



Revista Digital de Educación Física

ISSN: 1989-8304 D.L.: J 864-2009

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LOS PRIMEROS AUXILIOS EN PADRES Y MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 6 AÑOS

María Lobera-Roig

Estudiante de 4º curso de Educación Infantil. Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte, Universidad de Vigo .España
m.lobera@hotmail.com

Cristian Abelairas-Gómez

Profesor Contratado Interino. Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte, Universidad de Vigo. España
cristian.abelairas.gomez@uvigo.es

Roberto Barcala-Furelos

Profesor Contratado Doctor. Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte, Universidad de Vigo. España.
roberto.barcala@uvigo.es

RESUMEN

EL objetivo de este trabajo fue estudiar el nivel de conocimientos y actitudes que poseen los padres y las madres de niños/as en edades comprendidas entre 3-6 años sobre primeros auxilios. Consideramos la importancia de esta materia en este grupo de población ya que son los máximos responsables de los/as niños/as en estas edades. Se contó con la colaboración de 19 participantes. Todos ellos tuvieron que realizar un cuestionario sobre conocimientos en primeros auxilios. Doce de ellos acudieron posteriormente a una sesión formativa de hora y media. Finalmente, a los 19 se les pasó un cuestionario a la semana siguiente de haberse celebrado la sesión formativa, y otro al mes. Se pudo comprobar que existe un desconocimiento generalizado en materia de primeros auxilios, y que la sesión formativa aumentó el número de respuestas correctas en los participantes que acudieron a la misma. Se observó un pequeño descenso en el número de respuestas correctas en cuanto a la reanimación cardiopulmonar en el cuestionario realizado al mes. Sin embargo, no se encontraron grandes diferencias entre los resultados del cuestionario realizado a la semana y el realizado al mes de la sesión formativa.

PALABRAS CLAVE:

Atención primaria, hijos, formación, soporte vital básico.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. ACCIDENTES INFANTILES.

Según Towner y Scott (2008), *“En todo el mundo, las lesiones son una de las principales causas de muerte infantil, y provocan cada año cerca de 950.000 defunciones en niños y jóvenes menores de 18 años”*. De éstos, según el capítulo 1 del Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños, los accidentes no intencionales representan casi el 90%.

Dado el gran número de muertes a causa de estas lesiones en niños, en este trabajo nos centraremos en las siguientes pautas de actuación:

- Posición lateral de seguridad (PLS).
- Obstrucciones de vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).
- Paradas cardio-respiratorias (PCR).
- Desfibrilador externo semiautomático (DESA).

Como los padres y las madres son los/as responsables de la salud y el bienestar de sus hijos/as, convendría indagar en sus conocimientos sobre los primeros auxilios.

1.2. LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES.

De igual modo, Towner y Scott (2008) indican que *“las lesiones no son inevitables; pueden prevenirse o controlarse”*. Pero para ello es necesario adoptar unas estrategias de prevención:

- Prevención primaria: prevención de nuevas lesiones.
- Prevención secundaria: reducción de la gravedad de las lesiones.
- Prevención terciaria: reducción de la frecuencia y la gravedad de la discapacidad después de una lesión.

Este informe también nos indica que la cadena de supervivencia comienza en el lugar donde sucede la emergencia, y que disponer de una atención prehospitalaria inmediata y de calidad puede salvar muchas vidas después de una lesión. Además, Peden y Hyder (2008) exponen que la educación y adquisición de competencias es una estrategia básica para la prevención de accidentes.

1.3. EL PAPEL DE LOS PADRES EN LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS.

Los niños no son sólo adultos pequeños sino que son especialmente vulnerables a las lesiones (Rivara, 1995; Tamburlini, 2002). Estos se encuentran en entornos contruidos por y para adultos y es extraño que haya lugares que se hayan diseñado escuchándolos. Por ello, es imprescindible que un adulto vele por la seguridad del niño (Ward, 1990; Towner E & Towner J, 2001).

Además, *“tenemos la responsabilidad de proteger a los niños de las lesiones y la violencia. Los niños viven en un mundo diseñado para los adultos, pero tienen necesidades especiales y son más vulnerables que los adultos a ciertos factores en su entorno, lo cual los expone a un mayor riesgo de lesiones traumáticas”* (Peden & Hyder, 2008).

Teniendo esto en cuenta, y ya que los niños pasan bastante tiempo bajo la supervisión de sus padres, serán éstos quienes deberán garantizar la máxima seguridad posible durante toda su niñez.

1.4. POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS), OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE) Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP).

De acuerdo a Carmona (2013), la PLS es la postura estándar de transporte o espera del accidentado inconsciente. Colocando en posición lateral al herido se evita que los vómitos, fluidos o secreciones obstruyan las vías aéreas (Biarent et al., 2010). Debemos tener claro que se colocará a la víctima en PLS después de haber hecho un reconocimiento de los signos vitales y haber comprobado que ésta respira con normalidad.

La OVACE consiste en un taponamiento total o parcial de las vías respiratorias por ingestión de un elemento o alimento (Korta & Sardón, 2010). La Asociación Española de Pediatría indica que es muy habitual en niños (sobre todo en menores de dos años). Si la asfixia producida por la OVACE no se resuelve rápido produce una falta de oxígeno, que da lugar a la inconsciencia, seguida de una PCR y, finalmente, la muerte. Por ello, debemos tener en cuenta que tanto la prevención como una buena intervención rápida, pueden evitar que un atragantamiento trascienda en una situación más trágica.

