

ORIGINALES

Impacto de una formación para los trabajadores de centros escolares en el manejo de la reanimación cardiopulmonar pediátrica

Marta Redondo Gago. Peditra de Atención Primaria. Centro de Salud Coll d'en Rabassa, Gerencia de Atención Primaria. IB-Salut Palma de Mallorca.

Enrique Álvarez Porta. MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Coll d'en Rabassa, Gerencia de Atención Primaria. IB-Salut Palma de Mallorca.

María Isabel Rosell Malchirant. MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Coll d'en Rabassa, Gerencia de Atención Primaria. IB-Salut Palma de Mallorca.

Catalina Isabel Bisbal Navarro. MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Coll d'en Rabassa, Gerencia de Atención Primaria. IB-Salut Palma de Mallorca.

Sebastià Marc Llull. Unidad de Investigación. Gabinete técnico. Gerencia de Atención Primaria. IB-Salut Palma de Mallorca.

Para contactar:

Marta Redondo Gago: mredondo3@ibsalut.caib.es

RESUMEN

Introducción: a pesar de la importancia atribuida a la necesidad de formación en reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B) pediátrica en nuestro medio, en las Baleares no existen programas específicos de formación en RCP-B pediátrica dirigidos a los trabajadores de los centros escolares.

Objetivos: instruir al personal docente y no docente que trabaja en colegios de la Zona Básica de Salud del Coll d'en Rabassa en la RCP-B pediátrica y el uso del desfibrilador semiautomático (DESA).

Métodos: estudio pre-postintervención para evaluar la satisfacción, el impacto en los conocimientos y las aptitudes de la formación a profesionales de centros educativos en RCP-B pediátrica y el uso del DESA. Los profesionales sanitarios del centro de salud se desplazan a los colegios para realizar una charla teórica y tres talleres prácticos. Al mes de la intervención se volvió para la reevaluación de lo aprendido.

Resultados: participaron 90 personas de tres centros educativos (uno de los centros rechazó la propuesta). El 30% ya habían recibido alguna formación sobre reanimación. Los conocimientos pasaron de 3,3 sobre 10, antes de la intervención a 7,9 después. Mejoró también la autoeficacia y se redujo la percepción de la complejidad. Las habilidades persistían al cabo de 1 mes de la intervención. La valoración del curso fue de 6,7 sobre 7.

Conclusión: una intervención sobre reanimación cardiopulmonar pediátrica realizada por sanitarios de Atención Primaria sobre trabajadores de centros educativos ha resultado eficaz para mejorar conocimientos y habilidades. La eficacia persiste al cabo de 1 mes.

Palabras clave: enseñanza, pediatría, reanimación cardiopulmonar, desfibrilador semiautomático.

IMPACT OF TRAINING SCHOOL WORKERS IN PEDIATRIC CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

Abstract

Introduction: Despite the importance of the need to provide training in pediatric cardiopulmonary resuscitation in our environment, in the Balearic Islands, school workers are not provided with specific educational programs regarding pediatric cardiopulmonary resuscitation training.

Objectives: To provide teaching and non-teaching staff working at schools in the Basic Healthcare Area of Coll d'en Rabassa to provide pediatric cardiopulmonary resuscitation using a semi-automatic defibrillator (SAD).

Methodology: Pre-post study to evaluate the satisfaction and the impact on both knowledge and attitude of the training on pediatric cardiopulmonary resuscitation and the use of the SAD by professionals in schools. The healthcare professionals from the health centre visited schools to give a theoretical talk and three practical workshops. A month after their intervention, they went back to assess what they had learnt.

Results: 90 people from the three different schools participated (one of them rejected our proposal). 30% had already been given some kind of training on resuscitation. The knowledge increased from a 3.3 out of 10 before the workshop to 7.9 after. Self-efficacy improved and the perception of complexity decreased. The abilities acquired persisted a month later. The workshop rating was of 6.7 out of 7.

