Pág. 32- 34
V. Tríptico informativo.....	Pág. 35



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Desde finales de los años setenta del siglo pasado, en España se han producido grandes cambios demográficos, entre los que cabe destacar la caída de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, dando lugar a una reestructuración de edades hacia un proceso de envejecimiento (1).

Los Censos de Población y Vivienda del año 2011, elaborados por el *Instituto Nacional de Estadística* (INE) nos muestran que la población de 65 y más años de edad ha pasado de representar un 11,2% a finales de 1981 a un 17,2% en el año 2011, es decir, la población anciana ha aumentado sensiblemente (2).

Si al conjunto de cambios demográficos se suman otros como los políticos, económicos, sociales y culturales se obtiene una modificación de los modelos familiares tanto en su ciclo, estructura y organización como en los roles y relaciones intergeneracionales.

Cambios en el ciclo familiar

Según la última modificación de la *Organización Mundial de la Salud*, realizada por Luis de la Revilla en 1994, el ciclo vital familiar está formado por 6 etapas:

1. Formación: Abarca desde la unión de la pareja hasta que tiene el primer hijo.
2. Extensión: Desde que la pareja tiene el primer hijo hasta que tiene el último.
3. Extensión completa: Comienza con el nacimiento del último hijo y termina cuando uno de los hijos abandona el hogar.
4. Contracción: Cuando uno de los hijos abandona el hogar.
5. Contracción completa: Cuando todos los hijos abandonan el hogar, es la etapa de “nido vacío”.
6. Disolución: Es la etapa final del ciclo vital familiar. Comienza cuando uno de los cónyuges muere y finaliza al morir el restante.

Actualmente este ciclo ha sufrido grandes cambios debido a cuestiones como el retraso en la edad de emancipación o de contraer matrimonio de los hijos, el aumento del paro juvenil, el retraso en la edad de maternidad, etc. (3).



Cambios en la estructura y organización familiar

Antiguamente las familias eran más numerosas que en la actualidad, pero éste no es el único cambio que se puede percibir, hoy en día existen numerosos tipos de familias, como por ejemplo: sin descendencia, monoparentales, de padres casados por segunda vez, homosexuales, con hijos de adopción, etc. (4).

Cambios en los roles y relaciones intergeneracionales

En el seno de la familia se han producido modificaciones en el “papel” que desempeña cada uno de sus miembros y en los roles de género tanto en el trabajo en el hogar como fuera de él.

La incorporación de la mujer al mercado laboral a partir de la década de 1970, los horarios laborales, los ajustes económicos que muchas familias hacen para sobrellevar la actual crisis económica, etc. dificultan la buena concordancia entre el trabajo y la familia, y a su vez modifican las relaciones intergeneracionales, ya que los abuelos y abuelas españoles se han convertido en protagonistas principales de muchas estructuras familiares (5).

De hecho, Daniel Molinuevo, investigador de la *European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition*, señala que en España el 29 % de las familias considera a los abuelos/as como los principales cuidadores de sus nietos (6).

La *Organización de las Naciones Unidas* (ONU) reconoció en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, que las relaciones intergeneracionales son importantes por la solidaridad que pueden fomentar, tanto dentro como fuera del hogar. Así mismo, en el año 2007, la ONU convocó una reunión de expertos para explicar el significado del concepto de solidaridad intergeneracional, llegando a la conclusión de que “todas las generaciones somos interdependientes, es decir nos necesitamos mutuamente, y debemos intercambiar apoyo y recursos para mejorar nuestro bienestar y desarrollo” (7).



Este tipo de solidaridad se hace visible en las familias españolas, en las que según datos de abril del año 2013 proporcionados por la *Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España*, un 40,3% de las personas mayores de 65 años han prestado algún tipo de ayuda a sus familias ya sea de tipo económico o en el cuidado de los más pequeños (8).

El *Instituto de Mayores y Servicios Sociales* proporciona los siguientes datos en el Informe 2012, Personas Mayores en España (2):

Sobre la relación con los nietos:

- El 37,4% de la población de 65 y más años mantiene contacto diario con sus nietos, el 27% lo mantiene varias veces por semana y el 15,1 % al menos una vez a la semana.
- El 7,8% habla con sus nietos o les ve con poca frecuencia.
- El 12,7% restante no mantiene contacto con ellos, pero en este porcentaje se incluye la población que no tiene nietos.

Sobre el cuidado de los nietos:

- El 31,3% de las personas mayores afirma que se encarga de cuidar a sus nietos en la actualidad, el 37,5% no lo hace ahora pero sí que lo ha hecho con anterioridad.
- Casi el 50% de los abuelos cuida de sus nietos a diario y el 45% lo hace con frecuencia semanal.
- Tan solo un 5,4% afirma hacerlo con menos frecuencia.

Según datos obtenidos del estudio “Doble Dependencia: abuelos que cuidan nietos en España”, finalista de los Premios Caja Madrid de Investigación Social 2009, los abuelos españoles dedican una media de 7,1 horas diarias al cuidado de sus nietos, frente a las 4,9 horas diarias que dedican los abuelos de países europeos (9).

Por todo lo expresado hasta este punto, los abuelos y abuelas españoles constituyen un grupo de población no exento de percibir accidentes infantiles, debido a la significativa parte de su tiempo que dedican al cuidado de los más pequeños.



En lo referente a los accidentes en la infancia, cabe destacar que en la Convención sobre los Derechos del Niño del año 1989 (10), se afirma que “todos los niños y niñas tienen derecho a disfrutar de un ambiente sin riesgos, al abrigo de las lesiones y de la violencia”.

En el informe de Accidentes en la Población Infantil Española creado por la Fundación Mapfre y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (11) en mayo de 2014, se recogen los siguientes datos:

- Los accidentes son una de las 3 primeras causas de muerte en los niños de hasta 14 años.
- El 42,8% de los accidentes sucedieron en el hogar, mientras que 57,2% se produjeron fuera del mismo (escuela, parque, vía pública, etc.).
- Los accidentes en el hogar son más frecuentes cuanto menor es la edad del niño.
- Entre los accidentes más frecuentes destacamos: caídas (56,7%), golpes (26,2%), quemaduras (6%), cortes (4,3%), intoxicaciones (1,3%) y asfixia y atragantamiento (1,3%).
- Debido al accidente el 72,9% de los niños necesitó asistencia sanitaria.

Además, la *Asociación Española de Pediatría* indica que la fiebre y las convulsiones febriles son uno de los principales motivos de consulta en urgencias pediátricas (11).

Para concluir, debido al significativo número de abuelos que se hacen cargo del cuidado de sus nietos y teniendo en cuenta que la mayoría de los accidentes infantiles se producen en presencia de los padres o cuidadores, se considera imprescindible realizar un Programa de Educación para la Salud dirigido a Personas Mayores sobre Soporte Vital Básico (SVB) Pediátrico, para que éstos aprendan la importancia de una rápida y eficaz actuación ante estas situaciones.

Valorar la efectividad del Programa realizado permitirá identificar las características de la población estudiada que aumenta más sus conocimientos sobre SVB Pediátrico y por lo tanto resultará útil a la hora de realizar otros Programas de este tipo.

Asimismo, llevar a cabo un Programa de Educación para la Salud es importante para el personal de Enfermería debido a que la función docente constituye uno de sus principales ámbitos de actuación (12).



Por último indicar que no se han encontrado en la literatura datos sobre los efectos que ocasionan talleres teórico – prácticos de SVB Pediátrico dirigidos exclusivamente a personas mayores que tengan nietos a los que cuiden o hayan cuidado, por lo que este Programa resulta atractivo e innovador.



2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

Valorar la efectividad de un Programa de Educación para la Salud sobre SVB Pediátrico dirigido a personas mayores con edades comprendidas entre 60 y 89 años, que cuiden o hayan cuidado a sus nietos.

2.2. Objetivos secundarios

- Estudiar la existencia de relación entre la efectividad del Programa realizado y los factores nivel de estudios, edad, número de nietos de los participantes y cuidado de los mismos.
- Analizar el nivel de conocimientos sobre SVB de los participantes en el Programa antes y después de realizar el taller teórico – práctico.
- Analizar la posibilidad de ampliar el Programa de Educación para la Salud desarrollado.



3. MATERIAL Y METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio y de muestreo

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal cuantitativo. La población objeto de estudio fueron los individuos que acudían a alguno de los Centros de Personas Mayores (CPM) dependientes del Ayuntamiento de Valladolid. La muestra se seleccionó por muestreo bietápico con unidades de primera etapa los CPM, los cuales se extrajeron por muestreo aleatorio simple. Dentro de cada centro seleccionado, los profesionales del mismo eligieron una muestra de individuos que cumplieren los criterios de inclusión.

Los CPM seleccionados fueron los siguientes:

- CPM Rondilla
- CPM Zona sur
- CPM Delicias – Arca Real
- CPM Delicias
- CPM Puente Colgante

3.2. Análisis y descripción de la población diana

a) Características específicas de los participantes

- Sexo: Mujeres y hombres.
- Edad: Edades comprendidas entre 60 y 89 años.
- Lugar de residencia: Valladolid.
- Cualquier nivel cultural.

b) Criterios de inclusión

Además de que los participantes presentasen las características específicas citadas anteriormente, se requirió que éstos:

- Tuvieran nietos a los que cuidaran en la actualidad o hubiesen cuidado de forma ocasional, no siendo necesario que pasasen grandes periodos de tiempo con ellos.



- Fueran válidos para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Fueran miembros de los CPM dependientes del Ayuntamiento de Valladolid.
- No hubieran recibido previamente charlas o cursos sobre SVB Pediátrico.

c) Criterios de exclusión

- Edad de los participantes no comprendida en el rango descrito anteriormente.
- Incapacidad para la realización de las ABVD.
- No tener nietos.
- Haber recibido previamente charlas o cursos sobre SVB Pediátrico.

d) Número de participantes

Cada uno de los talleres se impartió a un número máximo de 30 participantes. Se escogió este número como máximo, debido a la dificultad de resolver dudas y realizar un aprendizaje lo más individualizado posible en grupos de mayores dimensiones.

3. 3. Intervención propuesta

Realización de talleres teórico – prácticos sobre SVB Pediátrico de aproximadamente 90 minutos de duración, dirigidos a personas mayores que tengan o hayan tenido nietos a su cuidado.

3. 4. Método de recogida de datos

La obtención de los datos del estudio se realizó mediante dos cuestionarios anónimos, uno previo a la realización del taller (Anexo I) y otro posterior al mismo (Anexo II).



Ambos cuestionarios incluyeron cuatro apartados iniciales (edad del participante, nivel de estudios, número de nietos y si los cuidaba o no actualmente) y doce preguntas de respuesta múltiple sobre el tema a tratar, las cuales se puntuaron con un punto por cada pregunta acertada y cero puntos por cada pregunta fallada o no contestada. Para la nota obtenida en ambos cuestionarios se empleó una escala analógica de 0 a 10 puntos con el fin de ganar interpretabilidad.

Dado que éstos eran anónimos se empleó un código numérico para poder aparearlos y facilitar su posterior estudio.

3. 5. Recursos empleados en cada taller teórico – práctico

a) Recursos humanos

- Equipo docente: constituido como mínimo por dos personas.

b) Recursos materiales

- Sala adaptada con mesas y sillas para cada uno de los participantes.
- Muñecos de simulación.
- Fotocopias de los cuestionarios y material de escritura.
- Pegatinas con un código numérico para cada participante.
- Ordenador, cañón y pantalla de proyección.

3. 6. Aspectos éticos del estudio

Antes de iniciar el estudio se solicitó el consentimiento de D. Rafael Valdivieso Ortega, Jefe del Centro de Programas para Personas Mayores del Ayuntamiento de Valladolid y el de todos los directores de los CPM en los que se pretendía desarrollar la propuesta.

Además los participantes acudieron a los talleres de forma voluntaria, garantizándoles su anonimato durante todo el proceso de tratamiento de la información obtenida.



3. 7. Desarrollo del estudio

El periodo de tiempo empleado para la realización del estudio abarcó siete meses, desde noviembre de 2014 hasta mayo de 2015.

a) Fases del estudio

El estudio se desarrolló en las fases que se mencionan a continuación:

Fase 1: Diseño del estudio

Fase 4: Recopilación de los datos

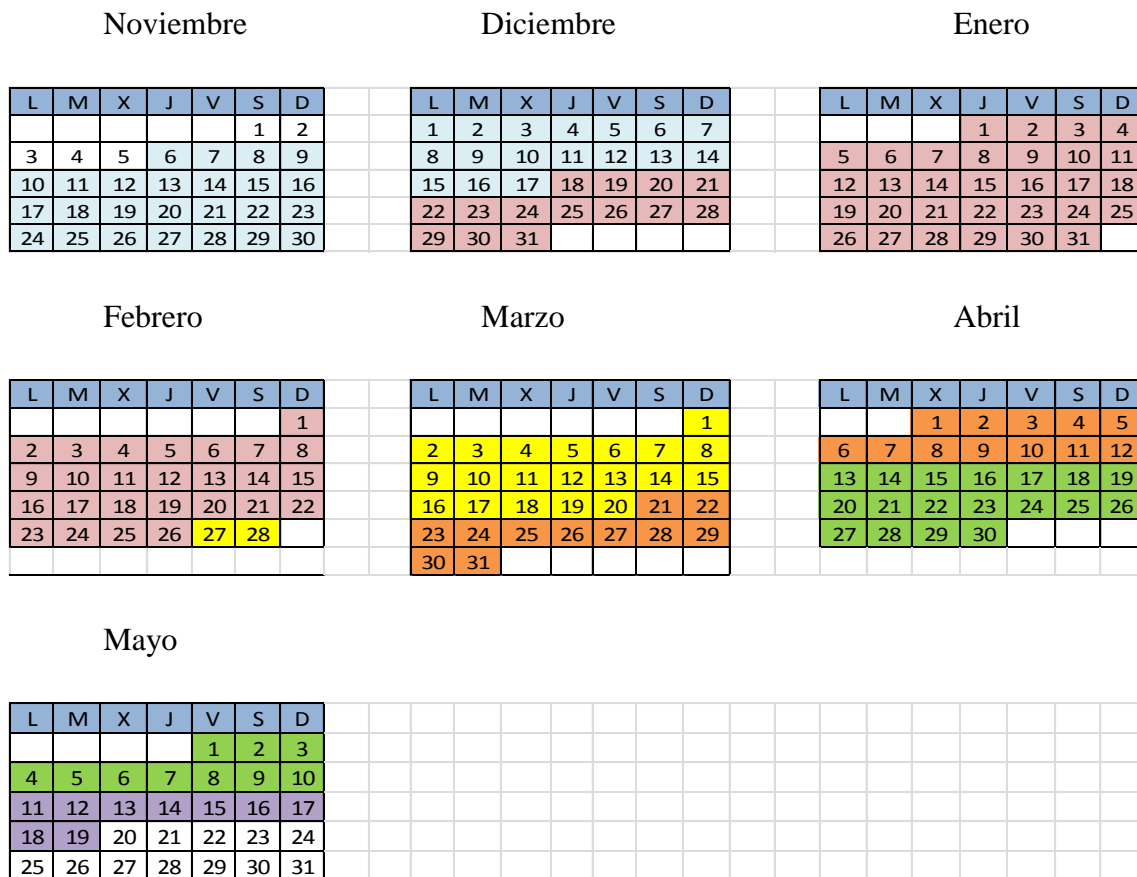
Fase 2: Aprobación

Fase 5: Análisis estadístico

Fase 3: Desarrollo y puesta en práctica

Fase 6: Obtención de conclusiones

El cronograma seguido fue el siguiente:





b) Descripción de las fases del estudio

Fase 1: Diseño del estudio

En esta etapa inicial se elaboró el marco teórico del estudio mediante el análisis de la situación actual en relación a los cambios en los modelos familiares, la existencia de solidaridad intergeneracional y el creciente número de abuelos y abuelas españoles que se hace cargo del cuidado de sus nietos.

También se revisó la literatura existente sobre los accidentes infantiles más prevalentes y las últimas actualizaciones acerca del SVB Pediátrico.

Además, se fijaron los objetivos del Programa de Educación para la Salud que se pretendía llevar a cabo, se decidió la forma de realizar los talleres teórico – prácticos, se pensó el método de evaluación de los conocimientos de los participantes y se determinó la población objeto de estudio.

Fase 2: Aprobación

Tras decidir que el Programa de Educación para la Salud dirigido a Personas Mayores sobre SVB Pediátrico se quería desarrollar en los CPM dependientes del Ayuntamiento de Valladolid, se solicitó a la Facultad de Enfermería una carta de presentación que se adjuntó a un breve resumen del Programa y se entregó personalmente a D. Rafael Valdivieso Ortega, Jefe del Centro de Programa para Personas Mayores del Ayuntamiento de Valladolid.

Una vez valorada la propuesta se nos informó del interés que suscitaba, por lo que se hizo una selección al azar de cinco de los once CPM existentes en Valladolid.

Se contactó con el director de cada uno de ellos para concertar una cita en la que se les explicó individualmente en qué consistía el Programa que se quería desarrollar, cómo se quería evaluar y la población a la que estaba destinado.

Esta etapa concluyó proporcionando a cada director un póster informativo (Anexo III) en el que se escribió el día, hora y lugar del centro en el que se impartiría cada taller.



Fase 3: Desarrollo y puesta en práctica

Esta fase comenzó con la preparación de los talleres teórico – prácticos, para lo cual se diseñó una presentación del tema a tratar en soporte Microsoft PowerPoint (Anexo IV) y se elaboraron los cuestionarios que se repartirían a los participantes, tanto el de antes del taller como el de después.

Cada taller teórico – práctico se impartió con un lenguaje comprensible y adaptado a los participantes. Los talleres tuvieron una duración aproximada de 90 minutos y en todos ellos se siguió un mismo esquema de desarrollo.

- Se comenzó realizando una presentación de los instructores y un breve resumen sobre la importancia de una rápida y eficaz actuación ante los accidentes más frecuentes en la infancia.
- Tras ello se entregó a cada participante un número que se correspondería con el número de los cuestionarios previo y posterior al taller. De este modo se trató tanto a los participantes como a los cuestionarios de manera anónima.
- Se contestó el cuestionario previo al taller, lo cual duró alrededor de 15 minutos. Este cuestionario mostró información sobre el estado de los conocimientos iniciales de los participantes.
- Tras recoger los cuestionarios se procedió a impartir el taller, el cual se dividió en dos partes:
 - Parte teórica: durante 25-30 minutos se explicaron las formas correctas de actuación en los accidentes infantiles. Los temas tratados en esta parte fueron los siguientes:

- La parada cardiorrespiratoria.	- Las convulsiones febriles.
- El atragantamiento.	- Las quemaduras.
- Los sangrados nasales.	- Las intoxicaciones.
- Las hemorragias.	
 - Parte práctica: durante 15-20 minutos se propuso que los participantes que desearan reforzar los conocimientos adquiridos ejecutasen delante de sus compañeros las maniobras de reanimación cardiopulmonar y la secuencia de actuación en un atragantamiento con un muñeco de simulación.



- Durante el tiempo que duraron ambas partes se resolvieron todas las dudas que iban surgiendo.
- Tras ello, se proporcionó alrededor de 15 minutos para que cada participante contestase al cuestionario posterior al taller.
- Para finalizar la sesión se atendió a todas las dudas y sugerencias.

Además de todo esto, se aportó a los directores de cada centro un tríptico informativo (Anexo V) con un resumen de los temas tratados en el taller para que pudieran dárselo a cualquier persona que lo solicitase, hubiese participado en las sesiones o no.

Fase 4: Recopilación de los datos obtenidos

En este periodo se comprobó la necesidad de realizar una clasificación unificada de los datos obtenidos en los cuestionarios sobre el nivel de estudios de los participantes, para ello se empleó la Clasificación Nacional de Educación 2014, elaborada por el INE (13).

Asimismo, se corrigieron los cuestionarios previos y posteriores a cada taller dando a cada acierto el valor de un punto. Por último, se realizó una transcripción de los resultados obtenidos a una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel.

Fases 5 y 6: Análisis estadístico de los datos y obtención de conclusiones

El análisis estadístico de los datos obtenidos en los cuestionarios se realizó mediante dos programas informáticos, Microsoft Excel 2010 y SAS versión 9.2. También se emplearon tablas de frecuencia y técnicas gráficas para ordenar los datos, facilitar la observación y comprensión de los resultados y obtención de las conclusiones del estudio.



3.8. Variables

a) Variables utilizadas en el estudio

- **Variable independientes**

VARIABLES CUANTITATIVAS: Edad de los participantes, número de nietos de los participantes y resultados en los cuestionarios previo.

VARIABLES CUALITATIVAS:

VARIABLES CUALITATIVAS NOMINALES: Si los participantes cuidan o no a sus nietos en la actualidad.

VARIABLES CUALITATIVAS ORDINALES: El nivel de estudios de los participantes utilizando la escala: estudios primarios, estudios secundarios y estudios superiores.

- **Variable dependiente o variable respuesta:** Es el nivel de conocimientos de los participantes después de realizar el taller teórico – práctico.

3.9. Análisis de los datos

Resumimos las variables cuantitativas con medias y desviaciones típicas, y las variables cualitativas con porcentajes. Utilizamos el test de la T de Student de datos apareados para contrastar la existencia de aumento en el nivel de conocimientos, tanto para todos los individuos como para subgrupos definidos por alguna de las variables independientes. Utilizamos el test de la T de Student para muestras independientes para contrastar diferencias en el nivel de conocimientos inicial o en su aumento tras el taller entre pares de subgrupos de individuos definidos por las variables dependientes.

Se consideraron como estadísticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SAS versión 9.2.

4. RESULTADOS

El Programa de Educación para la Salud realizado contó con 111 participantes, de los cuales 6 (5,4%) no cumplían los criterios de inclusión en el estudio ya que no tenían nietos y además uno de ellos estaba fuera del rango de edades descrito (60-89 años). Como resultado, la muestra finalmente estudiada fue de 105 sujetos.

Conocimientos

En el cuestionario realizado antes de impartir el taller teórico – práctico un 56,86% de los participantes obtuvo una calificación de suspenso. Un 32,35% consiguió tener un aprobado y tan solo un 10,78% obtuvo calificaciones superiores (notable o sobresaliente). La media de los conocimientos iniciales de los participantes fue de 4,36 puntos [IC 95% (3,96 – 4,77)].

En el cuestionario realizado tras el taller más de la mitad de los participantes (52,43%) obtuvo una calificación de sobresaliente y solamente 4,85% suspendieron. La media de los conocimientos de los individuos después del taller fue de 8,37 puntos [IC 95% (8,01 – 8,72)].

Un 40% de los participantes contestó correctamente entre 4 y 5 preguntas más después de realizar taller. Tras el mismo, todos los participantes en el estudio, aumentaron sus conocimientos una media de 3,99 puntos [IC 95 (3,62 – 4,37)] ($p < 0,0001$).

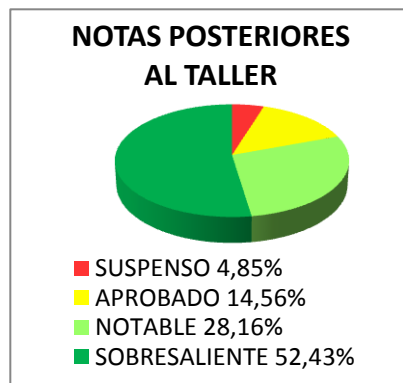
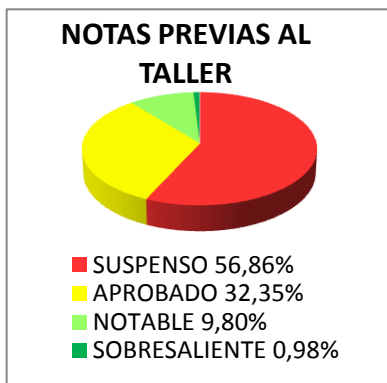


Fig. 1. Gráfico notas previas.

Fig. 2. Gráfico notas posteriores.

Fig. 3. Gráfico aumento de puntos.

Estudio de la relación entre el nivel de estudios y los conocimientos adquiridos

Para analizar si el nivel de estudios de los participantes estaba relacionado con que éstos aumentasen en mayor o menor grado sus conocimientos sobre SVB Pediátrico, se les dividió en dos grupos y se analizaron por separado los resultados obtenidos por los participantes con estudios primarios (71 personas, 67,62%) y por los participantes con estudios secundarios y superiores (34 personas, 32,38%).

El grupo de sujetos con estudios primarios obtuvo una media de conocimientos iniciales de 4,07 puntos [IC 95% (3,58 – 4,56)] superior ($p = 0,03$) a la del grupo de sujetos con estudios secundarios y superiores, que obtuvo una media de 4,97 puntos [IC 95% (4,25 – 5,70)].

El aumento medio de los conocimientos tras el taller fue de 4,14 puntos en el grupo que tenía estudios secundarios y superiores [IC 95% (3,44 – 4,84)] frente a 3,92 puntos [IC 95% (3,47 – 4,37)] en el grupo de personas con estudios primarios.

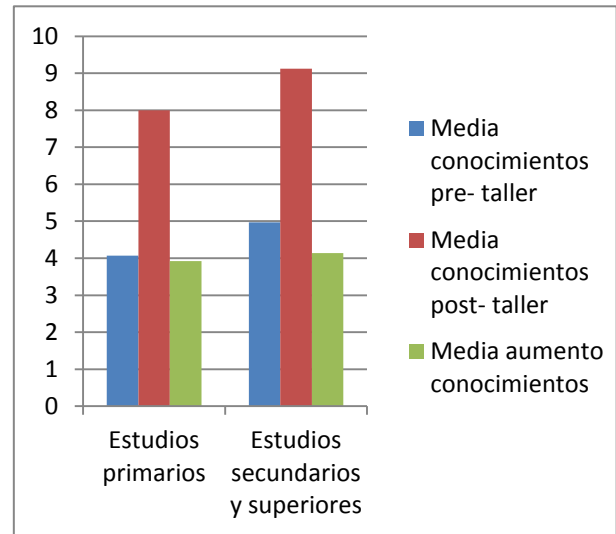


Fig. 4. Gráfico de la relación nivel de estudios y conocimientos adquiridos.

Estudio de la relación entre la edad y los conocimientos adquiridos

Para determinar si la edad estaba relacionada con el aprendizaje, se dividió a los participantes en tres grupos de edad (≤ 65 años, 66 – 75 años y 76 – 89 años). El grupo más numeroso fue el de 66 – 75 años (56 individuos), seguido del de ≤ 65 años (26 individuos).

Los que inicialmente tenían mayores conocimientos sobre SVB Pediátrico fueron los pertenecientes al grupo de los menores de 65 años, mostrando una media en sus conocimientos antes del taller de 5,32 puntos [IC 95% (4,59 – 6,05)].

Los que aumentaron más sus conocimientos tras la actividad formativa fueron los pertenecientes al grupo de 66 – 75 años, con un aumento medio de sus conocimientos de 4,21 puntos [IC 95% (3,73 – 4,70)] ($p < 0,0001$).

Por tanto, la edad apareció relacionada con el nivel de conocimientos iniciales ($p < 0,001$) pero no con el aumento de conocimientos tras impartir el taller.

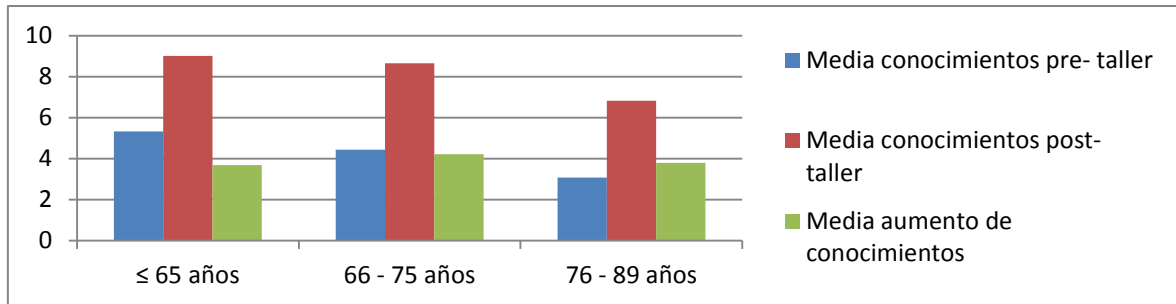


Fig. 5. Gráfico de la relación edad y conocimientos adquiridos.

Estudio de la relación entre el cuidado de los nietos y los conocimientos adquiridos

Para analizar si el aprendizaje estaba relacionado con si los participantes cuidaban o no a sus nietos en la actualidad, se les dividió en dos grupos (los que sí los cuidaban en la actualidad y los que no lo hacían actualmente pero lo habían hecho con anterioridad).

Los que sí cuidaban a sus nietos mostraron una media en sus conocimientos previos al taller de 4,71 puntos [IC 95% (4,22 – 5,19)], frente a los que no lo hacían en la actualidad con una media de 3,68 puntos [IC 95% (2,95 – 4,40)].

El primer grupo mencionado, aumentó sus conocimientos tras el taller una media de 4 puntos (IC 95%: 3,52 – 4,47) ($p < 0,0001$) y el segundo grupo una media de 3,98 puntos [IC 95% (3,35 – 4,62)] ($p < 0,0001$).

Por esto, podemos decir que el cuidado de los nietos apareció relacionado con la nota en el test inicial ($p = 0,009$) pero no con el aumento de puntos de los conocimientos tras el taller.

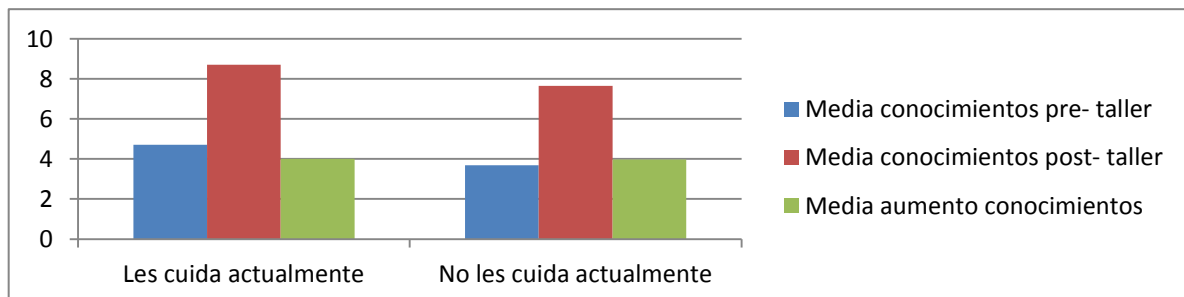


Fig. 6. Gráfico de la relación cuidado de los nietos y conocimientos adquiridos.

Estudio de la relación entre el número de nietos y los conocimientos adquiridos

Para comprobar si el número de nietos que tienen los participantes en el estudio está relacionado con el grado de conocimientos iniciales y que adquieren sobre SVB Pediátrico, se les dividió en grupo 1 (1 - 2 nietos), grupo 2 (3 - 4 nietos) y grupo 3 (≥ 5 nietos).

La mitad de los sujetos estudiados pertenecieron al grupo 1 por tener uno o dos nietos. La media de nietos de los participantes fue de 3.

Los individuos con más conocimientos inicialmente fueron los pertenecientes al grupo 2, con 5,05 puntos de media previa al desarrollo del taller [IC 95% (4,42-5,68)]. Los que más conocimientos adquirieron tras la actividad formativa fueron los pertenecientes al grupo 1, con un aumento medio de 4,42 puntos [IC 95% (3,84 - 4,99)] ($p < 0,0001$).

La relación entre el número de nietos y el aumento de los conocimientos gracias al taller formativo estuvo en el límite de la significación estadística ($p = 0,05$).

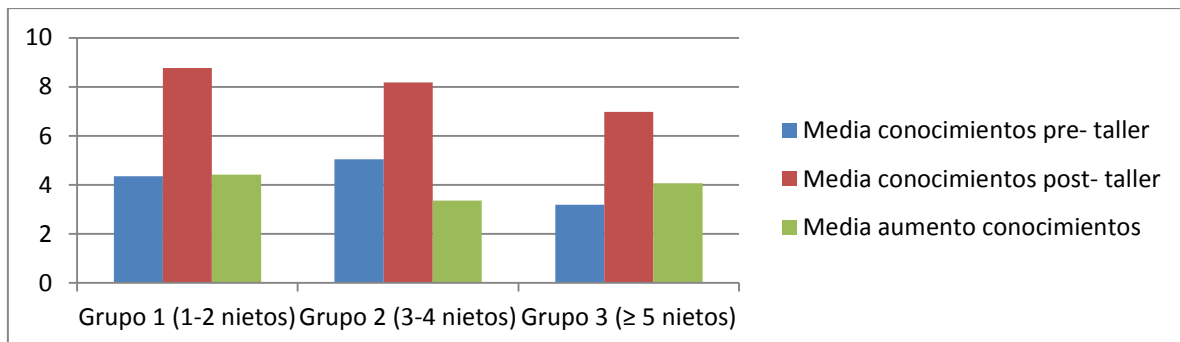


Fig. 7. Gráfico de la relación número de nietos y conocimientos.



5. DISCUSIÓN

La valoración de la efectividad del Programa de Educación para la Salud desarrollado se analizó desde el punto de vista del aumento de los conocimientos sobre SVB pediátrico de los participantes.

Los conocimientos iniciales de los sujetos sobre el tema a tratar se consideran insuficientes ya que más de la mitad (56,86%) obtuvieron una calificación de suspenso. Sin embargo, la actividad formativa resultó efectiva ya que estos conocimientos aumentaron significativamente, un 28,16% de los participantes obtuvo una calificación de notable y un 52,43% de sobresaliente.

Aquellas personas que cuidaban en la actualidad de sus nietos (70%) tenían mejores conocimientos previos sobre SVB Pediátrico que aquellas que no lo hacían actualmente aunque lo hubiesen hecho con anterioridad (35%). A pesar de ello, tras el taller todas aumentaron sus conocimientos de manera similar, por lo que el que cuiden o no a sus nietos en la actualidad no influye en su aprendizaje.

Los participantes con estudios primarios consiguieron en el cuestionario previo al taller una media de casi un punto menos que aquellos con estudios secundarios y superiores. Sin embargo, a pesar de esta diferencia, en el cuestionario posterior a la sesión los dos grupos mostraron un aumento medio de sus conocimientos muy similar (3,92 puntos de aumento y 4,14 puntos respectivamente). Estos datos nos indican que un nivel de estudios superior está relacionado con tener mayor cultura sobre el tema a tratar, pero no influye en el aprendizaje.

Se analizó si la edad de los participantes influía en la cantidad de conocimientos que habían adquirido. La media de edad fue de 70,8 años. Los más jóvenes demostraron que poseían mejores conocimientos iniciales. Sin embargo, no fueron quienes más aprendieron, lo cual muestra que no por ser más jóvenes tienen un mayor aprendizaje.

En cuanto al número de nietos, la media fue de 3 nietos. Los participantes que tenían entre 3 y 4 nietos fueron los que tenían más conocimientos iniciales sobre SVB pediátrico, sin embargo los que más aprendieron con los talleres fueron los individuos



que tenían entre 1 y 2 nietos. Esto nos indica que no por tener más nietos saben más inicialmente y tampoco son los que aprenden más.

Dado que los resultados obtenidos del estudio evidencian el beneficio que aporta impartir talleres teórico – prácticos a personas mayores sobre SVB Pediátrico, ya que todos aprenden de forma considerable, se podría ampliar esta intervención a otros CPM o incluso a otro tipo de instituciones, como por ejemplo centros cívicos.

Por este motivo se concertó una nueva cita con D. Rafael Valdivieso Ortega (Jefe del Centro de Programas para Personas Mayores de Valladolid), en la cual se expusieron los resultados y conclusiones obtenidos. Además, se llegó al acuerdo de desarrollar en un futuro el “Programa de Educación para la Salud dirigido a Personas Mayores sobre Soporte Vital Básico Pediátrico” en la totalidad de CPM dependientes del Ayuntamiento de Valladolid.

A la hora de volver a aplicar este Programa se tendrá en consideración las limitaciones que aparecieron durante el desarrollo del mismo.

Entre ellas, podemos destacar por un lado el bajo nivel de estudios predominante entre los asistentes, el cual impidió dar talleres formativos que abarcasen conceptos más amplios sobre SVB y obligó en numerosas ocasiones a interrumpir la explicación teórica acompañándose de un retraso en los tiempos previstos. Y por otro lado, la necesidad de realizar cuestionarios más breves y sencillos, debido a que algunos participantes mostraron dificultades visuales o de comprensión por lo que contestarlos resultó una tarea lenta, ya que precisaban que se les leyese una a una todas las preguntas. Como limitaciones también encontramos la impuntualidad de algunos participantes, la cual impidió que contestaran al cuestionario previo al taller. Asimismo indicar que los horarios de los CPM se solapaban en algunas ocasiones con las charlas impartidas, por lo que algún participante abandonó precipitadamente las mismas y no contestó al cuestionario posterior.

Además hay que considerar que el estudio realizado se basa en una muestra relativamente pequeña, por lo que se podría ampliar y hacerlo en otras provincias e incluso se podría tener en cuenta la posibilidad de hacer una nueva valoración más a largo plazo de los conocimientos que han retenido los sujetos estudiados.



6. CONCLUSIONES

- Cada vez es mayor el número de abuelos y abuelas que contribuyen con sus familias haciéndose cargo del cuidado de los más pequeños del hogar y dado la importante cantidad de tiempo que éstos pasan juntos, no parece extraño que los abuelos presencien gran cantidad de accidentes infantiles.
- El Programa de Educación para la Salud desarrollado se considera efectivo debido al significativo incremento en los conocimientos de los participantes sobre SVB Pediátrico.
- Los factores edad de los participantes, nivel de estudios, número de nietos y cuidado de ellos en la actualidad están relacionados con el nivel de conocimientos que éstos tienen antes de realizar la actividad formativa, pero no se relacionan con el incremento en mayor o menor grado de su aprendizaje tras la misma.
- Para concluir, destacar que un 98% de los participantes consideró los talleres de utilidad ya que nunca habían recibido información explícitamente sobre el tema tratado.



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Juventud en España, 2012. Informe de divulgación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio de la Juventud, INJUVE; 2012. Report No.: 978-84-15368-06-9.
2. Fernández Muñoz JN. Informe 2012: Las Personas Mayores en España. Informe de divulgación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Report No.: 22027.
3. Vargas Huicochea I. Sitio web de Actiweb. [Online].; 2011 [cited 2014 Noviembre 23]. Available from: <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>.
4. Estadística INd. Encuesta Continua de Hogares, año 2013. 2014 Abril 10. <http://www.ine.es/prensa/np837.pdf>.
5. Reher D. El cambio familiar en España en el marco de la evolución histórica. Arbor. 2004 Junio; 178(702): p. 203.
6. Sitio web de UNAF (Unión de Asociaciones Familiares). [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 29 [II Congreso de Familias: Érase una vez la diversidad familiar.]. Available from: <http://unaf.org/abuelas-y-abuelos-se-convierten-en-principales-cuidadores-de-nietos-y-nietas-en-casi-el-30-de-las-familias-espanolas/>.
7. World Population Ageing 2007. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2007. Report No.: ISBN 978-92-1-151432-2.
8. El compromiso social de las personas mayores, la mayor riqueza de España. Informe divulgativo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España; 2013.
9. Badenes Plá N, López López MT. Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. ZERBITZUAN. 2011 junio;(49): p. 162.
10. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Branche C, Rivara F, Bartolomeos K.



- Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Informe divulgativo. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2008. Report No.: ISBN 978 92 4 156357 4.
11. del Castillo Aguas G, Esparza Olcina MJ, Martínez Rubio A, Domínguez Aurecochea B, Pérez González O. Accidentes en la población infantil española. Informe técnico. Madrid: Fundación MAPFRE, Área de salud y prevención; 2014.
 12. J. Runciman P, F. Alexander M. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe científico. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003. Report No.: IBSN 92-95005-72-4.
 13. Sitio web del Instituto Nacional de Estadística (INE). [Online].; 2014 [cited 2015 Marzo 13. Available from: http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cned14/CNED2014_capitulo2.pdf.
 14. Fernández Francés M. sitio web de AEPAP. [Online].; 2015 [cited 2015 Febrero 13. Available from: <http://www.familiaysalud.es/salud-joven/seguridad-accidentes-y-lesiones/accidentes-y-lesiones-que-hacer/primeros-auxilios-que>.
 15. Sánchez Díaz D. sitio web AEPAP. [Online].; 2011 [cited 2015 Febrero 2. Available from: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/parada-cardiorrespiratoria>.



10. ANEXOS

Anexo I: CUESTIONARIO PREVIO A LA REALIZACIÓN DEL TALLER TEÓRICO PRÁCTICO

Edad:..... Nivel de estudios:.....

Número de nietos/as:..... ¿Cuida de sus nietos en la actualidad?: si no

Para poder evaluar si el taller que realizaremos a continuación es de utilidad, necesitamos saber sus conocimientos sobre el Soporte Vital Básico Pediátrico antes y después del mismo. Para ello es necesario que conteste a este cuestionario. Gracias por su colaboración.

1. Su nieto se ha caído de la bicicleta y se ha dado un golpe muy fuerte. Se encuentra inconsciente. ¿Qué haría ante esta situación?

- a) Llamaría al 112 y esperaría a que llegara la ambulancia sin tocar al niño.
- b) Yo mismo le llevaría al hospital.
- c) Iniciaría las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

2. ¿Las maniobras de reanimación cardiopulmonar se hacen de forma distinta dependiendo si el niño es un bebé o es más mayor?

- a) No sé qué es una reanimación cardiopulmonar.
- b) Se hacen de la misma forma.
- c) Sí, cambia la forma de realizar las ventilaciones y las compresiones.

3. ¿Cuál es la principal causa de obstrucción de la vía aérea cuando una persona se queda inconsciente?

- a) La caída de la lengua hacia la garganta.
- b) La saliva.
- c) No se obstruye la vía aérea cuando una persona se queda inconsciente.

4. ¿Cómo se hace la reanimación cardiopulmonar?



- a) 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones
- b) 30 compresiones torácicas y 10 ventilaciones
- c) 10 compresiones torácicas y 3 ventilaciones

5. Su nieto está comiendo pipas, y de repente se atraganta. Se pone a toser muy fuerte. ¿Qué tiene que hacer usted?

- a) Animarle a que siga tosiendo.
- b) Darle unos golpecitos en la espalda para ayudarlo.
- c) Llamo al 112.

6. ¿Ha oído hablar alguna vez de la maniobra de Heimlich?

- a) Sí, es la que se hace cuando alguien se atraganta. Consiste en ponerse detrás de la persona y con nuestros puños apretar en su estómago.
- b) No sé lo que es y no he oído hablar de ella.
- c) Sí, es la que se hace cuando alguien se atraganta. Consiste en hacer el boca a boca.

7. Su nieto estaba jugando en la cocina y ha metido la mano en una sartén con aceite caliente. ¿Qué tiene que hacer?

- a) Ponerle pasta de dientes, vinagre u otro remedio casero en la quemadura para aliviarle.
- b) Meterle la mano en agua fría.
- c) Nunca meterle la mano en agua fría.

8. Su nieto está jugando en casa y se cae. Se hace una herida en la pierna. ¿Qué haría?

- a) Me lavo las manos y le pongo una tirita.
- b) Me lavo las manos, lavo la herida con agua y jabón, doy Betadine con una gasa y le pongo una tirita.
- c) Le limpio la herida y le pongo una tirita. No hace falta que me lave las manos.



9. Una tarde su nieto está jugando en el parque, de repente empieza a sangrar por la nariz. ¿Qué haría?

- a) Le limpio con un pañuelo y le digo que siga jugando.
- b) Le siento en un banco y le digo que incline la cabeza hacia delante y que se apriete un rato la nariz para que deje de sangrar.
- c) Le siento en un banco y le digo que incline la cabeza hacia atrás y que se apriete un rato la nariz para que deje de sangrar.

10. Su nieto estaba jugando en la cocina y ha bebido un poco de lejía. ¿Qué haría?

- a) Como sólo ha tomado un poco, no pasa nada.
- b) Le doy agua o leche para que no sea tan tóxico y vamos al hospital.
- c) No le hago vomitar, ni le doy nada de beber. Vamos al hospital

11. ¿Sabe lo que son las convulsiones febriles?

- a) No.
- b) Sí, se producen cuando un niño es epiléptico.
- c) Sí, se producen cuando el niño pasa de no tener fiebre a tener mucha en poco tiempo.

12. ¿Qué haría si su nieto tiene una convulsión febril?

- a) Esperaría a que se le pasase y no haría nada más.
- b) Esperaría a que se le pasase y le daría algún medicamento para bajar la fiebre.
- c) Durante la convulsión le pondría de lado y cuando se le pasase le daría algún medicamento para bajar la fiebre.

Muchas gracias.



Anexo II: CUESTIONARIO POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DEL TALLER TEÓRICO PRÁCTICO

Edad:..... Nivel de estudios:.....

Número de nietos/as:..... ¿Cuida de sus nietos en la actualidad?: si no

Para poder evaluar si el taller realizado es de utilidad, necesitamos saber sus conocimientos sobre el Soporte Vital Básico Pediátrico antes y después del mismo. Para ello es necesario que conteste a este cuestionario. Gracias por su colaboración.

1. Su nieto se ha caído de la bicicleta y se ha dado un golpe muy fuerte. Se encuentra inconsciente. ¿Qué haría ante esta situación?

- a) Llamaría al 112 y esperaría a que llegara la ambulancia sin tocar al niño.
- b) Yo mismo le llevaría al hospital.
- c) Iniciaría las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

2. ¿Las maniobras de reanimación cardiopulmonar se hacen de forma distinta dependiendo si el niño es un bebé o es más mayor?

- a) No sé qué es una reanimación cardiopulmonar.
- b) Se hacen de la misma forma.
- c) Sí, cambia la forma de realizar las ventilaciones y las compresiones.

3. ¿Cuál es la principal causa de obstrucción de la vía aérea cuando una persona se queda inconsciente?

- a) La caída de la lengua hacia la garganta.
- b) La saliva.
- c) No se obstruye la vía aérea cuando una persona se queda inconsciente.

4. ¿Cómo se hace la reanimación cardiopulmonar?

- a) 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones
- b) 30 compresiones torácicas y 10 ventilaciones



- c) 10 compresiones torácicas y 3 ventilaciones

5. Su nieto está comiendo pipas, y de repente se atraganta. Se pone a toser muy fuerte. ¿Qué tiene que hacer usted?

- a) Animarle a que siga tosiendo.
- b) Darle unos golpecitos en la espalda para ayudarle.
- c) Llamo al 112.

6. ¿Ha oído hablar alguna vez de la maniobra de Heimlich?

- a) Sí, es la que se hace cuando alguien se atraganta. Consiste en ponerse detrás de la persona y con nuestros puños apretar en su estómago.
- b) No sé lo que es y no he oído hablar de ella.
- c) Sí, es la que se hace cuando alguien se atraganta. Consiste en hacer el boca a boca.

7. Su nieto estaba jugando en la cocina y ha metido la mano en una sartén con aceite caliente. ¿Qué tiene que hacer?

- a) Ponerle pasta de dientes, vinagre u otro remedio casero en la quemadura para aliviarle.
- b) Meterle la mano en agua fría.
- c) Nunca meterle la mano en agua fría.

8. Su nieto está jugando en casa y se cae. Se hace una herida en la pierna. ¿Qué haría?

- a) Me lavo las manos y le pongo una tiritita.
- b) Me lavo las manos, lavo la herida con agua y jabón, doy Betadine con una gasa y le pongo una tiritita.
- c) Le limpio la herida y le pongo una tiritita. No hace falta que me lave las manos.



9. Una tarde su nieto está jugando en el parque, de repente empieza a sangrar por la nariz. ¿Qué haría?

- a) Le limpio con un pañuelo y le digo que siga jugando.
- b) Le siento en un banco y le digo que incline la cabeza hacia delante y que se apriete un rato la nariz para que deje de sangrar.
- c) Le siento en un banco y le digo que incline la cabeza hacia atrás y que se apriete un rato la nariz para que deje de sangrar.

10. Su nieto estaba jugando en la cocina y ha bebido un poco de lejía. ¿Qué haría?

- a) Como sólo ha tomado un poco, no pasa nada.
- b) Le doy agua o leche para que no sea tan tóxico y vamos al hospital.
- c) No le hago vomitar, ni le doy nada de beber. Vamos al hospital

11. ¿Sabe lo que son las convulsiones febriles?

- a) No.
- b) Sí, se producen cuando un niño es epiléptico.
- c) Sí, se producen cuando el niño pasa de no tener fiebre a tener mucha en poco tiempo.

12. ¿Qué haría si su nieto tiene una convulsión febril?

- a) Esperaría a que se le pasase y no haría nada más.
- b) Esperaría a que se le pasase y le daría algún medicamento para bajar la fiebre.
- c) Durante la convulsión le pondría de lado y cuando se le pasase le daría algún medicamento para bajar la fiebre.

Muchas gracias.



Anexo III: PÓSTER

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES SOBRE SOPORTE
VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO.**



Universidad de Valladolid

*Autores: Isabel Camargo López, alumna de 4º curso de Enfermería de la
Universidad de Valladolid*

*Carlos Escudero Cuadrillero, profesor asociado de la Facultad de
Enfermería de Valladolid*

LUGAR:

FECHA:

HORA:

HOKY:

¿Sabría cómo actuar en caso de que su nieto tuviese un accidente?



ISABEL CAMARGO
CARLOS ESCUDERO CUADRILLERO
© copyright 2022

Anexo IV: PRESENTACIÓN POWERPOINT

SOPORTE VITAL BÁSICO EN NIÑOS

Isabel Camargo
Carlos Esoudero

ÍNDICE:

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

CAUSAS PCR

ADULTOS \neq NIÑOS

PRINCIPAL CAUSA EN NIÑOS:
RESPIRATORIA

LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

DISTINGUIR:

LACTANTES \rightarrow Menores de 1 año

NIÑOS \rightarrow Hasta 14 años

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

COMPROBAR CONSCIENCIA Y PEDIR AYUDA A PERSONAS DE ALREDEDOR

ABRIR LA VÍA AÉREA

COMPROBAR RESPIRACIÓN

NO RESPIRA \rightarrow INICIAR RCP BÁSICA

SI RESPIRA \rightarrow POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

5 VENTILACIONES DE RESCATE

CICLOS: 30 COMPRESIONES / 2 VENTILACIONES

TRAS 1 MIN. DE REANIMACIÓN LLAMAR AL 112 SI NO SE HA HECHO ANTES CONTINUAR RCP

Comprobar INCONSCIENCIA

Estimular con pellizcos, golpecitos, gritarle, llamarle por su nombre...

Abrir la VÍA AÉREA

FRENTE- MENTÓN O TRACCIÓN MANDIBULAR

- Lactantes en posición neutra
- Moderada en niños pequeños
- Separar: barbilla del pecho
- Menos marcada que en el adulto

LA VENTILACIÓN

5 INSUFLACIONES DE RESCATE

MASAJE CARDIACO

Pequeños y grandes
100 x min

LACTANTES

2 Dedos (100 x min)

NIÑOS

¿Una o dos manos?

Depende del tamaño:
niño y reanimador

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

COMPROBAR CONSCIENCIA Y PEDIR AYUDA A PERSONAS DE ALREDEDOR

↓

ABRIR LA VÍA AÉREA

↓

COMPROBAR RESPIRACIÓN

NO RESPIRA → INICIAR RCP BÁSICA

5 VENTILACIONES DE RESCATE

CICLOS: 30 COMPRESIONES / 2 VENTILACIONES

TRAS 1 MIN DE REANIMACIÓN LLAMAR AL 112 SI NO SE HA HECHO ANTES CONTINUAR RCP

SI RESPIRA → POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

ATRAGANTAMIENTO:

COMPROBAR GRAVEDAD → TOS EFECTIVA → ANIMAR A TOSER

TOS INEFECTIVA → Sólo si vemos el objeto: extraerlo con el dedo en forma de gancho

NIÑO CONSCIENTE

Menos de 1 año → 5 Golpes en la Espalda → 5 Compresiones en el Pecho

Más de 1 año → 5 ventilaciones de rescate → INICIAR REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

30 COMPRESIONES / 2 VENTILACIONES

NIÑO INCONSCIENTE

5 ventilaciones de rescate

INICIAR REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

30 COMPRESIONES / 2 VENTILACIONES

Lactante Consciente

Mayores de 1 año conscientes:

5

MANIOBRA DE HEIMLICH

¡¡ Niño INCONSCIENTE!!

- Iniciar maniobras de reanimación
- Mirar la boca, por si hubiese salido el objeto

OTROS PROBLEMAS:

1. Sangrado nasal

Cabeza ligeramente inclinada hacia DELANTE.

- ✓ Comprimir alas de la nariz 5-10min
- ✓ No cede = algodón+ Agua oxigenada
- ✓ Traslado al centro de salud si sigue sangrando

2. Hemorragias

- Presionar con gasas o un paño limpio
- Si se empapan colocar mas SIN QUITAR la primera
- Elevar la extremidad



3. Convulsiones febriles

- Amortiguar la cabeza con almohadas
- No meter nada en la boca
- POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD



4. Quemaduras



- Introducir zona afectada en agua fría
- NO usar remedios caseros (pasta de dientes, vinagre...)
- Si es muy grande → Hospital

5. Intoxicaciones

- ¿Qué y cuánto ha tomado?
- ¿Es tóxico?
 - NO PROVOCAR EL VÓMITO
 - NO DAR LECHE, NI AGUA...
 - ACUDIR AL HOSPITAL SI ES TÓXICO



RESUMEN:

El SOPORTE VITAL BÁSICO en niños es:

- Parecido al de adultos
- Sencillo de hacer
- Esencial para salvar vidas



GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN



Anexo V: TRÍPTICO INFORMATIVO

3. SANGRADO NASAL:

- APRETAR LAS ALAS DE LA NARIZ
- CABEZA HACIA DELANTE SIEMPRE



4. HEMORRAGIAS:

- LAVARNOS LAS MANOS
- PRESIONAR LA ZONA DE LA HERIDA CON UN PAÑO LIMPIO
- SI SE ENSUCIA: PONER OTRO ENCIMA Y NO QUITAR EL ANTERIOR



5. CONVULSIONES FEBRILES:

Se producen por un aumento brusco de la fiebre en poco tiempo.

DURANTE LA CONVULSIÓN:

- PONER AL NIÑO DE LADO
- NO METERLE NADA EN LA BOCA

DESPUÉS DE LA CONVULSIÓN:

- BAJAR LA FIEBRE

6. QUEMADURAS:

- METER LA ZONA EN AGUA FRÍA
- NO DAR: vinagre, pasta de dientes...
- SI ES MUY GRANDE: IR AL HOSPITAL

7. INTOXICACIONES:

¿Qué y aproximadamente cuánto ha tomado?

¿Es tóxico?

- NO PROVOCAR EL VÓMITO
- NO DAR LECHE NI AGUA NI NADA DE COMER
- SI ES TÓXICO: IR AL HOSPITAL

Programa de Educación para la Salud dirigido a Personas Mayores sobre Soporte Vital Básico Pediátrico

¿SABRÍA CÓMO ACTUAR EN CASO DE QUE SU NIETO TUVIESE UN ACCIDENTE?



Autor:

- Isabel Camargo López, alumna de 4º curso de Enfermería de Valladolid.

1. PARADA CARDIORRESPIRATORIA:

- ACTUAR RÁPIDO
 - DISTINTA FORMA EN BEBÉS Y EN NIÑOS
 - SECUENCIA DE ACTUACIÓN:
- 1º COMPROBAR INCONSCIENCIA (gritarle, llamarle)
 - 2º PEDIR AYUDA GRITANDO
 - 3º ABRIR LA VÍA AÉREA (para que entre aire)
 - 4º COMPROBAR SI RESPIRA (ver, oír, sentir)



EL NIÑO SI QUE RESPIRA → COLOCARLE DE LADO



EL NIÑO NO RESPIRA → REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

5 VENTILACIONES DE RESCATE



* BEBÉ: con nuestra boca tapamos su boca y su nariz

* NIÑO: con nuestra boca tapamos su boca y con nuestras manos pinzamos su nariz

30 COMPRESIONES/ 2 VENTILACIONES



* BEBÉ: con dos dedos

* NIÑO: con una o dos manos dependiendo de nuestra fuerza y el tamaño del niño

2. ATRAGANTAMIENTO:

- TOS FUERTE → ANIMAR A TOSER
- TOS DÉBIL:

* MIRAR BOCA, SI VEMOS EL OBJETO LO SACAMOS CON EL DEDO EN FORMA DE GANCHO

BEBÉ: 5 golpes en la espalda y 5 compresiones



NIÑO MAYOR: 5 golpes en la espalda y 5 veces la maniobra de Heimlich



- SI EL OBJETO NO SALE Y EL NIÑO SE QUEDA INCONSCIENTE: HACER REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR