



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ**

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de kinesiología**

**CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PRE HOSPITALARIOS EN DOCENTES Y
PARADOCENTES VINCULADOS A TRES ESTABLECIMIENTOS DE LA ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE ESTACIÓN
CENTRAL**

**SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
KINESIOLOGÍA**

**ALUMNOS: NATHALY ESPINOSA
EVELYN ORMAZÁBAL**

DOCENTES GUÍA: SERGIO ACUÑA V.

SANTIAGO DE CHILE, JULIO 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ**

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de kinesiología**

**CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PRE HOSPITALARIOS EN DOCENTES Y
PARADOCENTES VINCULADOS A TRES ESTABLECIMIENTOS DE LA ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE ESTACIÓN
CENTRAL**

**SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
KINESIOLOGÍA**

Nathaly Patricia Espinosa Massabó, Evelyn Catalina Ormazábal Macheo

| | Nota | Firma |
|--|----------------------|----------------------|
| Docente guía: Sergio Acuña V. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Docente corrector 1: Cristian Aravena D. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Docente corrector 2: Gustavo López | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

AUTORIZACIÓN PARA LA PRODUCCIÓN DE TESIS

Ninguna parte de esta tesis puede reproducirse o transmitirse bajo ninguna forma o por ningún medio o procedimiento, sin permiso por escrito del autor.

FECHA _____

FIRMA

DIRECCIÓN

TELÉFONO – E-MAIL

**CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PRE HOSPITALARIOS EN DOCENTES Y
PARADOCENTES VINCULADOS A TRES ESTABLECIMIENTOS DE LA ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE ESTACIÓN
CENTRAL**

Sergio Acuña V. Kinesiólogo, Magister en Fisiología Clínica del Ejercicio, Magister en
kinesiología Gerontológica y Geriátrica, Diplomado Oncología.
Profesor Guía

Cristian Aravena D.
Profesor Corrector

Gustavo López
Profesor Corrector

DEDICATORIA

“Dedicado a cada una de las personas que ha estado presente durante estos años de carrera, los que creyeron en mis sueños, como mi madre Trinidad Massabó y mi padre Patricio Espinosa, sin dejar a fuera a mi ángel Trinidad Molina mi abuela que partió poco tiempo antes de terminar este proceso. Por otro lado agradecer también a quien ha sido mi pareja durante estos años, Pablo Hernández que ha sido un pilar fundamental en mi vida tanto en lo profesional como en lo espiritual”.

Nathaly Espinosa Massabó

“Durante estos años de estudio, quisiera agradecer primeramente a Dios por todo lo que me ha puesto en mi camino, mi familia quienes siempre han creído en mí, mi tata Manuel Ormazábal que desde el cielo sé que me sigue acompañando y mi marido Juan Luis Ayala, quien ha sido fundamental en mi vida y me ha apoyando incondicionalmente en mi formación profesional”.

Evelyn Ormazábal Macheo.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradecer a cada una de las personas que estuvieran dispuestas a colaborar en este proyecto, a los colegios que participaron, docentes y paradocentes que se hicieron el tiempo para aportar con este pequeño grano de arena que para nosotras es indispensable para poder terminar este proceso de estudio de manera satisfactoria.

También no dejar de mencionar a los docentes de la Universidad Católica Silva Henríquez, por cada uno de los conocimientos que se nos ha entregado mediante han pasado los años de carrera, el apoyo que de aquellas personas que sin interés alguno han estado en los momentos que se ha requerido de ellos.

Mencionar a nuestro profesor Guía Sergio Acuña, que sin el apoyo y la constante motivación que recibimos a diario, esta instancia su hubiese tornado más lejana en nuestra carrera.

Y por último, a todas aquellas personas que de una u otra manera han estado presentes en esta tesis. Que sin los conocimientos que ellos nos han entregado y se han visto dispuestos a entregarnos todo hubiese sido más difícil.

A todos las personas que nos apoyaron y ayudaron en todo esto, infinitos agradecimientos.

Contenido

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 3 |
| OBJETIVOS | 3 |
| 1.5 HIPÓTESIS | 3 |
| 2.1.- ¿QUÉ SON LOS PRIMEROS AUXILIOS? | 4 |
| 2.1.1.- Etimología..... | 4 |
| 2.1.2. ¿Qué es un accidente? | 4 |
| 2.1.3. Historia de primeros auxilios | 4 |
| 2.1.4. Situación actual | 6 |
| 2.2. PRINCIPALES MANIOBRAS EN PRIMEROS AUXILIOS. | 7 |
| 2.2.1. PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR)..... | 7 |
| 2.2.2.- LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)..... | 7 |
| 2.2.3. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA (OVACE)..... | 9 |
| MANIOBRA DE HEIMLICH..... | 9 |
| 2.2.4. QUEMADURA | 10 |
| 2.2.5. TRAUMA | 12 |
| 2.2.6. FRACTURA | 14 |
| 2.2.7. ESGUINCE | 15 |
| 2.2.8. HEMORRAGIA | 15 |
| CAPITULO Nº III. MARCO METODOLÓGICO | 17 |
| 3.1. Técnica de recolección de datos..... | 17 |
| 3.2. Universo y muestra..... | 18 |
| Tabla 1.- Establecimiento y numero de encuestados..... | 19 |
| 3.3. Modo de análisis..... | 19 |
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS | 20 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES | 30 |
| CAPITULO VII: BIBLIOGRAFÍA | 31 |
| CAPITULO VII: ANEXOS | 33 |
| 8.1.- CARTA DE PRESENTACIÓN | 33 |
| 8.2.- ENCUESTA Y TEST DE PRIMEROS AUXILIOS | 34 |
| 8.3.- CONSENTIMIENTO INFORMADO | 39 |

RESUMEN

Según la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, alrededor de 180 mil accidentes se registran al año, debido al incremento de la extensión de la jornada de clases y la falta de control de muchos colegios sobre sus alumnos. (Palavecino B. Tamara, 2005). Frente a este panorama, nuestro objetivo principal apunta a crear una línea investigativa en el área educacional de nuestro país, mediante la identificación de los niveles de formación en cuanto a los conocimientos básicos de atenciones pre-hospitalarias (primeros auxilios) y con ello saber si se encuentran capacitados para actuar frente a situaciones y/o accidentes que se puedan presentar en su entorno laboral.

Esto se realizó a través de un cuestionario con tres ítems donde se abordan los temas de infraestructura, conocimiento y percepción que señalan los docentes y paradocentes.

Nuestros resultados muestran las insuficiencias que poseen los docentes y paradocentes en los conocimientos sobre los primeros auxilios. También pone en manifiesto la escasa actuación que se tiene sobre el tema, al no poseer infraestructura, insumos y capacitaciones adecuadas para abordar una emergencia. Donde creemos que puede ser resuelta mediante la capacitación en esta materia incluyendo temas relacionados.

INTRODUCCIÓN

Con lo que respecta en la línea educativa, en concreto los alumnos (as) son un grupo de riesgo propenso a sufrir cualquier tipo de accidentes independiente la edad y la infraestructura de los establecimientos, los motivos son la hiperactividad, la búsqueda de desafiar los límites que impone el establecimiento y la curiosidad que en ocasiones conlleva a involucrarse en situaciones peligrosas poniendo en riesgo su integridad física y la de sus compañeros. Los accidentes tienen repercusión en el plano físico y psíquico, pudiendo de alguna manera reducir la calidad de vida de los afectados pudiendo producir una incapacidad o la muerte y afectando directamente a los familiares. (Kaempffer, 1959).

El manejo básico de los Primeros Auxilios es esencial dentro de la comunidad docente para poder actuar de manera correcta frente a este tipo de situaciones, la toma de decisiones, evaluación de riesgos y manejo de maniobras, son fundamentales a la hora de pretender aumentar la pronta recuperación de quien padece de un accidente. (Kaempffer, 1959).

Los accidentes constituyen un motivo de preocupación creciente a lo largo del mundo, tanto por el número creciente de muertes, lesiones, invalidez y pérdida económica, como por una predilección por la gente joven. Representando la primera causa de muerte en la población chilena entre 10 y 44 años. (Kaempffer, 1959)

En nuestro país no se hace alusión la población escolar, percibiendo la necesidad de estratificar más información respecto a este tema, y la escasez de estudios, donde hay pocas reseñas que hayan utilizado la población escolar como fuente de datos (Kaempffer, 1959)

Creemos importante mejorar la respuesta de atención por parte de los docentes y la comunidad educativa en general, queremos dejar un precedente de la realidad del manejo de las técnicas de Primeros Auxilios, que con el tiempo sabemos necesitan volver a ser repasadas debido a los constantes cambios que se van generando en cuanto a los procedimientos se tratar.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los accidentes constituyen un motivo de preocupación a lo largo del mundo, tanto por el número creciente de muertes, lesiones, invalidez y pérdida económica. Representando la primera causa de muerte en la población chilena entre 10 y 44 años. La información disponible muestra a Chile con la mortalidad más alta del mundo por causas violentas entre 32 países que publican datos de calidad; Se producen 6.000 defunciones que corresponden a un 7 % del total y una tasa aproximada de 80 por 100.000 habitantes; solamente el Servicio Nacional de Salud necesita ingresar cada año a sus establecimiento 37.000 accidentados suficientemente grave como para requerir internación, equivalente a un 7 % de las hospitalizaciones totales de estas instituciones. (Kaempffer, 1959)

Las lesiones producidas son principalmente heridas y contusiones en un 20 % se registraron alteraciones graves; un 40% de los accidentes no recibieron atención. (Kaempffer, 1959)

En nuestro país, la investigación ha abordado los aspectos generales, los problemas de tránsito, del trabajo y últimamente la mortalidad atendida en servicio de urgencia. Pero no se hace alusión la población escolar, percibiendo la necesidad de estratificar más información respecto a este tema, y la escasez de estudios, donde hay pocas reseñas que hayan utilizado la población escolar como fuente de datos. (Kaempffer, 1959)

Otras de las inquietudes abordadas en los primeros auxilios es el Paro Cardiorespiratorio donde las cifras de enfermedades no transmisibles denotan que van en aumento. Según los datos del Ministerio de Salud, en Chile para el 2003 las personas obesas alcanzaban 6.8 millones, cifra que se vio aumentada para el año 2010, llegando a 8.9 millones de personas. Además las estadísticas destacan que en nuestro país el 22.3 % de los niños de pre kínder son obesos, el 23,6% de kínder, y el 25,3 de primero básico. Siendo un preponderante a sufrir enfermedades de las arterias coronarias, entre otros padecimientos. (Irayma Cazull Imbert, 2007)

El 50% de las muertes por infarto agudo del miocardio ocurren en el domicilio o en vía pública. La tasa de sobrevivencia de estas personas asistidas en el medio extra hospitalario sigue siendo baja- inferior al 20% y sólo un pequeño porcentaje logra recuperarse sin secuelas y reincorporación plenamente a la sociedad. El 60% de las muertes por trauma ocurren en la etapa pre hospitalario. Por este motivo la American Heart Association considera que la comunidad es la primera unidad coronaria y la primera unidad de cuidados intensivos para las personas que sufren otras emergencias. (Irayma Cazull Imbert, 2007)

Es por ello la importancia y la necesidad de actuar en centros educacionales, apuntando a una población que está en desarrollo con grandes incidencias a

enfermedades y expuestos a sufrir eventuales accidentes traumáticos, y poder ser atendido en el tiempo adecuado, siendo fundamental la capacitación y el entrenamiento en primeros auxilios a la población.