Conclusion: A workshop on pediatric cardiopulmonary resuscitation given by primary health care providers to school workers has been proven to be successful in improving their knowledge, ability and self-efficacy one month later.

Key words: teaching, pediatrics, cardiopulmonary resuscitation, automated external defibrillator.

INTRODUCCIÓN

El paro cardíaco no esperado es la principal causa de muerte o lesiones irreversibles en los países industrializados, y en más del 90% de las ocasiones ocurre fuera del hospital¹. La parada cardiorrespiratoria es una de las causas de muerte más frecuentes en la población infantil y sucede en la mayoría de los casos en niños sanos como consecuencia de un accidente extrahospitalario. Los accidentes son la causa más habitual de muerte en niños por encima del año de edad. Las causas más comunes de muerte por accidente son los accidentes de tráfico, el ahogamiento, las lesiones intencionadas, las quemaduras y las caídas. Las características y los mecanismos causales de las paradas cardiorrespiratorias son diferentes en el niño y en el adulto, por lo que la reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B) pediátrica y su aprendizaje precisan un ámbito de estudio específico.

La causa más habitual de las paradas es una fibrilación ventricular (FV). Aunque esta fibrilación es poco frecuente en población pediátrica, su pronóstico es igualmente bueno cuando se realiza desfibrilación precoz. Los desfibriladores semiautomáticos (DESA) son fáciles de usar y pueden ser manejados por cualquier ciudadano, cuando ha recibido una formación mínima². Se pueden encontrar en los grandes almacenes o centros comerciales, y se recomienda su ubicación en lugares públicos y en ámbitos sanitarios extrahospitalarios. Por todo ello, es importante conocer esta secuencia de actuación y las bases de su funcionamiento, y adquirir las habilidades para aplicarlo en niños de forma segura y eficaz³.

Aunque la incidencia de FV en niños es baja, varios estudios refieren que un ritmo desfibrilable (FV y taquicardia ventricular sin pulso) oscila entre el 10 y el 20% de los casos de parada cardíaca pediátrica tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario. El DESA se incluye en la RCP-B instrumentalizada a partir de 1 año de edad: en los mayores de 8 años se utilizará un DESA normal y en niños de 1-8 años se debe usar de forma ideal un dispositivo provisto de un sistema atenuador de dosis, aunque si este no estuviera disponible, se podría emplear un DESA normal. En la mayoría de los casos pediátricos, si el reanimador está solo, se realizará RCP inmediata antes de alertar a los servicios de urgencia y procurar un DESA. Sin embargo, si la parada es súbita y presenciada, el reanimador debe alertar de inmediato a los servicios de emergencia para que el DESA pueda utilizarse lo antes posible. Mientras no se disponga del DESA, se realizarán las maniobras de RCP-B procurando interrumpir lo menos posible las compresiones torácicas^{3,4}.

El pronóstico de la parada cardiorrespiratoria en pediatría es malo, con cifras variables de supervivencia que van del 0 al 25%^{1,2}. Este pronóstico depende de la rapidez y de la efectividad de las maniobras de reanimación cardiopulmonar. La eficacia se relaciona con el entrenamiento recibido por la persona que atiende la parada⁵. Es conocido en la literatura médica que los pacientes con mejor calidad de vida al año de haber sufrido una parada son los que recibieron maniobras de reanimación iniciadas por ciudadanos con instrucción previa⁶. El personal no sanitario, sobre todo, el que mantiene un contacto directo con niños y adolescentes, debería conocer y ser capaz de iniciar las maniobras de reanimación hasta la llegada del equipo de emergencias. Por lo tanto, el personal de los centros educativos es una población diana ideal para recibir formación en RCP-B pediátrica, puesto que pueden ser los primeros en atender al escolar⁵.

En el marco de una red de trabajo comunitario en el barrio del Coll d'en Rabassa de Palma Mallorca, el centro de salud ofrece a los centros educativos de la zona un taller de RCP-B pediátrica que incluye el manejo del DESA en niños. El proyecto que se presenta trata de evaluar la efectividad de estos talleres para mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales de los centros educativos, así como su satisfacción con el curso. También se valoró la persistencia de estos conocimientos y habilidades al cabo de 1 mes.