La PCR es la interrupción brusca, y potencialmente reversible (si existe una intervención inmediata), de la respiración y circulación espontánea (Ruza, 2003). Aunque la incidencia de la parada cardio-respiratoria extrahospitalaria en niños es poco conocida, en diversos estudios se han expuesto cifras entre 2.6 y 19.7 casos anuales por 100.000 niños (Alonso, 2012). Cabe mencionar que para la reducción de daños a nivel neurológico, conviene la realización de una temprana y eficaz RCP (Heidenreich, Bonner & Sanders, 2010). La RCP es el conjunto de maniobras a realizar ante una PCR, y consiste en la realización de ciclos de 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones, precedidos ambos de 5 ventilaciones iniciales, ya que el origen de la PCR en niños acostumbra a ser respiratorio. En el caso de personal especializado en pediatría, los ciclos de compresiones serán de 15 y no de 30 (Biarent et al. 2010). Existen muchos factores que disminuyen la voluntad de los testigos para iniciar la RCP, incluyendo el pánico, el miedo a contraer enfermedades, el temor a provocar daño en las víctimas o la realización incorrecta de la RCP (Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar, 2010). Por ello, proporcionar formación en RCP a la población en general aumentaría la intención de intervenir en la RCP.

Finalmente, en materia de DESA, según Koster et al., (2010), es un aparato totalmente seguro que puede ser utilizado por cualquier persona sin correr peligro alguno. Además, la combinación del uso de desfibrilador con las maniobras de RCP por testigos salvan vidas (Biarent et al. 2010). Otro dato digno de mención es que,

tras una PCR extrahospitalaria, la resucitación cardiopulmonar con desfibrilación en los 3-5 primeros minutos tras el paro pueden conseguir unas tasas de supervivencia del 49-75% (Valenzuela et al., 2000).

Por tanto, el objetivo de este trabajo fue estudiar el nivel de conocimientos que poseen los padres y las madres de niños y niñas en edades comprendidas entre 3-6 años en materia de primeros auxilios.

2. MÉTODO.

2.1. MUESTRA

Para esta investigación se contó con la participación de cinco padres y catorce madres cuyos hijos/as cursan la etapa de infantil en un Centro de Educación Infantil y Primaria de la comunidad de Navarra. Se celebró una reunión dirigida a todos los/las padres/madres para informarles sobre el estudio a la que asistieron un total de veintidós. Después, se les entregó una solicitud de aceptación que deberían rellenar quienes quisieran participar en la investigación. Se recibieron veintiún consentimientos, pero finalmente fueron diecinueve los participantes que conformaron la muestra del estudio.

2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Una vez seleccionada nuestra muestra se les entregó un cuestionario denominado cuestionario inicial (C-IN). Posteriormente, se celebró una sesión formativa de una hora y media de duración a la cual asistieron 12 madres. Esta clase fue impartida por cuatro enfermeras, quienes expusieron contenidos teórico-prácticos sobre primeros auxilios. Una semana después, nuestra muestra realizó el cuestionario intermedio (C-INTER), y, finalmente, pasado un mes desde el cuestionario intermedio realizó el cuestionario final (C-F).

2.3. INSTRUMENTACIÓN.

El cuestionario fue creado partiendo de los utilizados en las investigaciones de Kanstad, Nilsen y Frediksen (2011) y de Mpotos, Vekeman, Monsieurs, Derese y Valcke (2013). Una vez elaborado el cuestionario, fue revisado por enfermeros y expertos en socorrismo y soporte vital básico de los grupos de investigación de Rendimiento y Motricidad del Salvamento y Socorrismo y Grupo de Investigación en Actividades Acuáticas y Socorrismo de las Universidades de Vigo y A Coruña, respectivamente.

En la Tabla 1 se presenta el contenido así como la estructura del mismo.

Tabla 1. Estructura del cuestionario

Bloque I. Datos personales	Género Profesión Estudios Hijos mayores de seis años
Bloque II. Valoración de su nivel de primeros auxilios	Preguntas sobre la posesión de conocimientos en primeros auxilios o las razones por las que no se tiene formación según sea el caso.
Bloque III. Opiniones	Consideraciones acerca de quién debería poseer conocimientos en primeros auxilios.
Bloque IV. Actuación ante persona inconsciente	Supuestos a resolver ante una persona inconsciente
Bloque V. Realización de RCP	Preguntas sobre el protocolo de RCP en niños
Bloque VI. Obstrucción vía aérea	Preguntas sobre el protocolo de actuación ante una OVACE
¿Le gustaría realizar cursos de primeros auxilios en un futuro próximo?	Pregunta añadida en el cuestionario intermedio

Se ha considerado conveniente alterar el orden de las respuestas en las preguntas del cuestionario final teniendo en cuenta que la memoria visual podría interferir en la realización de este último cuestionario. Creemos que esta idea es importante ya que diversos autores como Kelly (1982) indican que mediante este tipo de memoria sensorial, las personas retienen lo que visualizan, por lo que lo memorizan para, posteriormente, reproducirlo de manera mecánica sin atender a su significado.

3. RESULTADOS.

Se contó con una mayor participación por parte de las madres tal y como se muestra en la Figura 1.

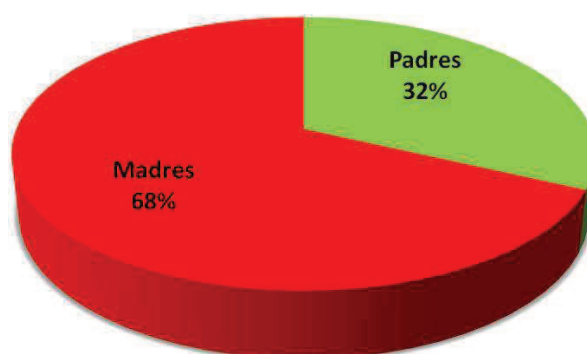


Figura 1. Porcentajes de participación según género.

Según el C-IN, más de la mitad de los participantes (52,6%) considera que tiene conocimientos en materia de primeros auxilios. El 89% de las personas que dice no tener conocimientos sobre primeros auxilios indican que su razón principal es que no se lo habían planteado. Por otro lado, el 11% restante expone que no saben dónde asistir a un curso.

Sin embargo, a pesar de que muchos padres y madres no tengan conocimientos en primeros auxilios, un 94,7% considera que todos los padres/madres deberían tenerlos. Además, más de la mitad de la muestra considera que todo el mundo debería tener nociones básicas de primeros auxilios, independientemente de pertenecer a los servicios sanitarios o de emergencias.

En el bloque IV (actuación ante una persona inconsciente) se muestra que un 15,8% de los participantes no sabrían qué hacer ante una persona inconsciente (tabla 2). No obstante, también es destacable que un 57,9% habrían actuado correctamente. Además, se observa que en el C-INTER existe un aumento considerable de personas que habrían actuado correctamente. Aumento que se mantiene en el C-F.

Tabla 2. Respuestas a las preguntas del bloque IV divididas en cuestionarios y expresadas en porcentajes.

Preguntas	Porcentajes		
	C-IN	C-INTER	C-F
Usted está sólo/a y se encuentra ante un/a niño/a aparentemente sin vida, ¿qué hace?			
Inmediatamente empiezo las compresiones torácicas	0	0	0
Compruebo nivel de consciencia, apertura de vías aéreas y respiración	57,9	84,2	84,2
Compruebo el pulso	26,3	15,8	15,8
No sé	15,8	0	0
Resulta que esa persona respira pero no responde a estímulos verbales, ¿qué hace?			
Inmediatamente empiezo las compresiones torácicas	0	5,3	0
Pongo a la persona en posición lateral de seguridad y llamo a la ambulancia	68,4	94,7	100
Compruebo el pulso	10,5	0	0
No sé	21,1	0	0

Como se aprecia en la Figura 2, se produce un aumento del 34% en la respuesta correcta en la parte de la muestra que ha asistido a la charla. De este modo, la totalidad de este grupo ha respondido correctamente.

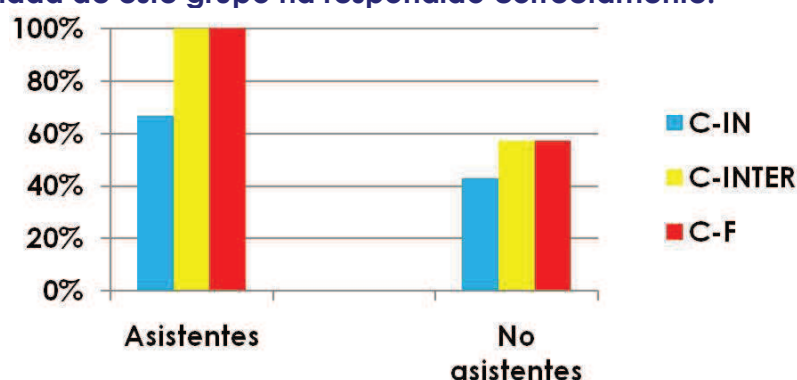


Figura 2. Comparación de respuestas correctas a la pregunta "Usted está sólo/a y se encuentra ante un/a niño/a aparentemente sin vida, ¿qué hace?"

En la Figura 3 se muestran los resultados a la pregunta “¿Sabría realizar una reanimación cardiopulmonar?”. Respecto a los participantes que asistieron a la charla, el porcentaje de personas que contestó “Sí”, aumenta considerablemente.

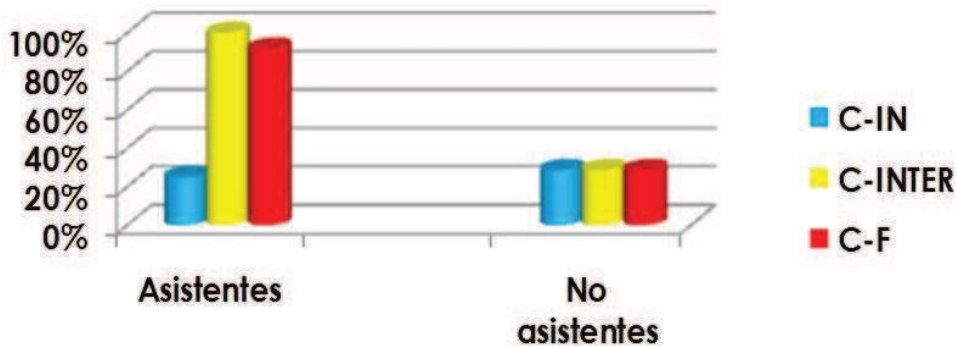


Figura 3. Comparación de respuestas correctas a la pregunta “¿Sabría realizar una reanimación cardiopulmonar?”

Sin embargo, se deben interpretar estos resultados con cautela. Una persona puede afirmar saber realizar el protocolo de forma correcta, pero no ser así. En las Figura 4 y 5 pueden apreciarse los resultados de las preguntas referentes al protocolo de actuación de una RCP en niños, en personas asistentes y no asistentes a la sesión formativa respectivamente.

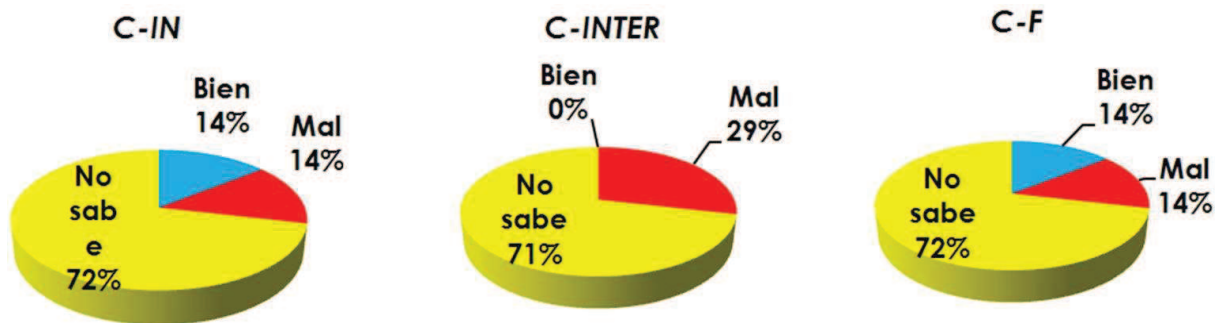


Figura 4. Respuestas correctas a la pregunta “Describe brevemente cómo realizaría la reanimación cardiopulmonar en un niño de 4 años”. Personas asistentes

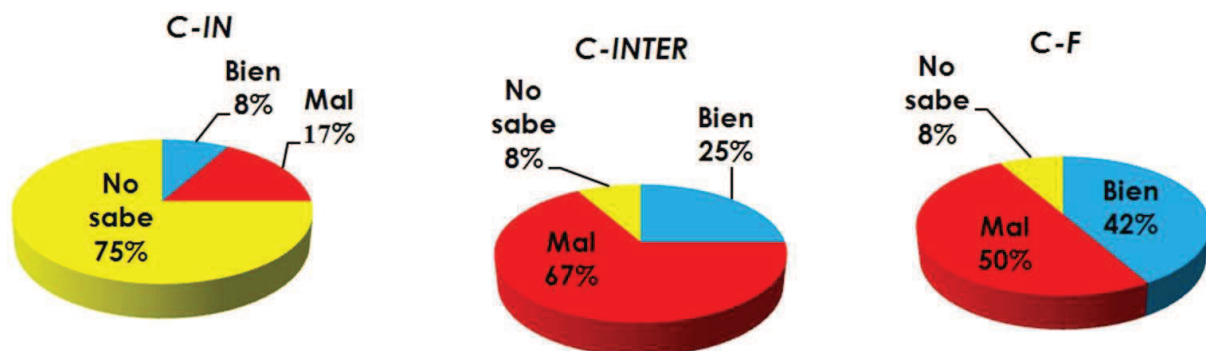


Figura 5. Respuestas correctas a la pregunta “Describe brevemente cómo realizaría la reanimación cardiopulmonar en un niño de 4 años”. Personas no asistentes

Como se puede observar en la Figura 4, existe un aumento del número de participantes que responden de forma correcta, pero también el número de padres que responden de forma incorrecta. Sin embargo, de todos los que responden mal, un 87,5% tiene pequeños fallos en cuanto a número de ventilaciones iniciales. Todos ellos utilizan un ratio de 30 compresiones y 2 ventilaciones, cometiendo únicamente el error de realizar 2 insuflaciones iniciales en vez de 5, o en su defecto, ninguna. Por tanto, en el peor de los casos, esas personas intervendrían (aunque no con el protocolo correcto al cien por ciento). Considerando la peor RCP como la que no se hace, un total del 92% de los asistentes intervendrían ante una parada cardiorrespiratoria sin poner en peligro la integridad de la víctima.

En cuanto al manejo del DESA, las personas asistentes a la sesión formativa consideran que sabrían utilizarlo, observándose un aumento del 67% entre C-IN y los cuestionarios intermedio y final.

En el último bloque, referido a la OVACE, el 57,89% cree que sabría cómo actuar ante una obstrucción de vía aérea, frente al 10,5% que no sabría aunque alguna vez ha escuchado hablar de ello. El 31,6% ni saben cómo actuar ni nunca han oído hablar de ello. Este último dato es alarmante ya que recordemos que la obstrucción de vía aérea es muy frecuente en niños pequeños y los participantes tienen hijos/as en edades de riesgo.

De todas formas, aunque el 57,9% dice saber cómo actuar, en la pregunta 14 se pone de manifiesto que tan sólo el 27% lo haría correctamente.

En la Figura 6 se muestran los porcentajes de respuestas correctas ante el protocolo de actuación ante una OVACE en función de si se asistió o no a la formación. Puede apreciarse que existe un aumento considerable de respuestas correctas entre las personas asistentes.

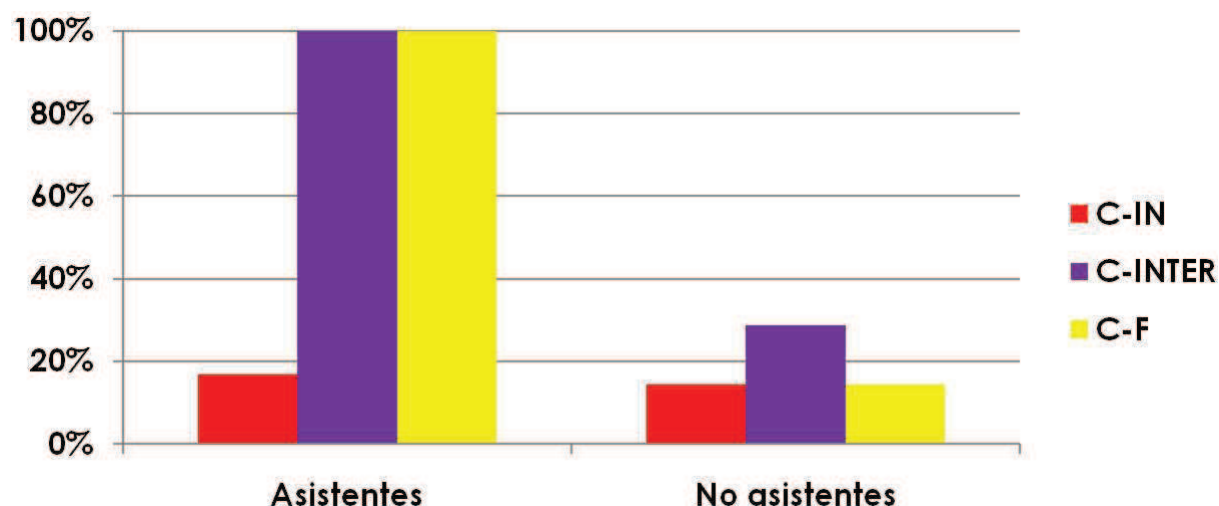


Figura 6. Comparación de respuestas correctas a la pregunta “¿Cómo revertiría un atragantamiento? Pasos a seguir en niños”

4. DISCUSIÓN

En primer lugar, debemos recordar por qué hemos otorgado tanta importancia al conocimiento de primeros auxilios en este grupo de población en concreto y en la población en general. Con respecto a la parada cardíaca, por ejemplo, tenemos que ser conscientes de que tan sólo disponemos de tres a cinco minutos para realizar una primera intervención con técnicas de RCP (Pearn 2000; Uray et al., 2003). Cobra, por tanto, gran importancia la intervención de los primeros intervinientes ya que algunos estudios, como el de Weisfeldt et al. (2010), afirman que los servicios de emergencia tardan una media de 3 a 5 minutos en aparecer en el lugar del accidente. Por otro lado, Koster et al. (2010), en las guías de resucitación cardiopulmonar, afirman que la ambulancia tarda entre 5 y 8 minutos en llegar tras la llamada de emergencia. Adelborg, Dalgas, Grove, Jørgensen, Al-Mashhadi y Løfgren (2011) exponen que los servicios de emergencia tardan hasta 20 minutos, si bien este tiempo depende de diferentes factores.

Siendo de gran importancia la temprana actuación, ¿realmente el personal ajeno a las emergencias o gente de a pie posee los conocimientos necesarios para poder actuar? Algunas investigaciones como la llevada a cabo por Portero, León y Torres (2009) indican que debería fomentarse la formación en primeros auxilios en la población general, ya que de esta manera incluimos al ciudadano en la Cadena de Supervivencia.

Abrego (2006) expone que la educación es un factor determinante en la salud y que los niños mayores de 2,5 años presentan mayor riesgo de accidentes debido a que el crecimiento y desarrollo del niño le permiten exponerse a riesgos que no son equivalentes al desarrollo de sus habilidades y a su percepción de riesgo. En este estudio se concluye que la educación en la prevención de lesiones influye positivamente en las madres de niños menores de cinco años, quienes presentan un cambio de actitud positivo. Dal Santo, Goodman, Glik y Jackson (2004), muestra que las madres que supervisan a sus hijos deben reconocer situaciones de riesgo en el ambiente que se desenvuelven, pero que sólo es posible detectarlas si han recibido educación sobre los riesgos potenciales. Por ello, no sólo se debe educar a los/las padres/madres sino también a la sociedad general.

Parece ser que la educación es una vía para la prevención de accidentes. Sin embargo, hay que saber actuar en caso de que se produzca un accidente, ya que hay una amplia selección de variables difíciles de controlar. Calvo et al. (1996) exponen que, en España, la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias puso en marcha en 1986 el Plan Nacional de Difusión y Enseñanza de la RCP. A través de éste se han logrado difundir los conocimientos teóricos de la RCP mediante múltiples cursos a lo largo de toda la geografía española. En estos cursos, se realiza un apartado de RCP pediátrica, habiéndose creado en 1992 el Grupo Español de RCP pediátrica.

Aún así, en nuestro estudio se muestra que la principal razón para no tener conocimientos suficientes en primeros auxilios, fue el hecho de no haberse planteado realizar un curso. Por tanto, aunque se impartan cursos, si la gente no está concienciada de la necesidad de los mismos, difícilmente llegarán a toda la población. Algo contradictorio, cuando la mayoría de los padres y madres considera de vital importancia la formación en materia de primeros auxilios.

Otro dato relevante es que, aunque el 52,6% de los participantes afirmaban tener conocimientos de primeros auxilios, muchos de ellos no han respondido correctamente a las preguntas sobre accidentes. Este índice de acierto tan bajo puede deberse a que la formación realizada no ha sido continuada, siendo éste un factor importante para la adquisición de conocimientos (Abrego, 2006). De hecho, se recomienda hacer entrenamientos de RCP como mínimo cada seis meses, fecha a partir de la cual se considera que la maniobra empieza a ser inadecuada (Koster et al., 2010).

Es necesario incidir en este tipo de formación ya que con pequeñas acciones se puede llegar a salvar la vida de una persona que ha sufrido una PCR o una OVACE. Además, son protocolos sencillos que cualquier persona puede llevar a cabo y que con pequeños cursos se pueden llegar a adquirir. Muestra de ello son los resultados del presente estudio, en los que se puede apreciar que tras la sesión de hora y media de formación, las respuestas correctas se vieron aumentadas.

Como ya se ha comentado en los resultados, hay que interpretarlos con cautela. Los cursos de formación han de ser más extensos y detenerse en aspectos claves como la RCP. Como se observa en los resultados, el protocolo de actuación ante una PCR no ha quedado del todo claro.

A pesar de ello, se ha conseguido que un gran porcentaje de asistentes a la charla pase de no saber realizar una reanimación cardiopulmonar a describirla con pequeñas diferencias con respecto a las guías de resucitación del 2010. No obstante, creemos que es un progreso puesto que es mejor realizar una reanimación cardiopulmonar con fallos, que no realizarla. Según Kim y Kim (2012), existen diferentes maneras de realizar una reanimación cardiopulmonar y éstas se realizarán de una manera u otra dependiendo del momento en que se lleve a cabo. Por ello, podemos decir que las descripciones expuestas en los cuestionarios intermedios y finales de nuestro estudio podrían considerarse aceptables ya que, la mayoría de los asistentes, realizarían una RCP con pequeñas variaciones que no pondrían en peligro, en ningún caso, la vida de la víctima.

Para conseguir una buena formación en primeros auxilios, las guías de resucitación cardiopulmonar (2010) recomiendan incluir esta materia en el currículum escolar. En países como Noruega se lleva incluyendo estos conceptos desde 1961 y estudios como el de Kanstad, Nilsena, y Fredriksen, (2011) demuestran que los estudiantes de este país adquieren sus conocimientos teóricos sobre primeros auxilios, en la mayoría de los casos, en el colegio. Estos autores también indican que los alumnos de secundaria tienen una gran motivación por ayudar y ésta debe ser aprovechada para conseguir un aumento de supervivencia ante una parada cardíaca, incluyendo a estas personas en la cadena de supervivencia.

Con este estudio también comprobamos que, una vez realizada la charla formativa, más de la mitad de nuestra muestra afirma saber utilizar un DESA. Estos datos son importantes ya que algunos estudios como el de Jorgenson et al. (2012), nos indican que la mayoría de las paradas cardíacas ocurren en casa y que las personas que han recibido una descarga de un DESA han tenido un porcentaje mayor de supervivencia. Además, las personas incluso sin experiencia, pueden usarlo satisfactoriamente tanto en adultos como en niños y, en ningún caso el uso de un DESA ha herido o provocado ningún daño al paciente (Jorgenson et al., 2012).

Como conclusión, tras observar los resultados obtenidos en el estudio, podemos coincidir con Abrego (2006) y afirmar que es importante educar de manera urgente en la prevención de lesiones. Este autor sugiere intervenciones continuas como parte de un programa permanente de educación a la población por parte de un equipo. También señala la existencia de múltiples factores que influyen en el riesgo de lesiones; sin embargo, se ha identificado el papel que ejercen las madres/padres en el cuidado y supervisión de sus hijos como un predictor fuerte y constante.

5. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, parece que los padres y madres no tienen adquiridas nociones básicas de primeros auxilios. La formación en primeros auxilios es de vital importancia para la prevención de riesgos y la actuación ante accidentes, al igual que la formación continuada. Los accidentes infantiles podrían prevenirse formando a la sociedad en educación para la salud. Como expuso Peter Safar, considerado el padre de la reanimación cardiopulmonar actual: “Enseñar algo de técnicas de Resucitación Cardiopulmonar a muchas personas, probablemente salve más vidas que la perfección de unos pocos”.

6. REFERENCIAS

Abrego, V., (2006). *Influencia de la educación en madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de lesiones accidentales*. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de medicina, Nuevo León.

Adelborg, K., Dalgas, C., Grovec, E. L., Jorgensen, C., Al-Mashhadi, R.H., & Lofgren, B., (2011). Mouth-to-mouth ventilation is superior to mouth-to-pocket mask and bag-valve-mask ventilation during lifeguard CPR: A randomized study. *Resuscitation*. N° (82), 618–622

Alonso, J.I., (2012). *Características epidemiológicas y cronobiológicas de la parada cardio-respiratoria en Castilla y León*. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid. Facultad de medicina, Valladolid.

Recuperada de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/1115/1/TESIS195-120828.pdf>

Biarent, D., Bingham, R., Eich, C., López-Herce, J., Maconochie, I., Rodríguez-Núñez, A., Rajka, T., & Zideman, D., (2010). European Resuscitation Council: Guidelines for Resuscitation 2010 Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*. N° (81), 1364–1388

Calvo, C., Delgado, M. A., García-Castrillo, L., López-Herce, J., Loscertales, M., Rodríguez, A., & Tormo, C., (1996). La formación en reanimación cardiopulmonar pediátrica: Cursos de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica y neonatal. *Anales de Pediatría*. N° (44), 2-6.

Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-1-2.pdf>

Carmona, F.J., (2013). *Apoyo al soporte vital avanzado*. Málaga: IC Editorial.

Consejo español de resucitación cardiopulmonar. (2013). Recuperado el 14 de febrero de 2014 de: <http://www.cercp.com/>

Dal Santo, J.A., Goodman, R.M., Glik, D., & Jackson, K., (2004). Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. *J Pediatr Psychol.* N° (29), 273-283.

Heidenreich, J.W., Bonner, A., Sanders, A.B., (2010) Rescuer Fatigue in the Elderly: Standard vs. Hands-only CPR, *Journal of emergency Medicine.* N° (42), 88-92

Jorgenson, D.B., Yount, T.B., White, R.D., Liu, P.Y., Eisenberg, M.S., Lance B., & Becker, L.B., (2012). Impacting sudden cardiac arrest in the home: A safety and effectiveness study of privately-owned AEDs. *Resuscitation.* N° (84), 149-153.

Kanstad, B.K., Nilsen, S.A., & Fredriksen, K., (2011). CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation.* N° (82), 1053–1059

Kelly, W.A., (1982). *Psicología de la educación.* Madrid: ediciones Morata.

Kim, CH & Kim, GW, (2012). The efficacy of alternative cardiopulmonary resuscitation methods when compared to standard cardiopulmonary resuscitation: a simulation study. *Journal of Emergency Medicine,* 19:4

Korta, J. & Sardón, O., (2010) *Cuerpos extraños en la vía respiratoria. Protocolos de Urgencias Pediátricas.* Madrid: Ergón.

Recuperado de:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cuerpo_ext_via_aerea.pdf

Koster, R.W., Baubin, M. A., Bossaert, L., Caballero, A., Cassan, P., Castrén, M., Granja, C., Handley, A. J., Monsieurs, K. G., Perkins, G. D., Raffay, V., & Sandroni, C., (2010). European Resuscitation Council: Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation.* N° (81), 1277–1292

Mpotos, N., Vekeman, E., Monsieurs, K., Derese, A., & Valcke, M., (2013). Knowledge and willingness to teach cardiopulmonary resuscitation: A survey amongst 4273 teachers. *Resuscitation.* N° (84), 496- 500

Pearn, J., (2000). Basic life support: extending and integrating teaching in the Australian community. *Aust N Z J Surg.* N° 70(1), 3-5.

Peden, M., & Hyder, A.A., (2008). *World report on child on injury prevention: Chapter 7, Conclusions and Recommendations.* Switzerland: World Health Organization.

Recuperado de:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf?ua=1

Portero, F.J., León, P., & Torres, J., (2009). Importancia de la enseñanza de rcp-básica en el ciudadano. *Hygia de enfermería.* N° (76), 5-8.

Rivara FP. (1995) Developmental and behavioural issues in childhood injury prevention. *Journal of Developmental Behaviour Pediatrics.* N° (16), 362-370.

Ruza, F., (2003). *Tratado de cuidados intensivos pediátricos.* Madrid: Norma-Capitel Editoriales.

Tamburlini, G. (2002) *Children's special vulnerability to environmental health hazards: an overview*. Roma: Agencia Europea de Medio Ambiente

Towner, E., & Scott, I., (2008). *World report on child on injury prevention: Chapter 1, Child injuries in context*. Switzerland: World Health Organization.

Towner, E., & Towner, J., (2001). The prevention of childhood unintentional injury. *Current Paediatrics*. N° 11(6), 403-408.

Uray, T., Lunzer, A., O chsenhofer, A., Thanikkel, L., Zingerle, R., Lillie, P., (2003). Feasibility of life-supporting first-aid (LSFA) training as a mandatory subject in primary schools. *Resuscitation*. N° 59(2), 211-220.

Valenzuela, T.D., Roe, D.J., Nichol, G., Clark, L.L., Spaite, D.W., & Hardman, R.G., (2000) Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *N Engl J Med*. N° (343), 1206–1209

Ward, C. (1990). *The child in the city*. Londres: Bedford Square Press.

Weisfeldt, M.L., Sittani, C.M., Ornato, J.P., Rea, T., Aufderheide, T.P., Davis, D., Dreyer, J., Hess, E.P., Jui, J., Maloney, J., Sopko, G., Powell, J., Nichol, G., & Morrison, L.J., (2010). Evaluation in the Resuscitation Outcomes Consortium Population of 21 Million. *Journal of the American College of Cardiology*. N° 55(16), 1713- 1720.

World Health Organization (2008). *World report on child on injury prevention*. Switzerland: World Health Organization.

ANEXOS

CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDO A PADRES

*Sexo: Hombre Mujer

*Profesión: _____

*Nivel de estudios: _____

*Número de hijos que tengo mayores de seis años: 0 (), 1 (), 2 (), 3 (), Más ()

*DNI: _____

(Marca con una cruz o rellena los huecos según la pregunta y sus conocimientos)

1.	¿Posee conocimientos en primeros auxilios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", responder las preguntas número dos "2.", tres "3." y cuatro "4." Si la respuesta es "No", dejar las preguntas número dos "2.", tres "3." y cuatro "4." en blanco y continuar con la cinco "5.".		
2.	Valore sus conocimientos actuales en primeros auxilios	<input type="checkbox"/> Excelentes <input type="checkbox"/> Buenos <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Malos <input type="checkbox"/> Muy Malos
3.	¿Cuándo ha realizado su última actualización en primeros auxilios? (Puede responder varias opciones)	<input type="checkbox"/> Entre 0-3 meses <input type="checkbox"/> Entre 4-6 meses <input type="checkbox"/> Entre 7-12 meses <input type="checkbox"/> Entre 13-24 meses <input type="checkbox"/> Más de 2 años
4.	Ha recibido formación en primeros auxilios porque... (Puede responder varias opciones)	<input type="checkbox"/> Era obligatorio en el colegio/instituto/universidad... <input type="checkbox"/> Me lo exigieron en mi trabajo <input type="checkbox"/> Me parece una formación fundamental <input type="checkbox"/> Comprendí su importancia tras un grave accidente de un/a allegado/a <input type="checkbox"/> Comprendí su importancia tras un grave accidente que sufrí en el pasado <input type="checkbox"/> Comprendí su importancia después de tener hijos/as <input type="checkbox"/> Otra(s): _____ _____
Tras responder las preguntas dos "2.", tres "3." y cuatro "4.", dejar la pregunta número cinco "5." en blanco, y continuar con la número seis "6.".		
5.	Las razones por las que no tiene formación en primeros auxilios son... (Puede responder varias opciones)	<input type="checkbox"/> Poco interés <input type="checkbox"/> Poco tiempo <input type="checkbox"/> No sé dónde puedo asistir a un curso <input type="checkbox"/> Por el precio <input type="checkbox"/> No me lo había planteado <input type="checkbox"/> Otra(s): _____ _____

6.	Considera que los padres deberían tener conocimientos en primeros auxilios	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
7.	Usted está solo/a y se encuentra a un/a niño/a aparentemente sin vida, ¿qué hace?	<input type="checkbox"/> Inmediatamente empiezo las compresiones torácicas <input type="checkbox"/> Compruebo nivel de consciencia, apertura de vías aéreas y respiración <input type="checkbox"/> Compruebo el pulso <input type="checkbox"/> No sé
8.	Resulta que la persona respira, pero no responde a estímulos verbales, ¿qué hace?	<input type="checkbox"/> Inmediatamente empiezo las compresiones torácicas <input type="checkbox"/> Pongo a la persona en posición lateral de seguridad y llamo a una ambulancia <input type="checkbox"/> Compruebo el pulso <input type="checkbox"/> No sé
9.	¿Sabe realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero he oído hablar de ello <input type="checkbox"/> No, y nunca he oído hablar de ello
<p>Si la respuesta es “Sí”, responder las preguntas número diez “10.” y número once “11.”. Si la respuesta es “No”, dejar las preguntas diez “10.” y once “11.” en blanco y continuar con la número doce “12.”.</p>		
10.	Describa brevemente cómo realizaría la reanimación cardiopulmonar en un niño de 4 años	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11.	La profundidad y el ritmo al que tengo que realizar las compresiones a un niño de seis años...	<input type="checkbox"/> 4-5 centímetros y 90-110 compresiones/min <input type="checkbox"/> 5-6 centímetros y 100-120 compresiones/min <input type="checkbox"/> 4-5 centímetros y 100-120 compresiones/min <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No sé
12.	Un desfibrilador automático/semiautomático...	<input type="checkbox"/> Sé para qué sirve, pero no sé usarlo <input type="checkbox"/> Sé para qué sirve y sé usarlo <input type="checkbox"/> No sé usarlo, pero he oído hablar de ello <input type="checkbox"/> Nunca he oído hablar de ello

13.	Sabría actuar ante un atragantamiento (obstrucción de vía aérea completa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero he oído hablar de ello <input type="checkbox"/> No, y nunca he oído hablar de ello
Si la respuesta es “Sí”, responder la pregunta número catorce “14.”. Si la respuesta es “No”, dejar la pregunta catorce “14.” en blanco y responder la número quince “15.”.		
14.	Cómo revertiría un atragantamiento (protocolo de desobstrucción de vía aérea). Pasos a seguir en niños:	<input type="checkbox"/> Animar a toser – palmadas intraescapulares – compresiones abdominales – RCP <input type="checkbox"/> Maniobra de Hemlich (compresión abdominal) <input type="checkbox"/> Maniobra de Hemlich y RCP en caso de que sea necesario <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No sé
15.	Considero que la realización de primeros auxilios... (Puede responder varias opciones)	<input type="checkbox"/> Es exclusivamente cosa de servicios sanitarios o personal cualificado como socorristas, bomberos o policías... <input type="checkbox"/> Debería conocer las nociones básicas toda persona que tenga/trabaje con niños/as <input type="checkbox"/> Es útil, nunca sabes en qué momento puedes precisar de esta formación <input type="checkbox"/> Todo el mundo debería tener nociones básicas de primeros auxilios <input type="checkbox"/> Otra(s): _____ _____

Fecha de recepción: 10/5/2014
Fecha de aceptación: 01/07/2014