Sin bien de modo colectivo se percibe la necesidad e inquietud que tiene la población de sentirse capacitada para enfrentar una emergencia, no hay un actuar frente a las carencias, además a nivel país no hay mayor bibliografía de la situación real en los establecimientos escolares, que es donde gran parte de accidentes ocurren sin un abordaje óptimo.

Es por ello que nuestra tesis busca hacer énfasis en una problemática, que se discuta y ponga en evidencia la necesidad de tomar participación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En base a lo anterior, cabe preguntarse:

¿Cuál son los conocimientos en cuidados pre- hospitalarios (primeros auxilios) de la población docente y paradocente de los colegios vinculados a la Ilustre Municipalidad de Estación Central?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar cuáles son los conocimientos de los en cuidados pre- hospitalarios en docentes y paradocentes de los colegios vinculados a la Ilustre Municipalidad de Estación Central

Objetivos específicos

Identificar cuáles son las condiciones generales para el abordaje frente a una emergencia escolar en los establecimientos educacionales de la comuna de Estación Central.

Cuantificar el nivel de conocimientos que tienen docentes y paradocentes para afrontar problemas pre- hospitalarios.

Identificar la promoción institucional en la adquisición de conocimientos en cuidados pre- hospitalarios.

1.5 HIPÓTESIS

En la actualidad, la población docente y paradocente de los colegios vinculados a la Ilustre Municipalidad de Estación Central, presenta un nivel de conocimiento adecuado de formación en el área de los Primeros Auxilios.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- ¿QUÉ SON LOS PRIMEROS AUXILIOS?

2.1.1.- Etimología

La palabra “primero” viene del latín primarius y significa “en primera posición”. Sus componentes léxicos son: primus (primero), más el sufijo –ero (pertenencia).

Por otra parte, primero, es aquello que precede a los demás de su especie en tiempo, lugar, situación, clase o jerarquía. (Merino, 2011)

La palabra “auxilio” viene del latín auxiliium, palabra cuya formación es discutida. Pero en general se admite un alargamiento en s de la raíz de augere (aumentar, incrementar), y una formación intermedia de un adjetivo desusado auxiliis, “el que puede aumentar o aportar una ayuda”, a partir del cual, con un sufijo- ium de resultado, se formaría la palabra auxiliium. Siendo así, palabras como auge, autor, autoridad, etc., tendrían la misma raíz. (Felipe IV, 2016).

Es un concepto que se usa para nombrar al socorro, amparo o ayuda que se brinda a alguien. Se trata de una asistencia que se presta o que se solicita ante una situación de riesgo.

Definición

En definitiva los primeros auxilios: Son todas las acciones, medidas o actuaciones que se realizan en el lugar del accidente y permiten la atención inmediata del afectado con material improvisado hasta la llegada del personal especializado.

No son tratamientos médicos, sino acciones de emergencia. El objetivo principal es proporcionar cuidados que beneficiaran a la persona antes del tratamiento definitivo. (Rodríguez, 2011)

2.1.2. ¿Qué es un accidente?

Un accidente se define como un hecho eventual e involuntario que puede provocar daño en las personas (Real Academia Española, 2010). Se estima que en el mundo se producen anualmente más de dos millones de accidentes de distinta naturaleza y gravedad. (Rodríguez, 2011)

2.1.3. Historia de primeros auxilios

El primer servicio de atención prehospitalaria de urgencias profesional fue estructurado a instancias del emperador Napoleón Bonaparte en Europa durante la

expansión del imperio. Delegó a su médico Dominique Larrey la responsabilidad de coordinar lo que se llamó el sistema de ambulancias volantes, que no eran más que carretas tiradas por caballos que transportaban heridos. (Mar., 2009)

La gran cantidad de hechos bélicos en el viejo continente durante esa época, propició la formación de otros sistemas en diferentes países. Durante la guerra de Crimea la idea del barón Henri Dunant, que en 1864 sería el fundador de la Cruz Roja Internacional con el objetivo inicial de “mejorar la suerte de los heridos en el campo de batalla” (Mar., 2009).

Hacia 1913 estalla la Primera Guerra Mundial y con ella, la posibilidad de ensayar nuevos métodos terapéuticos para la atención de víctimas en masa. (Mar., 2009)

En 1966, el Dr. Robert Adam Cowley y sus colaboradores, desarrollaron en el Centro Médico de la Universidad de Bethesda en Maryland USA, un estudio estadístico donde se correlacionan la supervivencia de pacientes críticos con el tiempo de respuesta de la atención profesional. En un medio donde las ambulancias no eran otra cosa que camionetas; con focos de colores y tripulantes transportadores de cuerpos, el tiempo de respuesta de atención profesional se alargaba considerablemente, dando como resultado tasas elevadas de mortalidad. Cuando estos resultados se compararon con los obtenidos en situaciones en las que por alguna razón el tiempo de respuesta fue más breve, la diferencia en la sobrevivencia de los pacientes fue abismal. Encontraron que la piedra angular de la solución, era disminuir el tiempo de respuesta profesional hasta una hora, la cual contaba desde el inicio del evento hasta que el paciente recibe la atención definitiva en el hospital. (Mar., 2009).

Mediante comienzan a pasar los años se propuso generar una circular para crear personal no médico que se hiciera cargo del actuar frente a urgencias médicas con versatilidad para desempeñarse en estas áreas. A principios de los setenta, la Sociedad Americana del Corazón (AHA) y la Cruz Roja Americana (ARC) propusieron difundir a la población en general las técnicas para activar el servicio de urgencia de manera eficaz, identificar y tratar la obstrucción de la vía aérea y RCP. (Fernando Román Morales, 1996).

Con lo que respecta a la historia de la Cruz Roja en Chile, esta es una institución esencialmente voluntaria e independiente tanto en el orden público, administrativo y religioso. Fue fundada en 18 de diciembre de 1903 en la austral ciudad de Punta Arenas, como “Cuerpo de Salvavidas y Guardias de Propiedad, por iniciativa de Vittirio Cuccuini Nanneli, de nacionalidad italiana. Allí, junto a un grupo de chilenos e inmigrantes de diferentes nacionalidades, crearon lo que más tarde sería Cruz Roja Chilena. (Cruz Roja Chilena, 2013).

En 1910 se crearon las primeras filiales en Tocopilla y Valparaíso. Al estallar la Primera Guerra Mundial en 1914, el comité Internacional de la Cruz Roja formuló un

llamado para que en cada país se organizara sociedades nacionales de acuerdo a las disposiciones de las convenciones de Ginebra. Es así como el 13 de octubre de ese año nació la “Cruz Roja de las Mujeres de Chile”. María Luisa Torres fue la primera en formular voluntarias en el campo de enfermería, fundando filiales en todo el país. En la actualidad la Cruz roja cuenta con 166 filiales en todo el país. (Cruz Roja Chilena, 2013).

2.1.4. Situación actual

En la población chilena, los traumatismos y accidentes son la cuarta causa de muerte, siendo un fenómeno que predomina en jóvenes y en sexo masculino. Los accidentes son una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil. La mayoría de las lesiones y muertes por accidentes se producen en el hogar, calles y/o colegios.

Un alto porcentaje de las consultas en los servicios de urgencia pediátricos corresponden a lesiones derivadas de accidentes ocurridos en los establecimientos educacionales a los que acuden los pacientes o durante alguna actividad relacionada con la jornada escolar. Según la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana (RM), alrededor de 180 mil accidentes escolares se registran al año. Ello se debe principalmente a que en los últimos años se ha producido en el país un importante incremento en el número de estudiantes lesionados en los recintos académicos, en el trayecto a ellos y actividades oficiales realizadas fuera de dichos centros. Este crecimiento se debe fundamentalmente a la extensión de la jornada de clases y la falta de control de muchos colegios sobre sus alumnos. Solo en la RM se registraron 72 mil casos al año, aproximadamente, cifra que representa cerca del 40% de los casos nacionales. Cerca del 70 % de los accidentes estudiantiles en Chile se producen en los patios y en las clases de educación física, mientras que un 10% corresponde a accidentes en escaleras, salas y baños de los establecimientos. Los grupos más afectados se encuentran estudiantes entre 10 y 14 años de edad, con cerca de un 40% de los casos. Luego vienen el que agrupa a estudiantes entre 15 y 19 años de edad con un 25 %. (Palavecino B. Tamara, 2005).

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 años. De todos los accidentes infantiles, el 15 % ocurre en centros escolares, que es el espacio donde el niño y niña pasa gran parte de su tiempo y donde además realiza actividades físicas, como juegos y deportes, que implican riesgo. Los 10 accidentes más comunes son: caídas, choques y colisiones, cortés, daño muscular por sobreesfuerzo, quemaduras, pinchazos, mordeduras, picaduras, heridas corto punzante y envenenamientos. Todo accidente tiene una causa, por consecuencia todos son prevenibles. (Carmen Estrada Ballesteros).

Sin embargo, en el país desde el 12 de mayo de 1972 existe un seguro escolar gratuito que protege a las víctimas de accidentes ocurridos en cualquier establecimiento del país o en el trayecto de ellos. (Decreto Supremos N° 313, 1973).

2.2. PRINCIPALES MANIOBRAS EN PRIMEROS AUXILIOS.

2.2.1. PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR)

Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. (Dr. Pedro E. Nodal Leyva, 2006).

2.2.2.- LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Comprende un conjunto de maniobras encaminada a revertir el estado de PCR (Paro Cardiorespiratorio), sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la respiración y circulación espontánea. (Dr. Pedro E. Nodal Leyva, 2006).

Historia de RCP básica

La primera RCP con éxito aparece en la Biblia en el libro de Génesis (II Reyes 17:17-22), donde se relata cómo el profeta Eliseo salvó a un niño que tras comenzar con un fuerte dolor de cabeza cayó muerto al suelo y lo resucitó. La secuencia de reanimación descrita fue: “el pulso su boca sobre la suya, sus ojos en ojos, manos en sus mano, se tumbó sobre él y su cuerpo entró en calor, se levantó y anduvo por la casa, volvió y se acercó a él entonces el niño estornudó siete veces y abrió los ojo” algunos autores refieren que es la primera descripción de la ventilación boca a boca. Algunos autores refieren que 3000 a.C, en Japón y China, se desarrolló el “Arte o método de “Kuatsu Tsubo” significa “punto de aplicación de la maniobra reanimadora”.

En 1958 se produce la revolución cuando Peter Safar demuestran que la ventilación boca a boca era el mecanismo efectivo.

En 1960 Jude James publicaron que la compresión del pecho mediante las manos se conseguía una adecuada circulación artificial y lo más importante fue la afirmación de que “cualquier persona, en cualquier lugar, ahora puede iniciar resucitación cardiaca, todo lo que necesita son sus mano”. En 1961 Peter Safar, profesor de Anestesiología, demostró la efectividad de la combinación de aire espirado mediante la “ventilación boca a boca” y el “masaje cardiaco” en PCR, convirtiéndose en la base del soporte vital básico hasta nuestros días. En 1965 el comité de RCP de la Federación Mundial de Sociedad de Anestesiólogos, el Dr. Peter Safar realizó un manual de RCP, donde fue publicado en 1968 siendo distribuido de forma gratuita y

traducido a 15 idiomas. Aquí propuso un sistema organizado para prevenir el paro cardíaco en la secuencia ABC (vía aérea, ventilación y circulación), La AHA (American Heart Association) en 1963 elabora y difunde guías de recomendaciones. Se estima que entre 1973-1980 se había entrenado a 12 millones de estadounidenses en RCP y más de 60 millones en todo el mundo. En 1991 se constituyó un grupo de trabajo de SVB (Soporte Vital Básico), donde se definieron los objetivos para elaborar un programa de entrenamiento, unificar los estándares de SVB, así como asegurar la enseñanza uniforme de las técnicas a profesionales sanitarios y a la población general. (Cruz Roja Chilena, 2013).

Maniobra RCP adulto:

- ✓ Paso I: Evaluación y seguridad de la escena, tanto para la víctima como para la reanimador, se debe preguntar “¿se encuentra bien?” y ver si la víctima si respira.
- ✓ Paso II: Activación del sistema de respuesta a emergencias y obtención de un DEA.
- ✓ Paso II: Comprobación del pulso de la arteria carotídea, no se debe tardar más de 10 segundos en comprobar el pulso.
- ✓ Paso IV: Iniciación de los ciclos de 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones

Técnica de compresiones torácicas:

1. Sitúese a un lado de la víctima
2. Asegúrese de que la víctima se encuentra tumbada boca arriba sobre una superficie firme y plana.
3. Ponga el talón de una mano sobre el centro del tórax de la víctima, en la mitad inferior del esternón
4. Coloque el talón de la otra mano encima de la primera
5. Ponga los brazos firmes y coloque los hombros directamente sobre las manos.
6. Comprima fuerte y rápido, Hunda el tórax al menos 5 cm. Se deben hacer con una frecuencia de 100 compresiones por minuto
7. Al término de cada compresión, asegúrese de permitir que el tórax se expanda completamente

Técnica de apertura de la vía aérea:

Se debe colocar una mano en sobre la frente de la víctima y la otra mano, con los dedos por debajo de la mandíbula inferior, levantándola.

Ventilación:

La administración de aire se debe hacer durante 1 segundo para que se eleve el tórax de la víctima, realizando dos de estas por cada 30 compresiones torácica. (Mary Fran Hazinski, 2011)

Epidemiología

En cuanto a los datos estadísticos sobre paros cardiacos extra hospitalarios en la Región Metropolitana durante el año 1995, puso en manifiesto una mortalidad del 98%, a pesar de los avances que han tenido los sistemas de ambulancias. (Norma Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Básica del Adulto y Pediátrica, 2011) La evidencia internacional demuestra que, los países que han logrado un programa de entrenamiento masivo en la población tienen mejores cifras en su epidemiología señalada. Es por ello la importancia de hacer efectivo y masivo el entrenamiento.

2.2.3. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA (OVACE)

Se denomina atragantamiento a la obstrucción de las vías aéreas por un cuerpo extraño (OVACE) provocando un cuadro repentino de asfixia, que si no se resuelve a tiempo provoca una hipoxia grave, seguida de parada cardiorrespiratoria y muerte. Este se puede identificar porque presenta dificultad para respirar, llevarse las manos al cuello y adquiere una coloración azulada. (Obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño , 2006).

- Obstrucción parcial

La víctima presenta gran agitación, con una respiración más o menos dificultosa, con tos y con tendencia a llevarse las manos a la garganta. La víctima está habitualmente consciente, por lo que la persona que le auxilia debe animarle a toser.

- Obstrucción completa

La víctima con obstrucción completa no puede hablar, toser ni respirar y en poco tiempo pierde el conocimiento. Es necesario actuar rápidamente. Si no es prontamente auxiliado, pasa por tres etapas consecutivas: Incapacidad de hablar y respira, palidez momentánea seguida de cianosis progresiva, agitación y angustia. (Obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño , 2006).

Es más frecuente de los que se cree, y es primordial conocer una sencilla maniobra para salvar vidas.

MANIOBRA DE HEIMLICH

Es una técnica que, por medio de la compresión del abdomen, crea una fuerza expulsora que actúa desde los pulmones hasta las vías superiores. La velocidad de la corriente aérea que se genera es a menudo suficiente para impulsar de forma forzada el objeto que obstruye las vías aéreas y hacerlo salir. (Actuar con rapidez y serenidad, 2003).

Historia de maniobra de Heimlich

La maniobra de Heimlich fue introducida en 1974, por Henry Heimlich, un médico estadounidense especialista en trastornos gastrointestinales, donde desarrollo un método eficaz para desobstruir la vía aérea por asfixia de cuerpo extraño.

En los años 70 la asfixia por cuerpo extraño estaba entre las 6 primeras causas de muerte. Heimlich realizo sus primeros experimentos en cuatro perros de raza Beagle, donde lo hizo 20 veces dando un resultado positivo en cada prueba realizada. (Cortez, 2009).

Desde su introducción la maniobra ha salvado a 50.000 personas en los Estados Unidos solamente por asfixia o ahogamiento. (EcuRed, 2016).

Maniobra

Se inicia la maniobra en posición de pie, el reanimador se ubica detrás y apoya la espalda del paciente contra la cara anterior de su tórax, de tal forma que un pie del rescatista quede en medio de los pies de la víctima y el otro pie quede atrás, con el fin de tener un buen apoyo en caso que requiera acostar a la víctima. El rescatista rodea con sus brazos a la víctima, el dedo pulgar se ubica en la apófisis xifoide y el dedo índice en el ombligo empuñando la mano, la otra mano la rodea y se empuja hacia arriba y hacia atrás, con el fin de aumentar la presión intratorácica y liberar la obstrucción. La maniobra se realiza hasta que se libere la vía aérea o hasta que el paciente pierda la conciencia, si hay pérdida de conciencia se alerta al sistema de emergencia. (Cortez, 2009).

Epidemiología

En Chile no se conoce la incidencia exacta de muerte por OVACE, pero en algunos países como en Estados Unidos, la incidencia es de 0,66% por cada 100.000 habitantes. En España afecta a 1.400 personas al año y muchas podrían salvarse con la maniobra de Heimlich. (Valencia Plaza, 2016).

2.2.4. QUEMADURA

Es la lesión de los tejidos vivos, resultante de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos que puede originar alteraciones locales o sistémicas, reversibles o no dependiendo de varios factores. (Dr. Carlos Sciarffia).

La piel es el órgano más grande del cuerpo, protege al organismo de infecciones, regula la temperatura corporal y previene la pérdida de líquidos corporales. Este está compuesto de dos capas, la epidermis que se subdivide en 4 estratos: corneo, lucido, granuloso y germinal, y en la dermis que se encuentran los folículos pilosos, glándulas sudoríparas, las fibras nerviosas y el tejido conectivo.

Clasificación de las quemaduras

1. Profundidad

Esta se clasifica de acuerdo a la capa de la piel hasta donde llega la lesión

Tipo A: Es de 1° grado si hay eritema (enrojecimiento) de la piel, dolor intenso sin ruptura de la piel.

Es de 2° grado si además del eritema y dolor, hay formación de flictenas (ampollas) no hay gran daño de la piel y zonas en que se compromete dermis, además de epidermis

Tipo B: Es de 3° grado hay zonas sangrantes o piel acartonada blanquecina o carbonizada, compromete zonas más profundas y es indolora por destrucción de terminaciones nerviosas. (Marco J. L., 1999).

Tipo A-B o mixta: Hay zonas con lesiones tipo “A” y zonas con lesiones tipo “B” y “A”.

1. Extensión

La extensión de una quemadura incide fundamentalmente en el estado general del quemado. Para el cálculo de la extensión, un método simple que puede utilizarse es la “regla de los nueve de Wallace”, mediante la cual se considera que las distintas regiones anatómicas corporales representan un 9% cada una o un múltiplo de 9% de la superficie corporal total.

| | |
|--|-------------|
| Cabeza y cuello | 9 % |
| Tronco anterior | 18 % |
| Tronco posterior | 18% |
| Extremidad superior (9 x 2) | 18% |
| Extremidad inferior (18 x 2) | 36 % |
| Area genital | 1% |
| Tabla 1: Regla de los nueve de Wallace. | |

Imagen 1.- Regla de los nueve de Wallace”

Esta regla no es válida para niños, por su mayor superficie craneal y extremidades inferiores más cortas, utilizándose la clasificación de “Lund y Browder” (Felipe Sanchez Correa, 2014)

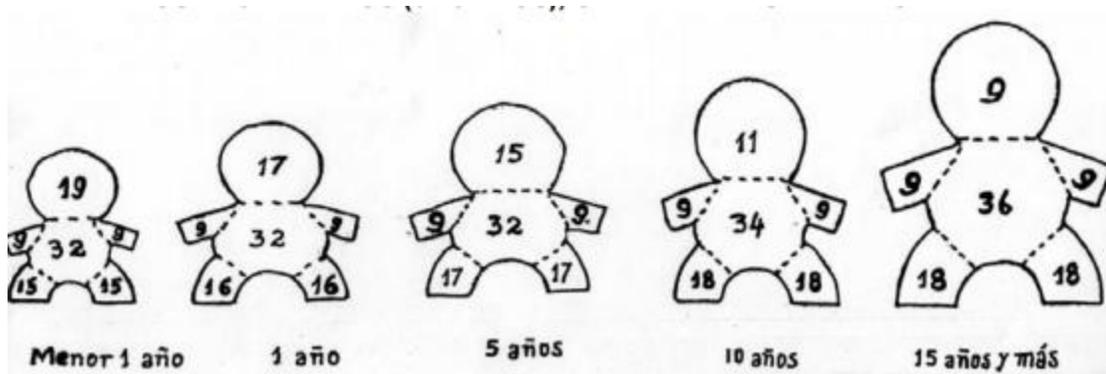


Imagen 2.- Clasificación de “Lund y Browder” para quemaduras en niños.

Maniobra post quemadura

1. Eliminar el agente causal, lavando con abundante agua
2. Calmar el dolor con frío local
3. Prevenir infección cubriendo la herida con gasas estériles

Quemadura tipo A, de Primer o Segundo Grado

- Dar abundante líquido
- Cubrir la herida
- Colocar agua fría, siempre que las flictenas estén intactas
- Llevar a un centro asistencial

Quemaduras tipo A-B y B o DE 2° grado

- Aseo con abundante agua o suero fisiológico
- Enviar a centro asistencial

Cubrir con material estéril o limpio (achs)

Epidemiología de las quemaduras

Las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial, tanto por su mortalidad como por su morbilidad, que se traduce en discapacidad.

En Chile, anualmente más de 6.000 pacientes requieren hospitalización por quemaduras; el año 2007 el Ministerio de Salud (MINSAL) registro 6.435 egresos hospitalarios por quemaduras y el Instituto Nacional de Estadística informo 569 muertes por esta causa. La tasa de mortalidad específica por quemaduras en Chile fue 4,5 por 100.000 habitantes para ese año. (Claudia R.Albornoz, Febrero 2013).

2.2.5. TRAUMA

Definido como la aplicación de energía que supera la capacidad de defensa de nuestro organismo. (Castillo, 2002). El paciente con algún tipo de trauma debe recibir tratamiento dentro de la primera hora “Hora dorada”, ya que las posibilidades de

recuperación disminuyen en forma drástica en la medida que aumenta el intervalo entre el accidente y la intervención definitiva.

Una correcta evaluación es fundamental para el éxito de la atención prehospitalaria. El objetivo de la evaluación primaria es determinar en 30 segundos el estado ventilatorio (respira o no respira), hemodinámica (pulso) y neurológico (consciente o inconsciente) y simultáneamente se constata o descarta puntos sangrantes, deformidades y/o inestabilidades óseas.

La base de las lesiones que ponen en peligro la vida del paciente más frecuentes son: problemas de permeabilidad de la vía aérea, inestabilidad de la columna cervical, mala ventilación y trastornos circulatorios.

Maniobra o evaluación inicial

Este comienza con una mirada global de la situación, respiración, circulación y estado neurológico de la persona.

Una vez a lado del paciente, fije su columna cervical y háblele, “oiga ¿qué paso? ¿Dónde le duele? así se discrimina el estado de conciencia que tiene la persona.

Los siguientes pasos involucran el ABC, y siguen en orden prioritario.

- A. Manejo Vía Aérea con Control de Columna Cervical
- B. Respiración (Ventilación)
- C. Circulación y control de hemorragias

Vía aérea

La vía aérea es la prioridad en el manejo del politraumatizado, ello exige el establecimiento y/o mantención de la permeabilidad de la misma, en pacientes inconscientes o con disminución del nivel de consciencia. (Castillo, 2002)

Columna cervical

Todas las maniobras sobre la vía aérea han de efectuarse con control cervical” (Castillo, 2002)

Se debe tener presente que toda persona traumatizada tiene una lesión en columna, mientras no se demuestre lo contrario, de manera que hay que evitar hiperextender, hiperflexionar o rotar la cabeza y cuello del paciente. (Castillo, 2002)

Respiración (ventilación)

La hipoxia resulta de una inadecuada ventilación de los pulmones y falta de oxigenación a los tejidos del paciente. Hay que chequear si la persona esta respirando, si no lo hace hay que administrar ventilación inmediatamente y si la persona respira hay que estimar la eficacia de la frecuencia y profundidad de las respiraciones para determinar si el paciente está movilizando aire suficiente. (Castillo, 2002)

Circulación y control de hemorragias

En la evaluación inicial del paciente traumático, una estimación global del gasto cardiaco y estado cardiovascular se puede obtener con un chequeo del pulso, tiempo de llenado capilar, color y temperatura de la piel. (Castillo, 2002)

Epidemiología

Accidentes y violencias constituyen una importante causa de muerte y de hospitalización en Chile. En el último año con información disponible (2003) constituían la cuarta causa de muerte después de las enfermedades circulatorias, cánceres y afecciones respiratorias. Globalmente generaron un 8.9% del total de defunciones chilenas, alcanzando el 13, 1% en los varones y reduciéndose a 3,6% en las mujeres. Representa la tercera causa de muerte en niños menores de 10 años con el 10% de las muertes, después de las afecciones perinatales y malformaciones congénitas. (R., 2007).

2.2.6. FRACTURA

Se denomina fractura a la rotura de un hueso o bien a la discontinuidad del tejido óseo, se produce como consecuencia de un esfuerzo excesivo que supera la resistencia del hueso, es decir es la consecuencia de una sobrecarga. Existen diferentes tipos de fracturas, pero carecen de interés para el punto de vista del socorrismo. De forma general se pueden clasificar en; abiertas de especial gravedad ya que el hueso roto rasga la piel produciendo herida y posibles hemorragias, y las cerradas menos graves y no existe contacto con el medio exterior. (Marco J. L.).

Signos y síntomas

Se debe sospechar cuando exista dolor intenso a la palpación, impotencia funcional, hinchazón y amoratamiento, deformidades, existencia de una herida con fragmentos óseos visibles.

Maniobra

Siempre se debe evitar movilización

Evaluar signos vitales, dolor, posibilidad de movimiento, comparación de extremidades, descartar la existencia de hemorragias internas. En caso de fracturas abiertas, aplicar sobre la herida apósitos estériles. Inmovilización: Prevenir o minimizar las complicaciones por lesión de estructuras vecinas como pueden ser los músculos, los nervios y los vasos sanguíneos, evitar el cambio en la estructura de la fractura, reducir el dolor y evitar el shock. (Marco J. L.). Por lo que la inmovilización se debe hacer tan cómo se encuentra el segmento y llevar de inmediato a un centro asistencial.

Epidemiología

Se calcula que un 50% de varones y un 25% de las niñas tienen al menos una fractura en su vida. Según edad: de 0 a 2 años ocupan una incidencia del 5% con fracturas localizadas sobre todo en el brazo y fémur-tibia. Normalmente ocurren en el hogar. De los 3 a los 6 años, poseen una incidencia del 13 % y son fracturas localizadas en el antebrazo y el codo. De los 6 a los 11 años, ocupan el 42 % de todas las fracturas, asentadas en el antebrazo y codo, y que ocurre en la escuela o al aire libre. De los 11 años y con una incidencia de 40% de las fracturas se localizan en los miembros superiores y en fémur y tibia. (Ravina)

La incidencia en varones es con un 57%-62% con respecto a las niñas. El 19% ocurren por accidentes escolares sobre todo con edades de 7 a 12 años. (Ravina).

2.2.7. ESGUINCE

Es una lesión ligamentosa resultante de un traumatismo. La lesión se produce por un mecanismo de tracción o de torsión sobre las fibras que forman el ligamento. La gravedad de la lesión dependerá de la energía del traumatismo y la resistencia biomecánica de la estructura ligamentosa. Los ligamentos tienen como función estabilizar las articulaciones y facilitar la información propioceptiva. (Elena Enriquez Alvarez, 2016).

Clasificación

- ✓ Grado I: Caracterizado por dolor moderado, escasa inflamación y motilidad normal.
- ✓ Grado II: Hay dolor, pérdida moderada de la función, inflamación y a veces inestabilidad ligera.
- ✓ Grado III: Muy doloroso, gran inflamación, pérdida importante de la función e inestabilidad y equimosis. (Elena Enriquez Alvarez, 2016)

1. Colocar en reposo la articulación afectada.
2. Disminuir la inflamación.
3. Inmovilizar el miembro afectado evitando que la zona cargue peso.
4. Si es posible elevar ligeramente la parte afectada.

No aplicar masajes ni ungüentos o pomadas. (Garibay Carlos, 2006).

2.2.8. HEMORRAGIA

Se define como extravasación de sangre fuera del espacio vascular. Son causas de emergencia médica, por lo que la actuación del socorrista debe ser rápida y decidida, de lo contrario la oxigenación de los tejidos se verá reducido o eliminada, produciendo la muerte de los mismos. Su clasificación dependerá del tipo arterial, venosa o capilar, de las cuales pueden ser internas o externas.

✓ **Hemorragia externa**

Es producida por rotura de vasos sanguíneos a través de la piel. Las más importantes se producirán en las extremidades, ya que son las partes del cuerpo más expuestas a traumatismos. (Marco J. L., 1999)

El siguiente método sirve para controlar cualquier tipo de hemorragia (arterial o venosa)

Maniobra

Compresión directa: Consiste en efectuar una compresión de sangre, con apósitos (gasa, pañuelo, etc.) lo más limpio posible. Efectuar la presión mínimo de 10 minutos, además de elevar la extremidad afectada una altura superior al corazón. Transcurrido el tiempo deberá quitar la presión, pero nunca se quitara el apósito. En caso de éxito se procederá a vendar la herida y se traslada a un servicio de urgencia. Cuando falla la compresión directa se debe utilizar una compresión arterial, deteniendo la circulación sanguínea en esa arteria y sus ramificaciones.

El torniquete se debe utilizar solo en caso en las demás maniobras no sean eficaces y la hemorragia persista. (Marco J. L., 1999)

✓ **Hemorragias Internas**

Son aquellas que se producen en el interior del organismo, y se pueden detectar por medio de síntomas y signos de Shock (conjunto de síntomas y síntomas consecuencia a la falta o disminución de aporte sanguíneo a los tejidos, esto implica falta de oxigenación de los tejidos), por lo que se debe actuar con rapidez evitando la muerte. (Marco J. L., 1999)

Maniobra

Se debe controlar los signos vitales, tratar lesiones (si es posible), aflojar todo aquello que comprima al accidentado, tranquilizar al herido, evitar pérdida de calor corporal tapándolo. Colocar al accidentado estirando con la cabeza más baja que los pies. (Marco J. L., 1999).

CAPÍTULO N° III. MARCO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de la investigación y con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se decidió optar por la metodología cuantitativa que nos permite conocer y explicar la realidad a partir de la medición de variables definidas, planteadas de forma delimitada y concreta en un contexto específico.

La naturaleza del estudio es de tipo no experimental observacional, siendo un diseño que no manipula las variables y que las describe y analiza tal cual se presentan.

Para medir los conocimientos en cuidados pre- hospitalarios en docentes y paradocentes, inicialmente se propuso trabajar con los establecimientos educacionales de dependencia municipal de la Comuna de Estación Central. Esta propuesta contemplaba acceder a los colegios mediante autorización por parte de las autoridades educativas para la aplicación de los instrumentos.

Este procedimiento no tuvo las respuestas esperadas en el tiempo que había sido destinado para la aplicación de los instrumentos, ya que de los 15 establecimientos contactados, sólo tres de estos accedieron a ser parte de la investigación. Muchos de ellos argumentaban que se encontraban en movilizaciones, sea paro o toma o que la aplicación de los instrumentos atrasaría sus procesos educacionales. Trabajando finalmente con el Colegio Pacto Andino, el Colegio A - 71 y el Colegio A -70.

3.1. Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta, que de acuerdo a los objetivos específicos planteados se presenta en tres partes.

- La primera parte, que corresponde a las preguntas del Ítem I: Se establecen una serie de afirmaciones y preguntas que los encuestados deben valorar de acuerdo a una Escala Likert con puntajes de 1 a 5, donde 1 es Muy de Acuerdo y Muy en Desacuerdo. Esta escala está enfocada al análisis de cumplimientos básicos que deben poseer los establecimientos, respecto los implementos e infraestructuras por ejemplo.
- La segunda parte, siendo el Ítem II: Se señalan una serie de preguntas de alternativas, donde su puntaje máximo es de nueve puntos, abordando los conocimientos básicos de primeros auxilios.
- La tercera parte, por último, corresponde al Ítem III de encuesta: En la cual se señalan preguntas cerradas dicotómicas (SI ó NO), donde se expresa la afinidad de sentirse capacitado frente a diferentes situaciones en el cual deben otorgar los primeros auxilios.

Tipos de variables

Variable dependiente: Conocimientos que poseen docentes y paradocentes con respecto a los Primeros Auxilios.

Variable independiente: Los establecimientos fomentan la formación en Primeros Auxilios.

Existe una infraestructura y material adecuado en los actuar frente a una emergencia.

Los establecimientos cuentan con protocolos establecidos para el accionar de emergencia.

3.2. Universo y muestra

De acuerdo a los tres establecimientos que decidieron participar del estudio, la totalidad de los docentes y paradocentes encuestados corresponden a 41. Para ello se utilizaron siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Personas que trabajen en un establecimiento educacional, como docentes, paradocentes (directiva, secretariado, etc.) pertenecientes a la comuna de Estación Central.
- Docentes y paradocentes que acepten libremente de participar de la investigación, respondiendo la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Persona que no sepa leer o entender el tema a tratar.
- Docentes y paradocentes que no acepten participar de la investigación, respondiendo la encuesta.

En definitiva la distribución de los encuestados por los establecimientos educacionales participantes de la investigación, son los siguientes:

| Establecimiento Educativo | Nº total de encuestados |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Colegio Pacto Andino | 6 |
| Colegio A – 71 | 21 |
| Colegio A – 70 | 14 |
| Total | 41 |

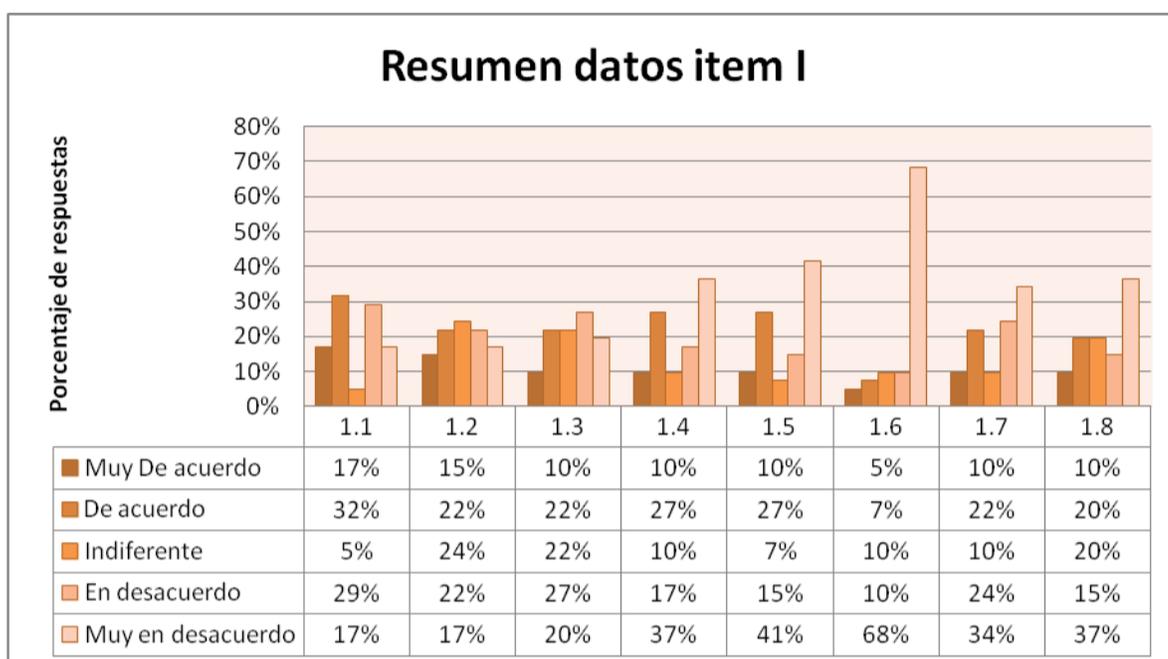
Tabla 1.- Establecimiento y número de encuestados.

3.3. Modo de análisis

Los resultados de la recolección de datos serán analizados como datos estadísticos, mediante gráficos de barra. Además se elaborarán tablas de comparación e inferencias, utilizando el programa Microsoft Office Excel, logrando así desglosar una identificación real del problema en el que se encuentra cada establecimiento evaluado.

Con la entrega de análisis de los datos obtenidos, es posible extrapolar el impacto y/o efecto, que se produce a raíz de la carencia de los conocimientos en el área de los primeros auxilios, y principalmente en sujetos que se relacionan con una población amplia y propensa a sufrir accidentes, como son los niños

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS



4.1.- Gráfico1.- Representa los porcentajes del ítem I, donde se expresan las categorías, muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y muy en desacuerdo, haciendo referencia a demostrar si los establecimiento se encuentra preparado para el accionar de una emergencia y si este mismo además presenta herramientas físicas como botiquín, insumos, infraestructura de la sala de enfermería como por ejemplo.

| Preguntas | Número de respuestas | Mayor Porcentaje |
|--|----------------------|-----------------------|
| 1.1.- ¿Cree usted que el establecimiento está preparado para atender un accidente? | 13 | 32% de acuerdo |
| 1.2.- ¿Cree usted que el botiquín se encuentra en un lugar accesible en caso de una emergencia? | 10 | 24% indiferente |
| 1.3.- Según su criterio, ¿El establecimiento cuenta con los insumos necesarios en el botiquín para enfrentar un accidente? | 11 | 27% en desacuerdo |
| 1.4.- ¿El establecimiento cuenta con una sala adecuada de enfermería para enfrentar una emergencia? | 15 | 37% muy en desacuerdo |
| 1.5.- ¿El establecimiento cuenta con implementos para la inmovilización de pacientes? | 17 | 41% muy en desacuerdo |

| | | |
|---|----|-----------------------|
| 1.6.- ¿El establecimiento cuenta con un DEA (desfibrilador automático externo) para la utilización en caso de emergencia? | 28 | 68% muy en desacuerdo |
| 1.7.- ¿El establecimiento cuenta con personal especializado en el área de los primeros auxilios en caso de ser necesario? | 14 | 34% muy en desacuerdo |
| 1.8.- ¿El establecimiento promueve el estudio y practica de los primeros auxilios? | 15 | 37% muy en desacuerdo |

Tabla 2.- Los resultados expresados, muestran las cantidades de respuesta con los respectivos porcentajes mayores a cada una de las preguntas del ítem I de la escala de Likert.

| Preguntas | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Muy de acuerdo | 17% | 15% | 10% | 10% | 10% | 5% | 10% | 10% |
| De acuerdo | 32% | 22% | 22% | 27% | 27% | 7% | 22% | 20% |
| Suma de % | 49% | 37% | 32% | 37% | 32% | 12% | 32% | 30% |

Tabla 3.- Ítem I, sumatoria de las categoría muy de acuerdo y de acuerdo.

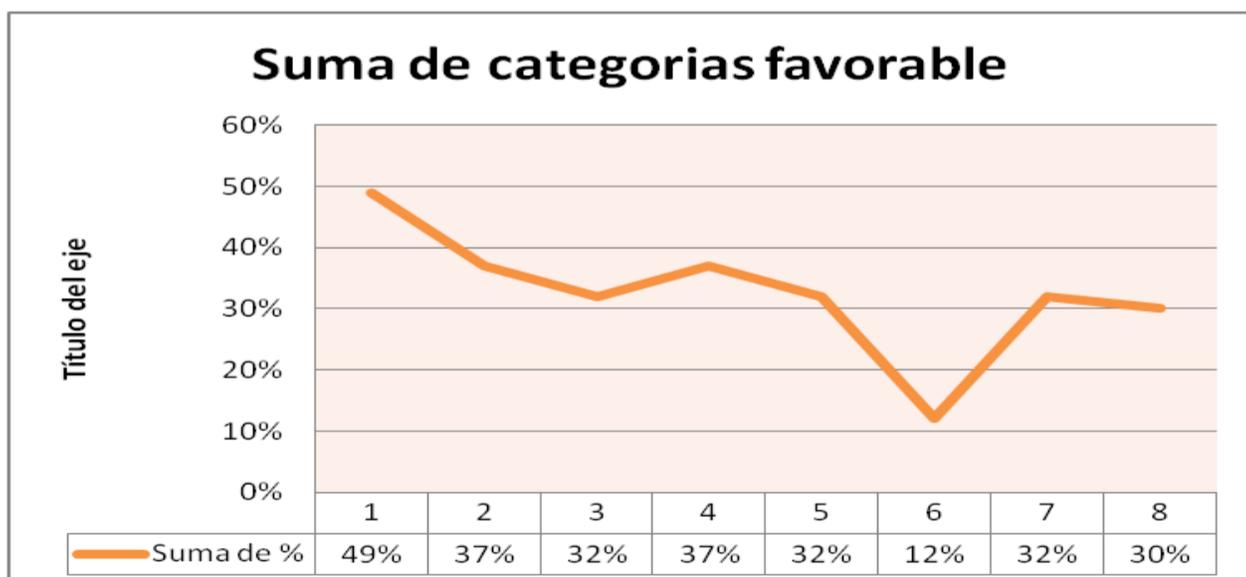


Gráfico 2.- Sumatoria de ambas categorías expresado en porcentaje.

De aquí se pueden extrapolar los siguientes datos:

Dividiendo el ítem I en las categorías muy de acuerdo y de acuerdo, donde la sumatoria de ambas nos arroja un porcentaje total de los tres establecimientos, se puede observar que a medida que avanzan las preguntas, sobre si se cuenta con botiquín, sala adecuada, implementos de inmovilización, DEA (Desfibrilador automático externo), personal especializado y promoción del estudio y la práctica de los primeros auxilios los porcentajes van en disminución, dejando en evidencia algunas carencias dentro de los establecimientos.

| Preguntas | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| En desacuerdo | 29% | 22% | 27% | 17% | 15% | 10% | 24% | 15% |
| Muy en desacuerdo | 17% | 17% | 20% | 37% | 41% | 68% | 34% | 37% |
| Suma de % | 46% | 39% | 47% | 54% | 56% | 78% | 58% | 52% |

Tabla 4.- Ítem I, sumatoria de las categorías en desacuerdo y muy en desacuerdo.

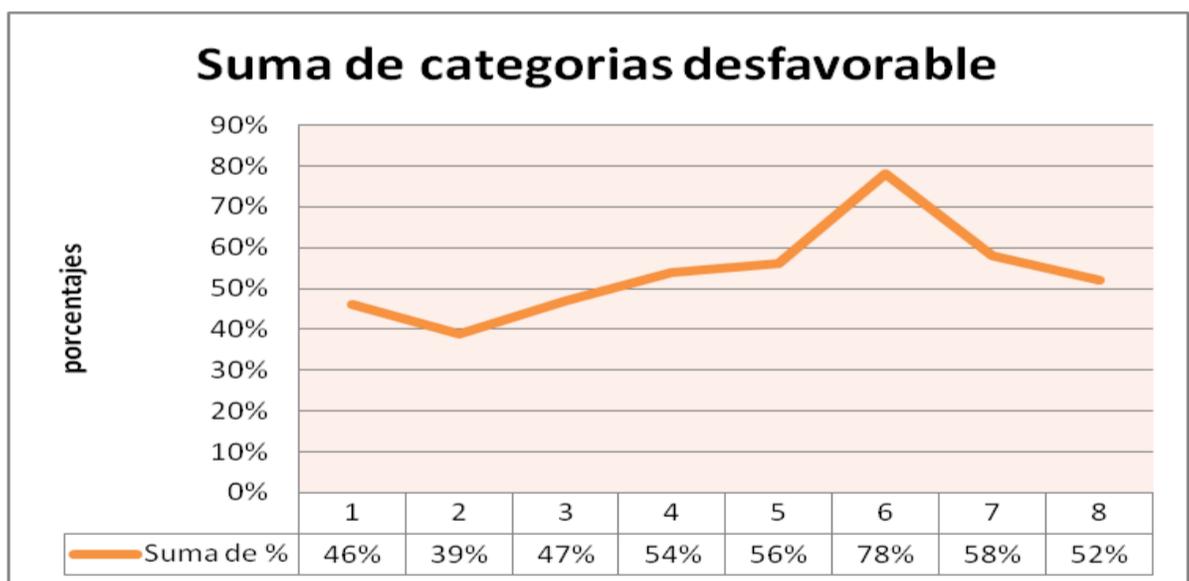
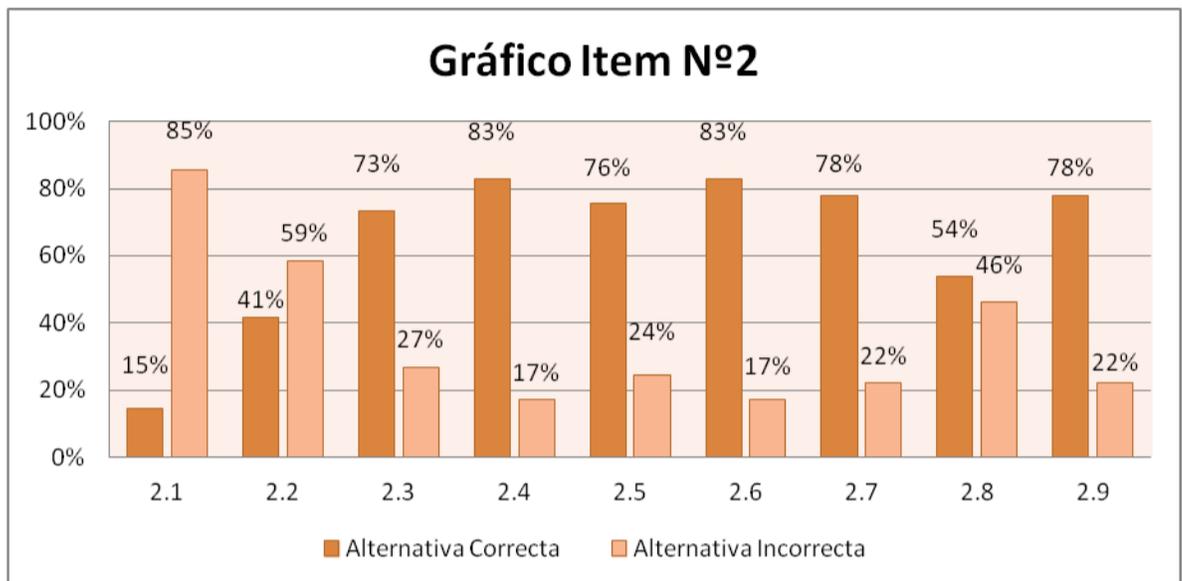


Gráfico 3.- Sumatoria de categorías desfavorable expresado en porcentaje.

De aquí se pueden extrapolar los siguientes datos:

Dividiendo el ítem I en las categorías en desacuerdo y muy en desacuerdo, donde la sumatoria de ambas nos arroja un porcentaje total de los tres establecimientos, se puede observar que a medida que transcurre las preguntas, sobre si se cuenta con botiquín, sala adecuada, implementos de inmovilización, DEA (Desfibrilador automático externo), personal especializado y promoción del estudio y la práctica de

los primeros auxilios los porcentajes van en aumento, dejando en evidencia la falta de implementación, de personal especializado y la poca promoción del estudio de los primeros auxilios.



4.2.- Gráfico 4.- Representa los porcentajes del ítem N° 2 que expresa el nivel de acierto en las preguntas de selección múltiple.

| Preguntas | A | B | C | D | % correctas | % incorrectas |
|--|----|----|---|---|-------------|---------------|
| 2.1.- ¿Cómo reconozco un Paro Cardiorespiratorio ? | 22 | 6 | 5 | 8 | 15% | 85% |
| 2.2.- ¿Cuántas compresiones y ventilaciones se le deben entregar una persona en caso de ser necesario? | 16 | 17 | 7 | 1 | 41% | 59% |

| | | | | | | |
|---|---|----|---|----|-----|-----|
| 2.3.- ¿Sabe usted cuánto tiempo se requiere para la efectividad de la técnica de RCP? | 5 | 3 | 3 | 30 | 73% | 27% |
| 2.4.- Ante una obstrucción por cuerpo extraño de la vía aérea, ¿Qué técnica se debe utilizar? | 1 | 34 | 1 | 5 | 83% | 17% |
| 2.5.- Maniobra de Heimlich se debe realizar ¿Cuándo? | 3 | 2 | 5 | 31 | 76% | 24% |
| 2.6.- ¿Sabe usted cuál de estas opciones corresponde una fractura expuesta? | 2 | 4 | 1 | 34 | 83% | 17% |
| 2.7.- ¿Cómo actuar frente a una fractura expuesta? | 3 | 1 | 5 | 32 | 78% | 22% |
| 2.8.- ¿Sabe reconocer una quemadura en sus grados? cual es la correcta | 6 | 6 | 7 | 22 | 54% | 46% |

| | | | | | | |
|---|---|---|----|---|-----|-----|
| 2.9.- ¿Sabe usted cómo actuar frente a una quemadura? | 1 | 0 | 32 | 8 | 78% | 22% |
|---|---|---|----|---|-----|-----|

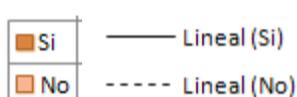
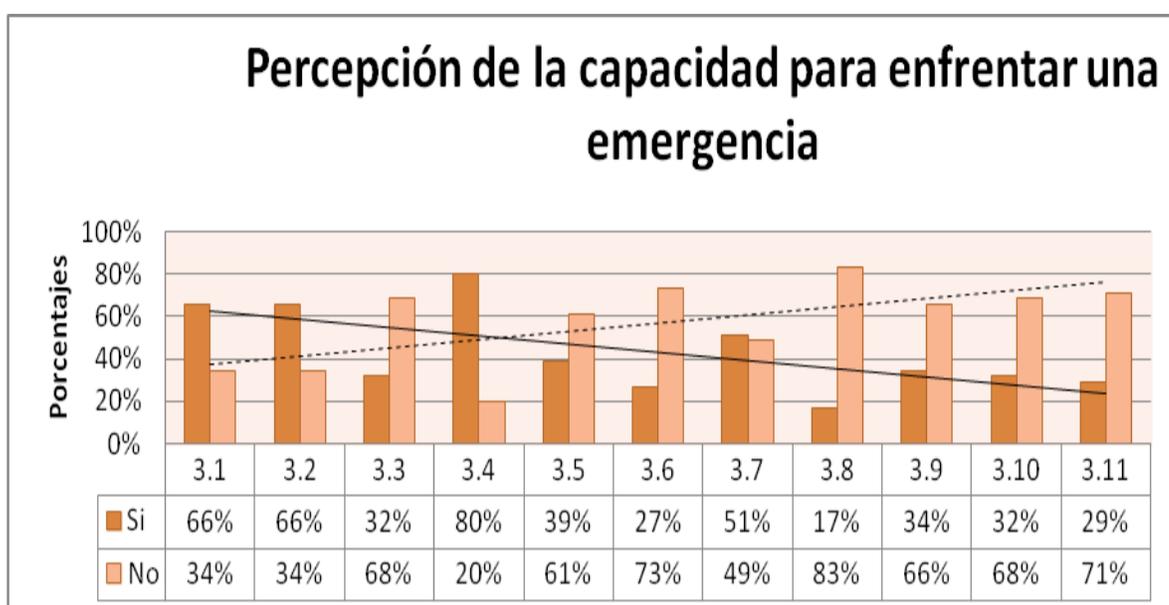
Tabla 5.- Los resultados expresados, muestran las cantidades de respuesta de cada alternativa y sus respectivos porcentajes de correctas e incorrectas.

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 3,1 | 4,5 | 6,2 | 6,2 | 6,2 | 6,2 | 5,3 | 6,2 | 4,5 | 3,9 |
| 4,5 | 3,9 | 5,3 | 5,3 | 3,1 | 7 | 3,9 | 3,5 | 4,5 | 3,9 |
| 4,5 | 4,5 | 5,3 | 3,5 | 5,3 | 6,2 | 5,3 | 2,7 | 5,3 | 4,5 |
| 5,3 | 3,5 | 4,5 | 6,2 | 3,9 | 3,9 | 4,5 | 3,5 | 3,1 | 2,4 |
| 4,5 | | | | | | | | | |

Tabla 6.- La siguiente tabla representa las notas obtenidas por el ítem II de preguntas de conocimientos.

| | |
|----------------------------|-------------|
| Promedio | 4,62 |
| Desviación Estándar | 1,13 |
| Máximo | 7,00 |
| Mínimo | 2,40 |
| Varianza | 1,27 |

4.3.- Tabla 7.- Indica los resultados de notas del Ítem N° 2 de sección múltiple de alternativas. Ponderando 4,62 como promedio. También indica una desviación 1,13 que hace referencia que la muestra es una distribución homogénea. Por otro lado la varianza de 1,27 indica que las muestras están más cerca de la media (4,62).



4.4.- Gráfico 5.- Representa los porcentajes del ítem N° 3, de preguntas dicotómicas, donde se expresa el nivel de afirmación (SI) o negación (NO) frente a su percepción del actuar ante múltiples situaciones de emergencias tales como:

| Pregunta | Alternativa SI | Alternativa NO | Porcentaje de SI | Porcentaje NO |
|--|----------------|----------------|------------------|---------------|
| 3.1.- ¿Sabe usted como identificar una fractura?" | 27 | 14 | 66% | 34% |
| 3.2.- ¿Sabe usted como identificar un esguince? | 27 | 14 | 66% | 34% |
| 3.3.- ¿Sabe usted identificar un TEC? | 13 | 28 | 32% | 68% |
| 3.4.- ¿Sabe usted como identificar una hemorragia? | 33 | 8 | 80% | 20% |
| 3.5.- ¿Sabe cuál es la conducta a seguir frente a una quemadura eléctrica? | 16 | 25 | 39% | 61% |
| 3.6.- ¿Sabe cuál es la conducta a seguir frente a una | 11 | 30 | 27% | 73% |

quemadura química?

| | | | | |
|--|----|----|-----|-----|
| 3.7.- ¿Sabe cuál es la conducta a seguir frente a una quemadura térmica? | 21 | 20 | 51% | 49% |
| 3.8.- ¿Sabe cuál es la conducta a seguir frente a una quemadura por inhalación? | 7 | 34 | 17% | 83% |
| 3.9.- ¿Sabe usted identificar el signo universal de una obstrucción total por cuerpo extraño? | 14 | 27 | 34% | 66% |
| 3.10.- ¿Usted se siente capacitado para realizar la maniobra de RCP? | 13 | 28 | 32% | 68% |
| 3.11.- ¿Se siente usted preparado para actuar frente a la magnitud y la gravedad de las lesiones en general? | 12 | 29 | 29% | 61% |

Tabla 7.- Indica los resultados sobre la cantidad de alternativas SI y NO con sus respectivos porcentajes.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En relación a los resultados obtenidos que se han analizado anteriormente, se presentan a continuación los hallazgos en contraste con los contenidos teóricos utilizados en este estudio. De este modo, se pretende dar respuesta a los cuestionamientos y objetivos planteados, generando una discusión en torno a diversos contenidos que destacan en el proceso desarrollado en la investigación.

Considerando el ítem I, en el cual podemos reconocer las condiciones generales para el abordaje frente a una emergencia escolar en los establecimientos educacionales, se deduce que los establecimientos no se encuentran preparados en cuanto a la implementación de recursos físicos.

Los encuestados, aunque si señalan que los establecimientos si se encuentran preparados para enfrentar una emergencia, es la implementación la que les parece inadecuada, insuficiente o que son indiferentes a ella. Ilustrando la falta de interés y de consideración que los docentes y para docentes tienen en cuanto a los recursos que se pueden tener ante emergencias escolares. Ya que la implementación necesaria, es útil en el abordaje de los cuidados pre hospitalarios en contextos educativos, para poder obtener un óptimo desempeño de acuerdo la cantidad de accidentes que se registran cada año a nivel escolar. Las cifras demostradas según la Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, alrededor de 180 mil accidentes se registran al año, debido al incremento de la extensión de la jornada de clases y la falta de control de muchos colegios sobre sus alumnos (Palavecino B. Tamara, 2005)

Este Ítem también nos permite identificar la promoción institucional en la adquisición de conocimientos en cuidados pre- hospitalarios, que de acuerdo a lo señalado por los docentes y paradocentes encuestados esto no es así.

Esto puede estar explicado a partir de las exigencias por parte del gobierno, ya que de parte del Ministerio de Educación, se cuenta con un Plan de Seguridad Escolar que sólo tiene por objetivo potenciar y fortalecer un ambiente seguro y protector en los establecimientos educacionales del país, para generar una cultura de protección y cuidado hacia los niños, niñas y adolescentes (MINEDUC, 2013).

Los ejes de este plan, están enfocados hacia la “Seguridad Escolar”, el “Autocuidado” y la “Prevención de Riesgos”, que tienen como objetivo construya principalmente la construcción de un entorno seguro. Dejando afuera de las exigencias el promocionar que la comunidad educativa adquiera conocimientos en cuidados pre hospitalarios.

Sin embargo, es necesario contar con un Protocolo de accidentes escolares, en el cual se debe especificar claramente los procedimientos que se adoptarán y las responsabilidades del establecimiento en su conjunto ante emergencias escolares.

Se especifica, además, que ante algún accidente escolar, se debe denunciar ante al Servicio de Salud y se debe informar los padres, madres y apoderados. En esta información debe encontrarse la calificación de la gravedad de un accidente, la cual debe estar ponderada por una persona capacitada en primeros auxilios (MINEDUC, 2013).

Si se hace referencia a que al menos una persona este capacitada en primeros auxilios, debiera atribuirse importancia al conocimientos de formas de actuar frente a accidentes escolares y de categorizaciones de los accidentes.

Por último, el ítem II y III, permiten identificar los niveles de conocimientos que tienen docentes y paradocentes para afrontar problemas pre- hospitalarios. Estos resultados muestran que, sometidos a pruebas de conocimientos estos obtienen promedios regulares (4,62) y que aunque los porcentajes no demuestran diferencias significativas entre las respuestas correctas e incorrectas, estos se inclinan hacia las respuestas correctas.

Sin embargo, el ítem III nos indica que los docentes y paradocentes principalmente no saben identificar una serie de accidentes asociados a las emergencias escolares. La evidencia internacaional señala que la formación del usuario en el área de primeros auxilios, resulta de vital importancia para una optimización de la atención y los tiempos de respuestas.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Con el desarrollo de nuestra investigación, podemos concluir que como sociedad nos encontramos en deuda en relación a las medidas que se deben adoptar para el actuar frente a múltiples tragedias, teniendo en cuenta que nuestro país sufre constantes catástrofes naturales, el ritmo de vida acelerado que llevamos como sociedad y la carencia que tiene la población para enfrentar cualquier tipo de emergencia nos hace necesitar aun mas un pronto actuar frente a este mismo.

Nuestro estudio aborda las carencias que existen frente a los conocimientos, condiciones y la promoción en las áreas de primeros en tres de los establecimientos de la ilustre Municipalidad de Estación Central.

Igualmente debemos indicar que este estudio se realizo en establecimientos, puesto que la bibliografía antes mencionada considera que los accidentes escolares van en gran aumento debido a la extensión horaria de cada institución. Dejándonos con una gran sensación de inquietud al ver que no hay abordaje en estos temas.

Estamos de acuerdo que si se toman medidas respecto a este hecho, se podría disminuir las estadísticas desfavorables señaladas, es necesario empoderarnos de este tema como futuros profesionales para poner en la palestra las necesidades.

La detección de las necesidades de aprendizaje confirma la pertinencia esta investigación, ya que demostró insuficiencias en los conocimientos sobre los primeros auxilios, tanto en docentes como en paradocente.

Además que se excluyen de los Planes de Seguridad Escolar, temáticas desarrolladas a partir de la importancia y de la necesidad en la adquisición de conocimientos de docentes y paradocentes ante emergencias escolares.

La misma puede ser resuelta mediante capacitaciones en esta materia incluyendo temas relacionados con las principales causas de muerte en la etapa prehospitalaria, pudiendo ser abordadas en la comunidad general.

Las razones citadas denotan importancia y la necesidad de un primer eslabón que actúe en el momento comprendido entre la ocurrencia del hecho y la asistencia inicial del sistema de emergencias, momento en el que es vital la capacitación y el entrenamiento en primeros auxilios de la población.

CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA

- achs. (s.f.). *manual de primeros auxilios*. Recuperado el martes de julio de 2016, de www.hospitaldeltrabajador.cl
- Actuar con rapidez y serenidad. (2003). *consumer* , 20-22.
- C., H. Á. (s.f.). Chile: primer lugar en obesidad infantil en América Latina y sus consecuencias físicas, psicológicas y en la salud de la sociedad. *IPSUSS universidad San Sebastian* .
- Carmen Estrada Ballesteros, C. E. (s.f.). guía para la prevención de accidentes en centros escolares. *comunidad de Madrid* , 5-6.
- Castillo, V. Y. (2002). Evaluación primaria ABC del trauma.
- Claudia R. Albornoz, J. V. (Febrero 2013). Epidemiología en paciente gran quemado adulto en Chile. *Revista medica de Chile* .
- Cortez, K. j. (2009). Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE). 22-23.
- Cruz Roja Chilena*. (15 de Febrero de 2013). Recuperado el sábado de julio de 2016, de <http://www.cruzroja.cl/noticias/cruz-roja-dona-111-fotografias-de-los-ninos-en-los-preventorios-526>
- Cruz, D. C. (2013). Análisis de un programa de formación masiva en Soporte Vital Básico para la población general. *Editorial de la Universidad de Granada* , 14-37.
- Decreto Supremo N° 313. (12 de mayo de 1973). *incluye escolares en seguro de accidentes de acuerdo con la Ley n° 16.744* , págs. 1-2.
- Dr. Carlos Sciarffia, D. P. Quemaduras. En D. P. Dr. Carlos Sciarffia.
- Dr. Pedro E. Nodal Leyva, D. J. (2006). Paro Cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico Tratamiento. *Rev. Cubana* , 1-2.
- EcuRed*. (julio de 2016). Recuperado el lunes de julio de 2016, de http://www.ecured.cu/EcuRed:Enciclopedia_cubana
- Elena Enriquez Alvarez, D. J. (2016). Generalidades de esguinces.
- (19 de Marzo de 2013). *Euro Test 2013: Encuesta europea sobre Primeros Auxilios*.
- Felipe IV, 4. -2. (viernes de julio de 2016). *Dle.rae.es*. Recuperado el sábado de julio de 2016, de <http://etimologias.dechile.net/?auxilio>
- Felipe Sanchez Correa, D. P. (2014). Manejo inicial del niño quemado. *Revista Pediatría Electronica* , 10-17.
- Fernando Román Morales, D. R. (1996). Primeros Auxilios Esenciales PAES. *Manual PAES* , 6-7.
- Garibay Carlos, P. I. (2006). Primeros auxilios básicos. *Universidad nacional Autónoma de México* , 24-25.
- Irayma Cazull Imbert, A. R. (2007). Enseñanza de los primeros auxilios a escolares de cuarto a noveno grado. *Revista Cubana de Salud Pública* .
- Kaempffer, E. M. (1959). Accidentes en la edad escolar. *Cátedra de higiene y medicina preventiva del prof. Hernán Romero. Universidad de Chile* , 505-510.

Mar. (miercoles de Noviembre de 2009). *que hago con el botiquin*. Recuperado el Sábado de julio de 2016, de <http://quehagoconelbotiquin.blogspot.cl/2009/11/el-objetivo-de-este-blog-es.html>

Marco, J. L. (1999). Premiers soins: brulures.

Marco, J. L. (s.f.). Primeros Auxilios: Fractura, Luxaciones y Esguinces. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo* .

Marco, J. L. (s.f.). Primeros auxilios: hemorragias y shock. *Instituto nacional de seguridad e higene en ele trabajo* , 4-7.

Mary Fran Hazinski, S. L.-W. (2011). *Libro del estudiante de SVB/BLS*. Dallas, Texas: American Heart Association.

Merino, J. P. (2011). *Definición. de*. Recuperado el sábado de julio de 2016, de <http://definicion.de/primeros-auxilios/>

MINEDUC. (2013). Política de seguridad escolar.

Norma Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Básica del Adulto y Pediátrica. (2011).

Obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño . (2006). *Hospital Generar aniversario Gregorio Marañon* , 1-2.

Palavecino B. Tamara, O. B. (2005). Caracterización de Iso Accidentes Escolares en el Servicio de Urgencia del Hospital Roberto del Río. *Revista Pediatría Electrónica* , 17-18.

Paredes, D. S. (s.f.). Quemaduras. *Manejo Inicial y Tratamiento* , 1.

R., D. E. (2007). consideracions epidemiologicas sobre traumatismos en chile. *Revista chilena de cirugia* , 2.

Ravina, J. H. (s.f.). Epidemiología de las fracturas infantiles. *Sociedad española de Traumatología y ortopedia Infantil* .

Rodríguez, E. N. (2011). Manual de Primeros Auxilios. *Dirección de Asuntos estudiantiles* , 5-6.

Valencia Plaza. (viernes de junio de 2016). Recuperado el martes de julio de 2016, de <http://valenciaplaza.com/1400-personas-mueren-al-ano-en-espana-por-atragantamiento-algo-que-se-puede-evitar-con-tecnicas-como-heimlich>

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

8.1.- CARTA DE PRESENTACIÓN



Estimados:

A través de este documento me pongo en contacto con ustedes para solicitar adherencia a participar en nuestra tesis, la cual consiste en identificar el nivel de formación en cuidados pre- hospitalarios (primeros auxilios) que poseen los docentes y paradocente vinculados a colegios de la ilustre municipalidad de Estación Central, para consiguiente crear una línea investigativa en el área educacional de nuestro país, identificando las verdaderas carencia que existe en esta área, y poner en palestra la necesidad de que todo ciudadano debe adquirir conocimientos básicos de primeros auxilios pertinentes.

Mi nombre es Sergio Acuña V. Licenciado en kinesiología, Kinesiólogo de clínica familia, docente clínico de Universidad Católica Silva Henríquez y docente guía de las alumnas: Nathaly Espinosa Rut: 15.668.253-5 y Evelyn Ormazábal Rut: 16.909.027-0. Alumnas de quinto año en la carrera de kinesiología, de la universidad Católica Silva Henríquez. Las cuáles son las encargadas de confeccionar dicha tesis. Esta participación consiste en contestar una encuesta y test de primeros auxilios, donde se desglosa en tres simples ítem, donde no debería tomar más de 5 minutos en su acogida.

Atentamente Sergio Acuña.

Firma _____

Santiago 2016

8.2.- ENCUESTA Y TEST DE PRIMEROS AUXÍLIOS

A continuación les presentamos el siguiente instrumento que pretende recopilar información en lo que respecta a los Primeros Auxilios, este documento es estrictamente confidencial y de uso exclusivo de los alumnos de La Universidad Católica Silva Henríquez.

Nombre: _____ Edad _____ sexo M / F
Profesión _____ Cargo _____

Instrucciones: Seleccione marcando con una X la respuesta que a usted le parezca correcta a cada uno de los planteamientos.

Puntaje:

- 1 MUY DEACUERDO
- 2 DE ACUERDO
- 3 INDIFERENTE
- 4 DESACUERDO
- 5 MUY EN DESACUERDO

Definiciones:

- * Desfibrilador automático externo (DEA)
- * Reanimación Cardio Pulmonar (RCP)
- * Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)
- * ABC del trauma
 - A = vía aérea y columna cervical
 - B = ventilación y respiración
 - C = circulación y control de hemorragia
- * Traumatismo encéfalo craneal (TEC)
- *UTP: Unidad técnica pedagógico

ITEM I

| | 1.- Establecimiento | Muy De acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|-----|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| 1.1 | Cree usted que el establecimiento está preparado para atender un accidente. | | | | | |
| 1.2 | Cree usted que el botiquín se encuentra en un lugar accesible en caso de alguna emergencia | | | | | |
| 1.3 | Según su criterio, El establecimiento cuenta con los insumos necesarios en el “botiquín” para enfrentar un accidente. | | | | | |
| 1.4 | El establecimiento cuenta con una sala adecuada de enfermería para enfrentar una emergencia. | | | | | |
| 1.5 | El establecimiento cuenta con implemento para la inmovilización de pacientes. | | | | | |
| 1.6 | El establecimiento cuenta con un DEA (desfibrilador automático externo) para la utilización en caso de emergencia. | | | | | |
| 1.7 | El establecimiento cuenta con personal especializado en el área de los primeros auxilios en caso de ser necesario. | | | | | |
| 1.8 | ¿El establecimiento promueve el estudio y práctica de primeros auxilios? | | | | | |

TEM 2 ALTERNATIVAS

| |
|---|
| <p>2.-Cuerpo académico y administrativo (UTP, secretaria, docentes)</p> |
| <p>2.1.- ¿Cómo reconozco un Paro Cardio Respiratorio?:</p> <p>a.- Por que le duele el pecho a la persona. b.- Tomando el pulso de la persona. c.- Cuando la persona se desmaya sin causa aparente. d.- La persona no es capaz de responder a una simple pregunta.</p> |
| <p>2.2.- En cuanto a las técnicas de RCP. ¿Cuántas compresiones y ventilaciones se le debe entregar a una persona en caso de ser necesario?:</p> <p>a.- 15 compresiones por 2 ventilaciones. b.- 30 compresiones por 2 ventilaciones. c.- 20 compresiones por 5 ventilaciones. d.- 30 ventilaciones por 2 compresiones.</p> |
| <p>2.3.- ¿Sabe usted cuánto tiempo se requiere para la efectividad de la técnica de RCP?:</p> <p>a.- 10 minutos como mínimo. b.- Esperar que la persona despierte. c.- 10 minutos como máximo. d.- El tiempo que sea necesario hasta que llegue el personal de emergencia.</p> |
| <p>2.4.- Ante una obstrucción por cuerpo extraño de la vía aérea, ¿Qué técnica se debe utilizar?:</p> <p>a.- RCP. b.- Heimlich. c.- Respiración Boca a Boca. d.- Incentivar la tos.</p> |
| <p>2.5.- La maniobra de Heimlich se debe realizar cuando:</p> <p>a.- La persona pierda el conocimiento. b.- Cuando la persona pueda toser y solicitar ayuda de forma verbal. c.- Sólo si tengo certeza que comió un pedazo de carne.</p> |

| |
|---|
| <p>d.- Se lleve las manos al cuello y presente angustia por no poder respirar.</p> |
| <p>2.6.- ¿Sabe usted cuál de estas opciones corresponde a una fractura expuesta?:</p> <p>a.- Cuando hay mucho dolor en la zona afectada. b.- Cuando se observa una deformidad en la estructura. c.- Cuando hay presencia de sangrado. d.- Cuando se rompe la piel y se ve el hueso.</p> |
| <p>2.7.- Cómo actuar frente a una fractura expuesta:</p> <p>a.- Reposicionar el hueso en el lugar donde estaba. b.- Aplicar hielo en la zona afectada. c.- Hacer un torniquete. d.- Inmovilizar el segmento de inmediato.</p> |
| <p>2.8.- ¿Sabe reconocer una quemadura en sus grados?, cual es la correcta.</p> <p>a.- Grado 1, gran pérdida de las capas de la piel. b.- Grado 2, enrojecimiento superficial de la piel. c.- Grado 3, hay pequeñas ampollas. d.- Grado 4, hay daño en músculos y huesos.</p> |
| <p>2.9.- ¿Sabe usted cómo actuar frente a una quemadura?:</p> <p>a.- Poner tela de cebolla en la zona quemada. b.- Poner hielo sobre la zona. c.- Dejar escurrir agua fría en la zona. d.- Poner pomadas o cremas.</p> |

ITEM 3

Marque con una x

| |
|---|
| 3.- Sabe usted como identificar una: |
| 3.1.- Una fractura. Si / No |
| 3.2.- Un esguince. Si/No |
| 3.3.- Un TEC. Si/No |
| 3.4.- Una hemorragia. Si/No |
| .-Sabe cuál es la conducta a seguir frente a una quemadura: |
| 3.5.- Eléctrica. Si/No |
| 3.6.- Química. Si/No |
| 3.7.- Térmica. Si/No |
| 3.8.- Por inhalación. Si/No |
| 3.9.- ¿Sabe usted identificar el signo universal de una obstrucción total por cuerpo extraño?: Si/No |
| 3.10.- ¿Usted se siente capacitado para realizar la maniobra de RCP? Si/No |
| 3.11.-¿Se siente usted preparado para actuar frente a la magnitud y la gravedad de las lesiones en general?. Si/No |

8.3.- CONSENTIMIENTO INFORMADO



Los investigadores: Nathaly Espinosa y Evelyn Ormazábal, se dirigen en este documento a: _____, Título de la Investigación: Identificar el nivel de formación en cuidados Pre hospitalarios en docentes y paradocentes vinculados a tres establecimientos de la Ilustre Municipalidad de Estación Central.

Este formulario de consentimiento informado tiene la finalidad ayudarle a tomar la decisión de participar en un estudio de investigación.

Usted ha sido invitado/a a participar en un proyecto de tesis de alumnos de la Universidad Católica Silva Henríquez.

Nuestra tesis, quiere crear una línea investigativa en el área educacional de nuestro país, que nos permita identificar las carencias que poseen los docentes y funcionarios en cuanto a los conocimientos básicos de atenciones pre-hospitalarias (primeros auxilios) y con ello saber si se encuentran capacitados para actuar frente a situaciones y/o accidentes que se puedan presentar en su entorno laboral. Para nuestra tesis nos enfocaremos en establecimientos educacionales, ubicados en la región metropolitana, comuna de Estación Central.

En los últimos años se observa un aumento de accidentabilidad, en establecimientos educacionales, donde se registran 180.000 accidentes sólo en establecimientos de la región metropolitana. Esta alza se debe a la extensión de jornadas educacionales y la mala infraestructura que poseen algunos establecimientos en nuestro país.

1) Su participación en este estudio es voluntaria, por lo que usted podrá rehusarse de participar o retirarse de la investigación en cualquier momento sin ser obligado (a) a dar razones y sin que esto perjudique su calidad de participante. Deberé informar al investigador responsable al momento del retiro.

2) Las muestras obtenidas serán usadas únicamente para el propósito de esta investigación y serán almacenadas en forma privada.

3) Si en el futuro sus muestras deseasen ser usadas para propósitos diferentes a los de esta investigación, deberá solicitársele un nuevo consentimiento informado.

4) Usted no recibirá ningún beneficio económico por la participación en este proyecto

8) La duración de este estudio será de 3 mese (12 semanas)

9) Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a su participación en este estudio deberá ser contestada por las Investigadoras: Nathaly Espinosa M. Teléfono: +56978283430 y Evelyn Ormazábal M. Teléfono +56968488142.

10) Los resultados de este estudio podrán ser publicados, pero su identidad no será divulgada o revelada, tomándose todas las medidas necesarias para proteger la confidencialidad de sus datos experimentales.

11) Usted será informado de cualquier hallazgo derivado de su participación en la investigación, que pueda cambiar su decisión de continuar en este estudio. El investigador puede retirarlo de esta investigación sin necesidad de su consentimiento.

12) Este estudio será revisado por el Comité Ético Científico, Universidad Católica Silva Henríquez.

Al firmar a continuación acepto que:

He leído este formulario de consentimiento

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los beneficios y los derechos que me asisten.

El investigador principal me puede solicitar abandonar el estudio por razones fundadas,

- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Al momento de la firma recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de consentimiento.

PARTICIPANTE INVESTIGADOR

Nombre: _____

RUT: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____