OBJETIVOS

General: instruir al personal docente y no docente que trabaja en colegios de educación infantil, primaria y secundaria de la Zona Básica de Salud del Coll d'en Rabassa en la RCP-B pediátrica y en el uso del DESA hasta la llegada del equipo de emergencias.

Específicos:

1. Conocer el posicionamiento (conocimientos, interés sobre el tema, aptitudes, dificultades) sobre la RCP-B del personal educativo/no educativo de los colegios de la zona básica de salud.
2. Mejorar las habilidades en la RCP-B e instrumentalizada con DESA de dicho personal.
3. Valorar el impacto de dicha intervención sobre los conocimientos y habilidades adquiridos tanto en la RCP-B (incluyendo la desobstrucción de la vía aérea y la posición lateral de seguridad) como en el uso del DESA.
4. Valorar el grado de satisfacción de los participantes.

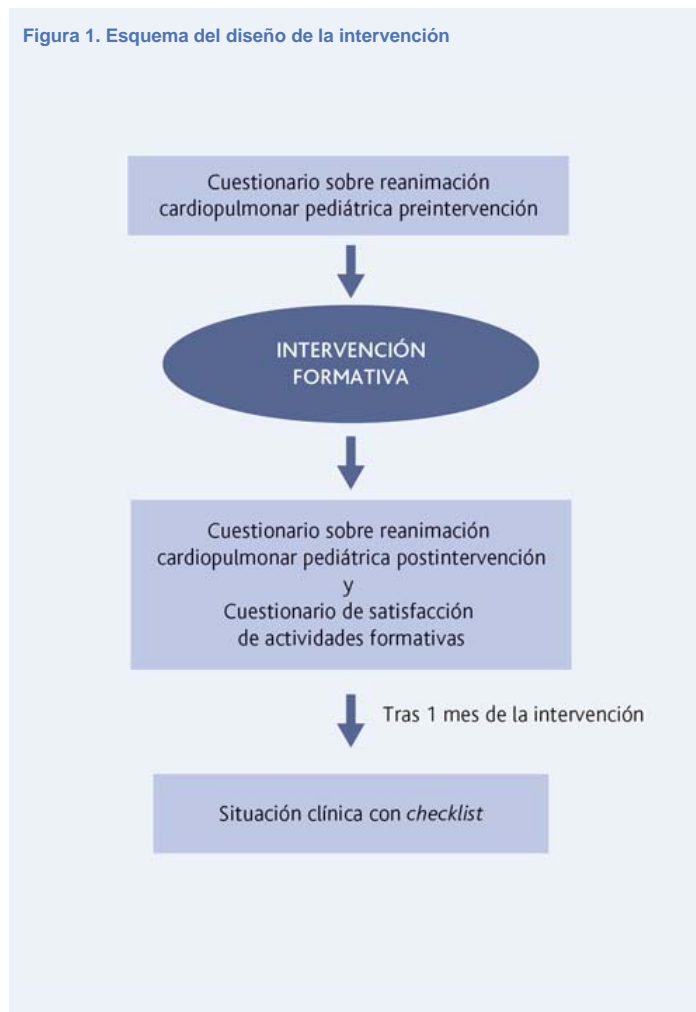
MATERIAL Y MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos señalados, se diseñó un estudio evaluativo con dos etapas: una antes de la intervención educativa y otra tras esta intervención. El ámbito de aplicación de la intervención fueron los centros de educación infantil, primaria y secundaria de la Zona Básica de Salud del Centro de Salud Coll d'en Rabassa. Mediante la plataforma comunitaria de la cual forman parte diferentes entidades del barrio, se dio a conocer la propuesta de la formación en los cuatro centros educativos. También se contactó directamente con cada uno de los centros y se acudió para presentar el proyecto. Para cada centro educativo participante se asignó una persona de contacto para coordinar las intervenciones, que encargaba de dar difusión del taller en su centro y concretar el listado de participantes. Se acordaron los días de intervención con cada centro educativo y el equipo de comunitaria pediátrica se desplazó a dichos centros para realizar los talleres. Estos fueron impartidos por profesionales de pediatría del centro salud y residentes de Medicina de Familia y Comunitaria, que previamente habían recibido una formación específica.

Los talleres se iniciaron en los centros escolares durante los cursos escolares 2014-2015 y principios del 2015-2016. Tras 1 mes de la intervención se volvió a los centros educativos para evaluar la persistencia de las habilidades y de los conocimientos, haciendo que las personas que habían participado en el taller aplicaran lo aprendido con muñecos de prácticas mientras un investigador pasaba un *checklist* de evaluación.

Los sujetos del estudio (participantes de la formación) fueron los trabajadores de los centros educativos, con estabilidad laboral, que voluntariamente se apuntaron a los talleres. Se aceptaron todas las categorías, desde docentes a administrativos y personal de mantenimiento y cocina. Uno de los cuatro centros educativos no aceptó la propuesta formativa por rechazo de la dirección del mismo e incompatibilidad horaria de los trabajadores escolares. Se ofreció la formación a 137 profesionales del ámbito de la educación de los otros tres centros que aceptaron la propuesta, 11 de ellos eran trabajadores externos al centro escolar (personal de mantenimiento o de limpieza que no asistieron debido a incompatibilidad horaria). Se obtuvo una alta participación: 94 personas asistieron a los talleres.

Desarrollo de la intervención (figura 1)



Antes de la intervención se proporcionó a cada participante un cuestionario para recabar información sobre sus conocimientos y su autoeficacia (autoconfianza en las propias habilidades) en la RCP-B pediátrica. El taller ofrecido duraba alrededor de 2 horas y media y la formación fue en horario extraescolar. En la primera parte (de 1 hora y media) se pasaban los cuestionarios iniciales y se daba una charla teórica sobre los fundamentos básicos de la RCP-B pediátrica. Cada participante del curso recibía un algoritmo de la secuencia de RCP-B pediátrica^{7,8}. Posteriormente, se hacían tres grupos y cada uno iba rotando por un taller breve (20 minutos) de habilidades específicas sobre: 1) desobstrucción de la vía aérea y posición lateral de seguridad; 2) realización de la RCP-B pediátrica, y 3) uso del DESA (figura 2). Al finalizar los talleres se rellenaba un cuestionario similar al inicial y otro de satisfacción. Cada curso disponía de cuatro o cinco sanitarios que guiaban los talleres prácticos, y a cada taller práctico asistían entre cinco y ocho participantes. Así mismo, al mes de realizar el taller, se volvió a los colegios para realizar el *checklist*. La Gerencia de Atención Primaria de Mallorca cedió los muñecos de pruebas y el DESA para hacer los talleres y, posteriormente, para evaluar la persistencia de los conocimientos y habilidades al mes de la intervención.

Figura 2. Participación activa en los talleres





Arriba e izquierda: parte teórica. Arriba y derecha: RCP-B. Abajo e izquierda: posición lateral de seguridad y maniobra de Heimlich. Abajo y derecha: uso de DESA.

Recogida de los datos

El cuestionario antes de la intervención incluía datos generales como sexo, edad, años de experiencia y puesto de trabajo. Tanto el cuestionario de antes de la intervención como el pasado tras la realización de esta incluían las cuestiones que pueden verse en la [figura 3](#). (El cuestionario fue diseñado para este proyecto, por lo que no está validado.)

Por otra parte, tras el cuestionario postintervención, se añadió una encuesta de satisfacción con 16 ítems que valoraban con una escala tipo Likert (rango de 1 a 7, siendo 1 el mínimo y 7 el máximo) los siguientes componentes: objetivos y contenido, metodología, condiciones y ambiente, utilidad y valoración general.

Al mes se realizó una evaluación práctica para valorar la persistencia de las habilidades adquiridas mediante la resolución de una situación clínica que precisaba una reanimación cardiopulmonar simulada con un muñeco. La evaluación se hacía con un *checklist* de 12 ítems que el conductor del taller rellenaba, recogiendo si realizaba bien cada uno de los pasos de la RCP-B pediátrica y el uso del DESA ([figura 4](#)).

Figura 4. Situación clínica y *checklist* (al mes de la intervención)

Situación clínica

Usted se encuentra en el comedor escolar, cuando ve que un niño de 10 años comienza a toser de manera llamativa y a ponerse rojo. ¿QUE HARÍA?
 La tos no es efectiva. ¿QUE HARÍA?
 De pronto, el niño se desploma en el suelo. ¿QUE HARÍA?
 Ver-oír-sentir... Pero no respira. ¿QUE HARÍA?
 Tras las 5 ventilaciones de rescate, el niño comienza a moverse. ¿QUE HARÍA?
 En lugar de moverse, tras las 5 ventilaciones de rescate, el niño no reacciona. ¿QUE HARÍA?
 Después de realizar maniobras de RCP durante 1 minuto. ¿QUE HARÍA?
 En este momento, le traen un DESA que había en secretaría. ¿QUE HARÍA?

Checklist para comprobar las habilidades en RCP/DESA/obstrucción vía aérea

1. En atragantamiento realiza la secuencia correcta	Sí	No
2. En atragantamiento realizar golpes interescapulares y compresiones abdominales	Sí	No
3. Pide ayuda al entorno	Sí	No

4. Determina nivel de conciencia de forma correcta	Sí	No
5. Realiza la apertura de la vía aérea correctamente (maniobra frente-mentón)	Sí	No
6. Ventilaciones efectivas	Sí	No
7. Posición lateral de seguridad correcta	Sí	No
8. Activa correctamente al servicio de emergencias	Sí	No
9. Secuencia RCP básica correctamente (1 minuto)	Sí	No
10. Masaje cardíaco con ritmo correcto y efectivo	Sí	No
11. Correcta coordinación entre reanimadores	Sí	No
12. Utiliza correctamente el DESA	Sí	No

Procesamiento y análisis de los datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos mediante el programa SPSS 23. La comparación de los resultados de los cuestionarios antes y después de la intervención se hizo mediante la prueba de la T de Student. Se consideró significativo en valor de $p < 0,005$.

RESULTADOS

Participaron en los talleres 94 profesionales del ámbito de la educación de tres de los cuatro centros escolares de la zona de salud. Respondieron al cuestionario 90 personas (89 el de satisfacción), de las cuales 78 eran mujeres. La media de edad fue de 42,3 años (rango: 26-64) y los años de experiencia acumulados de 13,6 (rango: 1-35). El 25% eran profesores de educación infantil, el 37,5% de primaria, el 16% de secundaria y el resto tenía otras profesiones (departamento de orientación, administrativos, cocina, etc.). El 42% era del Colegio Lladó, el 37% del Colegio Público Molinar y el 21% del Colegio Público Coll. El 30% habían recibido formación previa sobre RCP-B y no se detectaron diferencias significativas ni por edad ni por sexo.

Los conocimientos antes de la intervención puntuaron 3,3 sobre 10 (el 18% puntúa más de 5) y después de la intervención se puntuaron 7,9 sobre 10 (90% puntúa más de 5). Estas diferencias son estadísticamente significativas. También mejoró la autoeficacia en todos los escenarios: detección de parada respiratoria (24% antes de la intervención frente a 87% después de la intervención); inicio de reanimación (22% antes de la intervención frente a 96% después de la intervención) y continuidad de la reanimación (26% antes de la intervención frente a 91% después de la intervención).

La percepción de la complejidad de asistir a un menor inconsciente se redujo con la intervención de 6,2 a 5,1 sobre 7. Aun así, esta es la tercera barrera más destacada por los participantes de los talleres para formarse, siendo la primera la falta de tiempo y la segunda la falta de apoyo institucional.

La importancia que se le otorgaba al saber actuar ante sospecha de parada cardíaca era de 6,9 sobre 7. El 77% de los participantes afirma estar dispuesto a formarse en este tema fuera del horario laboral. La valoración general del curso fue 6,8, la de la metodología utilizada 6,7 y de los/las docentes 6,8 (todas las valoraciones sobre 7). En la evaluación de persistencia de las habilidades al mes, la valoración global fue de 7,8 sobre 10 (el 96,5% puntuaron más de 5).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio concluyen que una intervención formativa ofrecida por el centro de salud a trabajadores de los centros educativos de la zona es efectiva para mejorar conocimientos, habilidades y autoeficacia de la aplicación de la RCP-B pediátrica y el uso del DESA en niños. Además, estas habilidades persisten al cabo de 1 mes y han despertado el interés de los participantes de los talleres.

La formación en reanimación cardiopulmonar no está estipulada en nuestro país en ninguna categoría profesional no sanitaria, aunque hay multitud de iniciativas autonómicas y también existen en otros países europeos y en Estados Unidos, que reconocen que las escuelas son un lugar idóneo para extender los conocimientos y las habilidades en la recuperación cardiopulmonar entre la población^{9,10}. Nuestro trabajo centra este aprendizaje en los trabajadores de los centros de educación infantil, primaria y secundaria, ya que pueden ser los primeros que deben saber cómo actuar ante una parada cardiorrespiratoria en un alumno.

Es conocido que la actuación inmediata de cualquier persona capacitada para aplicar medidas elementales de RCP-B es de vital importancia hasta la llegada de los profesionales sanitarios. A pesar de todo ello, solo un 25% de las muertes presenciadas reciben RCP-B por parte de testigos presenciales cuando numerosos estudios han demostrado que es un factor pronóstico independiente de supervivencia. También cabe destacar que el uso de los DESA ha aumentado las tasas de supervivencia de la parada extrahospitalaria de un promedio estimado de 7,9% hasta cifras de entre 47,3 y 53%¹¹.

El estudio refleja una alta disposición para el aprendizaje de la secuencia de recuperación cardiorrespiratoria por parte del personal que trabaja en los centros educativos y su grado de satisfacción tras el taller es muy positivo. En general, otros artículos consultados coinciden con el alto interés de este colectivo en el aprendizaje de las secuencias de reanimación¹². Los participantes atribuyen una alta importancia al hecho de reconocer la parada cardiorrespiratoria, saber cómo actuar ante la pérdida de conciencia de un menor y cómo iniciar las maniobras de reanimación. Por otro lado, también manifiestan la necesidad de recordar los conocimientos realizando talleres anual o bienalmente y sugieren la necesidad de que dicha formación sea impartida a los alumnos de la ESO. En este sentido existen numerosas iniciativas autonómicas que consideran que esta actividad formativa debería proporcionarse a los alumnos de la ESO (a destacar el programa PROCES en Barcelona, que se implantó en el curso 2002-2003, y el Programa Alertante del SAMUR en la Comunidad de Madrid; ambos ofrecen formación gratuita a los escolares)^{11,12}.

El grado de participación en los talleres realizados es muy alto, pues es una intervención efectiva, de bajo coste y de escasa duración, aunque serían preferibles los recuerdos sistemáticos para atenuar las curvas de olvido.

En cuanto a las limitaciones de la intervención, se debe destacar que la adquisición de los conceptos y/o de las habilidades de RCP-B, a pesar de ser buena entre los participantes, no indica su iniciativa para la actuación en caso de que se produzca un suceso. Además, el estudio solo evalúa la perduración de los conocimientos tras 1 mes de la realización de los talleres al hacer un supuesto práctico con los muñecos a la mayoría de los que participaron en los talleres. Sería necesario ampliar la evaluación a situaciones prácticas y reevaluar la persistencia de los conocimientos a más largo tiempo. Por otro lado, se debería reconocer esta habilidad y disposición de aprendizaje en el currículum de los trabajadores de los centros escolares.

Todo ello hace reflexionar sobre la necesidad de la implantación de programas de formación a los profesionales de guarderías, colegios e institutos de una forma sistematizada, debido a su trabajo diario con niños y adolescentes. Aunque no siempre la RCP-B puede salvar vidas, sí puede eliminar dudas de los testigos y familiares al acabar con pensamientos del «si hubiera sabido...», «si alguien pudiera haber hecho algo, las cosas hubieran ido de otro modo...». Por tanto, es importante seguir animando pequeñas iniciativas como la nuestra para continuar intentando que la población conozca las secuencias de reanimación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menéndez Suso JJ. Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. *Pediatr Integral*. 2014;XVIII(4):252-60.
2. Rodríguez Núñez A. Avances en el reconocimiento, la reanimación y la estabilización del niño críticamente enfermo. *An Pediatr Contin*. 2014;12(5):244-49.
3. Moriano Gutiérrez A. Algoritmos prácticos de las maniobras de reanimación básica y avanzada en Pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2013;6(4):284-9.
4. Rodríguez Núñez A, Iglesias Vázquez JA. Desfibrilación semiautomática en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(5):478-80.
5. Sastre Carrera MJ, García García LM, Bordel Nieto F, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Benítez Robredo MT, y Equipo de Prevención de Accidentes del Centro Municipal de Salud de Chamberí. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. *Aten Primaria*. 2004;34(8):408-13.
6. García Guasch R, Cerdà M. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar a la población: uno de los pilares para mejorar la supervivencia de los pacientes en paro cardíaco. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(1):13-5.
7. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, fon behalf of the ERC Guidelines Writing Group¹, Rudolph W. Koster, Jonathan Wyllie, Bernd Böttiger. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Resuscitation 81 (2010);1219-76.*
8. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. *Manual de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada Pediátrica y Neonatal*. Madrid: Ed. Publimed; 2002.
9. Miró Ò, Díaz N, Escalada X, Pérez Pueyo FJ, Sánchez M. Revisión de las iniciativas llevadas a cabo en España para implementar la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. *An Sist Sanit Navar*. 2012;35(3):477-86.
10. De Lucas García N. ¿Es útil la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar en etapa escolar? *Evid Pediatr*. 2012;8:72.
11. López MC. Encuesta a profesores de institutos de secundaria sobre la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en sus centros emergencias. 2008;20:251-5.
12. Miró Ò, Jiménez-Fábrega X, Días N, Coll-Vinent B, Bragulat E, Jimenez S, et al. Programa de Reanimación cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): análisis de los resultados del estudio piloto. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(1):4-9.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A Mar Duque Alonso e Isabel Quiñones Torres (enfermeras de pediatría del Centro de Atención Primaria Coll d'en Rabassa, IB-Salut Palma de Mallorca), por su participación activa en la realización de los talleres.

A Rosa Duro Robles (especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Atención Primaria Coll d'en Rabassa, IB-Salut Palma de Mallorca), por el impulso inicial a la realización del proyecto.

A Gaspar Tamborero Cao (especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Atención Primaria Coll d'en Rabassa, IB-Salut Palma de Mallorca), por el apoyo técnico para la realización del estudio.

Y, especialmente, a los tres colegios de nuestra zona básica de salud, por la participación y su predisposición al realizar los talleres.

[Volver](#)

Impacto de una formación para los trabajadores de centros escolares en el manejo de la reanimación cardiopulmonar pediátrica
Marta Redondo Gago, Enrique Álvarez Porta, María Isabel Rosell Malchirant, Catalina Isabel Bisbal Navarro y Sebastià Marc Llull
Comunidad Mayo 2017;19(1):5
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

[Dejar un comentario](#)

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar

