

**PROTOSCOLOS DE
ACTUACIÓN ANTE
SITUACIONES DE
URGENCIA Y PRIMEROS
AUXILIOS EN CONTEXTOS
EDUCATIVOS**

DOSIER



CFIE SORIA 21,22,23 ENERO 2020

**José Salgado Blanco
Emergencias Sanitarias CyL**

ATENCIÓN A LAS URGENCIAS EN CASTILLA Y LEÓN

Para problemas leves, podemos encontrar ayuda en el centro de salud que nos corresponda, y fuera del horario de atención de éstos en el Punto de Atención Continuada (PAC) que esté de guardia.

Recordad que existe un teléfono que atiende consultas sobre urgencias pediátricas 900222000.

Para problemas más serios llamad al 112 que trabaja de forma permanente e ininterrumpida, clasificando, regulando y adecuando la ayuda enviada desde el centro coordinador de urgencias en Valladolid.

Al igual que el 112 disponemos del servicio de urgencias hospitalarias que atiende urgencias ininterrumpidamente.

Consejos sobre salud escolar y pediátrica podéis encontrarlos en el portal de sanidad <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es>.

También existe una app para móviles con consejos ante urgencias infantiles que podéis conseguir aquí: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/app-pediatra-cyl>

PRIMEROS AUXILIOS:

Son las medidas adoptadas inicialmente ante una víctima, es una secuencia de acciones aplicables en cualquier escenario, pretende evitar agravar las lesiones y mejorar el pronóstico posterior.

La secuencia de actuación se recuerda con el acrónimo PAS:



Proteger: primero nosotros, luego la zona del accidente que debemos hacer segura y por último proteger a la víctima.

Alertar: Pedir ayuda al 112.

Socorrer: Intentaremos no mover a la víctima. Si es estrictamente necesario, lo haremos en bloque. Liberar ropa que pueda oprimir, iniciar primeros auxilios hasta que llegue la ayuda sanitaria.

Botiquín Básico:

El botiquín debe estar convenientemente provisto y a punto en cualquier centro docente. Se recomienda que sea hermético, sin llave, transportable fácilmente y dispuesto en un lugar fresco y seco que todo el mundo conozca y pueda acceder a él.

Se recomienda contar con un listado de enseres y una persona responsable de su mantenimiento, aprovisionamiento y vigilancia de caducidades.

Debe contar principalmente con material de curas (gasas, vendas, tiras adhesivas, esparadrapo, tiras de aproximación, suero de lavado y guantes). Los antisépticos recomendados son la povidona yodada y la clorhexidina. No olvidar llevar unas buenas tijeras de punta roma, termómetro, pinzas, linterna y algoritmos de actuación y teléfonos de interés.

PÉRDIDA DE CONSCIENCIA.

La consciencia es la capacidad que tenemos para mantenernos despiertos y alerta. De esta manera somos capaces de percibir los estímulos que nos rodean y poder elaborar una respuesta o reacción adecuada.

La alteración del nivel de consciencia compromete la percepción de sensaciones y la capacidad de reacción ante ellas, con lo que las respuestas, incluso las automáticas, (reflejo de la tos, reflejo corneal, etc.) pueden estar abolidas.

Dependiendo del grado de inconsciencia o de coma, el sujeto puede estar alerta, confuso, obnubilado, letárgico o en coma profundo, donde la desconexión con el medio es total y pueden inhibirse hasta las respuestas reflejas.

Las causas que pueden alterar el nivel de consciencia son muy variadas, incluyendo traumatismos que afecten el sistema nervioso central, alteraciones neurológicas como la epilepsia, lesiones de los vasos cerebrales (ictus isquémicos o hemorrágicos), alteraciones del metabolismo (encefalopatía hepática, coma diabético, etc.), intoxicaciones (alcohol, drogas, medicinas.) y, por último, causas cardiovasculares que imposibilitan un flujo adecuado de sangre al tejido cerebral.

Hablaremos de 2 entidades que cursan con alteración del nivel de conciencia, y que tienen gran prevalencia tanto en adultos como en jóvenes:

1. Presíncope

Sensación inminente de pérdida de consciencia, supone un desvanecimiento momentáneo, breve y superficial.

Se acompaña de síntomas anunciadores que se hacen patentes de forma progresiva: malestar, sudoración, palidez, mareo, visión borrosa, náuseas, debilidad...

2. Síncope:

Si el estado anterior progresa y no se resuelve, podemos llegar a perder la consciencia (síncope). (no recuerda que le pasó porque no estaba consciente).

Aunque existen enfermedades muy graves que pueden dar lugar a síncope, en personas sin patología previa, es relativamente frecuente encontrarnos con síncope desencadenados por diversos estímulos: (dolor, estrés, emociones fuertes, calor etc.). En estos casos el cuadro obedece al efecto prevalente del sistema nervioso autónomo

parasimpático cuyo estímulo provoca vasodilatación, hipotensión y bradicardia, en el denominado síncope vasovagal.

El fracaso del aporte de sangre a los tejidos, ya sea por hemorragias, por infecciones graves, o por alteraciones del corazón provoca el Shock, que cursa con alteración del nivel de conciencia porque también se compromete el riego cerebral.

Los primeros auxilios en el presíncope deberían aplicarse precozmente cuando aparecen los primeros síntomas anunciadores (mareo, náuseas, palidez, visión borrosa).

Lo ideal es tumbarle con las piernas elevadas para favorecer el retorno venoso, aflojar prendas apretadas y tranquilizar a la víctima.

Si la persona ha sufrido un síncope (paciente inconsciente que respira) colocaremos en Posición Lateral de Seguridad y avisaremos al 112.

Normalmente estos episodios se resuelven en pocos minutos si no hay causa subyacente que lo impida.

Algunas circunstancias deben hacernos sospechar que hay una causa grave que ha provocado el síncope:

Son sospechosos de gravedad

- Síncope brusco, sin presíncope
- Síncope durante el esfuerzo o el ejercicio.
- Síncope prolongado (tarda mucho en recuperarse.)
- Síncope en pacientes con enfermedades de base.
- Síncope + alteración de la respiración ¿Parada????
- Síncope que acontece después de cefalea intensa o con dolor torácico previo.

Pérdida de consciencia VII Tratamiento

• Presíncope:

Ante el presíncope (mareo náuseas, visión borrosa, debilidad, sudoración fría palidez)

- Tumbarle con las piernas elevadas.
- Aflojar la ropa.
- Evitar aglomeraciones.
- Tranquilizar.



• Síncope:

- Comprobar respuesta
- Valorar respiración
- PLS
- **MUCHA ATENCIÓN :Alertar 112**
 - Brusco
 - Durante ejercicio o esfuerzo
 - Prolongado
 - Con enfermedades de base
 - Con alteración de la respiración
 - Con dolor torácico o cefalea previa



FIEBRE

La fiebre no constituye una enfermedad en sí, pero nos avisa de que puede estar desarrollándose un proceso infeccioso o inflamatorio.

Decimos que alguien tiene fiebre cuando medimos más de 38°C rectales o más de 37,5°C en axila.

Aunque hay controversia respecto a los posibles beneficios de la fiebre, no existen evidencias de que su tratamiento modifique la evolución del proceso que la generó, ni que se eviten las recurrencias febriles.

Sin embargo, la fiebre sí que puede tener efectos adversos: (artralgias, anorexia, apatía cefalea, nauseas etc.) y el efecto sobre otros órganos y sistemas.

No hay un umbral de temperatura en particular para iniciar el tratamiento antipirético, ya que muchos niños toleran fiebres altas sin parecer enfermos, mientras que otros se muestran irritables e inquietos incluso con febrícula.

Fiebre III

¿Por qué tratar la fiebre?

- La fiebre puede producir sensación de malestar en el niño.
- Aumenta las pérdidas insensibles de líquidos.
- Aumenta la demanda metabólica.



www.fppt.info

El objetivo del tratamiento es mejorar el confort del niño y evitar la deshidratación por el aumento de pérdidas insensibles. Se recomienda retirar la ropa de abrigo de cama, mantener un ambiente fresco y ofrecer líquidos al niño.

Fiebre IV

Tratamiento: El objetivo no es la normotermia, sino mejorar el estado general del niño.

- Asegurar hidratación adecuada, ofrecer agua, zumos..
- Evitar arropamiento excesivo para prevenir la deshidratación y el aumento de la temperatura corporal.
- La aplicación de alcohol o colonia y los baños de agua fría están contraindicados; riesgo de intoxicación por inhalación con unos y aumento de Tª central por vasoconstricción cutánea en otros..



En cuanto a las medidas físicas, quedan proscritos los baños de agua helada, o las frías de alcohol o colonia, por lo perjudicial de la inhalación de vapores sobre todo en niños pequeños.

Respecto al tratamiento farmacológico se ha utilizado ampliamente el paracetamol a las dosis indicadas y es de elección en menores de 6 meses.

El ibuprofeno además de antipirético tiene propiedades antiinflamatorias y goza de excelente sabor.

No debe utilizarse aspirina para el tratamiento de la fiebre en niños, existe riesgo de desarrollar Síndrome de Reye (afectación grave cerebral y hepática) al tratar la fiebre con aspirina en niños con varicela o gripe.

Lograr que la fiebre baje no es sinónimo de mejoría de la enfermedad.

Ante un alumno con fiebre, los padres deben estar informados y dar su consentimiento si el niño va a recibir tratamiento antitérmico.

Además, se alertará a los servicios de emergencia si:

La fiebre se acompaña de disminución del nivel de conciencia.

Fiebre acompañada de dificultad respiratoria o manchas en la piel.

En general todo lactante con fiebre debe ser valorado por un profesional sanitario.



Fiebre VI

Signos de Alarma ante la fiebre:

Derivar inmediatamente a urgencias hospitalarias si:

- Alerta o actividad disminuidas en el niño con fiebre.
- Signos de dificultad respiratoria.
- Alteraciones en la circulación: taquicardia, palidez, mala perfusión o petequias.
- Disminución de diuresis o deshidratación.
- Lactante con fiebre



EPILEPSIA

La epilepsia es una enfermedad que cursa con crisis en las que se produce una actividad neuronal anormal o excesiva en el cerebro. Esta actividad puede tener manifestaciones motoras y/o sensitivas y puede acompañarse o no de pérdida de conciencia.

Las convulsiones y la epilepsia no son lo mismo, aunque la convulsión es una manifestación frecuente en la epilepsia.

Epilepsia II

Convulsiones:

Son los síntomas motores más frecuentes en las crisis epilépticas, se manifiestan como contracciones y relajaciones rápidas, espasmódicas e involuntarias de uno o varios grupos musculares.

Hay convulsiones no debidas a epilepsia: febriles, infecciones del SNC, TCE....



Es una enfermedad frecuente aunque sigue generando muchas dudas a la hora de afrontar una crisis.

¿Qué hacer ante una crisis epiléptica?

• Actuación ante la crisis

- Mantener la calma.
- Evitar daños secundarios. Tumbarse en superficie blanda, decúbito lateral, retirar objetos que puedan herirle.
- No sujetar ni meter nada en la boca
- Actitud expectante/ aviso 112/ medicación si hay instrucciones al respecto.
 - Stesolid 5mg si <3 años via rectal.
 - Stesolid 10mg si > 3 años via rectal.
 - (Insertar en el recto hasta marca circular y apretar canuleta)



- 1- Nos quedaremos acompañando a la víctima vigilando que esté segura. Mantén la calma, controla el tiempo de duración.
- 2- Evita lesiones secundarias: retira objetos que puedan lesionar a la víctima, crea un ambiente seguro. Evita aglomeraciones de gente alrededor.
- 3- No inmovilices a la persona, no hará que pare la convulsión y podríamos lesionarla. Las personas no luchan a propósito en una convulsión. Sin embargo si notan que están sujetos pueden responder de forma agresiva.
- 4- No le pongas nada en la boca y no le des agua ni comida.
- 5- Intenta colocarla de lado, con la ropa aflojada
- 6- Tras la crisis la persona se encontrará confundida, asustada, avergonzada, cansada y puede haberse mordido la lengua o haber relajado esfínteres.
- 7- En algunos casos puede haber orden de tratar con medicación rectal. Recordad introducir la cánula hasta la marca.

- Tras la crisis valorar respiración. Es normal somnolencia, confusión, cansancio, cefalea, saliva sanguinolenta.
- Puede haber relajado esfínteres.
- No ofrecer alimentos ni bebidas hasta recuperación completa
- Integración total del niño epiléptico en las actividades escolares.
- Vigilancia especial en actividades acuáticas. (Acompañamiento permanente en el agua)



Signos de alarma en una crisis epiléptica:

Convulsiones que duran mas de 5 minutos o que no se recupera a su estado habitual.

Convulsiones que se encadenan sin recuperación entre crisis (status convulsivo).

Dificultad respiratoria

Convulsiones en el agua, en persona herida, embarazada o enferma, o primera vez que alguien convulsiona.

CONVULSIONES FEBRILES

Son cuadros convulsivos que aparecen en algunos niños coincidiendo con un episodio de fiebre.

La edad de presentación es entre los 3 meses y los 5 años de edad, con un aumento de incidencia entre los 17 y 22 meses.

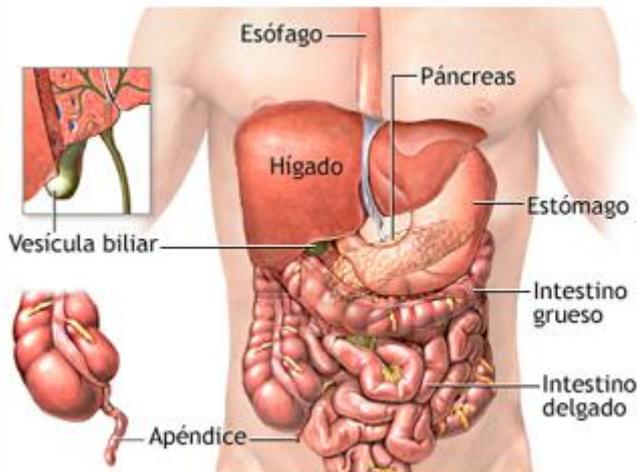
Suelen recidivar incluso en el mismo episodio febril.

Tienen buen pronóstico y no existe riesgo aumentado de desarrollar una epilepsia futura.

Los primeros auxilios en convulsiones febriles son superponibles a los de la epilepsia, sin olvidar tratar en este caso la fiebre.

Dolor Abdominal:

Dolor localizado en abdomen o que irradia al abdomen. Muy frecuentes en edad pediátrica.



Los recidivantes o crónicos merecen estudio diferido. En cuanto a los agudos o recientes, la mayoría de las veces no revisten gravedad. Entre las causas mas frecuentes encontramos transgresiones dietéticas, cólicos comunes, infecciones leves (anginas, otitis, gastroenteritis...)

¿Qué hacer?

Tranquilizar, conseguir un ambiente adecuado y una postura cómoda, con un baño cercano por si aparecieran vómitos o diarrea.

Observación, alertar a los padres y vigilar signos de gravedad:

En general no dar líquidos, ni alimentos, ni analgésicos.



Signos de alarma en el dolor abdominal:

- Dolor intenso bien localizado
- Defensa / descompresión +
- Fiebre
- Vómitos
- Diarrea con productos patológicos.
- Ansiedad, inquietud.
- Sudoración
- Quiétude absoluta



GASTROENTERITIS AGUDA

Son infecciones víricas (frecuentemente) o bacterianas del tracto gastrointestinal.

Clásicamente se caracterizan por cuadros de:

Dolor abdominal, Fiebre, Náuseas, Vómitos y Diarrea. Lo que conlleva un riesgo aumentado de deshidratación y en episodios prolongados de desnutrición.

Actitud:

Alertar a los padres.

Reposo físico y digestivo.

Iniciar rehidratación oral con pequeñas cantidades de soluciones rehidratantes adecuadas, valorando la tolerancia.

- **NO utilizar soluciones caseras ni refrescos comerciales para reponer las pérdidas producidas por las gastroenteritis.**
- **Si acude al comedor escolar, no forzarle a comer.**
- **Probar tolerancia a alimentos sólo con buena respuesta a líquidos.**
- **Si tolera alimento sin vomitar, ofrecer una alimentación suave: cereales como arroz o trigo, patata, pan, carne magra, pescado.**
- **Evitar comidas flatulentas con mucha grasa o azúcar.**

Evitar compartir vasos botellas servilletas y hacer una buena higiene de manos para evitar contagios. Avisar a los servicios sanitarios en brotes múltiples.

INSOLACION-GOLPE DE CALOR

Es el resultado del fracaso del organismo en su capacidad para refrigerarse y mantener una temperatura corporal normal.

La consecuencia es un aumento extremo de la temperatura corporal, que puede comprometer las funciones metabólicas y amenazar la vida.

El cuadro está favorecido por condiciones climáticas extremas (altas temperaturas con elevada humedad ambiental), y se agrava con el ejercicio, la deshidratación, con enfermedades previas y con la ingesta de algunos medicamentos que interfieren con los mecanismos que utiliza nuestro organismo para refrigerarse.

Estos mecanismos de enfriamiento son principalmente la radiación, la evaporación del sudor y la convección.

El cuadro puede iniciarse con síntomas inespecíficos: malestar, cefalea, mareo, náuseas, calambres... Y si el cuadro no se resuelve prontamente, se altera progresivamente el nivel de conciencia, junto con fiebre alta.



Es importante evitar que se desencadene un golpe de calor, comprometiéndonos con los consejos de prevención.

- Reducir la actividad física.**
- Tomar más líquido sin esperar a tener sed.**
- Evitar las bebidas alcohólicas o muy azucaradas.**
- Permanecer en espacios ventilados o acondicionados.**
- Usar ropa ligera, holgada, y de colores claros.**
- Usar sombrero y anteojos oscuros.**
- Comer frutas y verduras. Evitar las comidas abundantes.**
- No estar al sol en exceso, ni en horas centrales del día (entre las 11 y 17 h).**

Los primeros auxilios tienen su objetivo en disminuir la temperatura corporal.

Ante los primeros síntomas debemos proteger a la víctima de la exposición al sol o a fuentes de calor, hacer que se acueste tumbándola en lugar fresco y ventilado, elevando las piernas y ofreciendo líquidos. Alertar al 112 y acompañar a la víctima hasta que llegue la ayuda.

Si el nivel de consciencia está comprometido (obnubilado, confuso, comatoso...), misma actitud descrita anteriormente y además vamos a enfriar a la persona con paños húmedos o humedeciendo la ropa y si es posible exponiéndola a corriente de aire que aumente la pérdida de calor.

Nunca debe darse nada por boca si el nivel de consciencia está afectado.



¡¡Sólo si tiene buen nivel de consciencia¡¡

HEMORRAGIAS

Es la pérdida sanguínea por rotura de los vasos sanguíneos (arterias, venas o capilares)

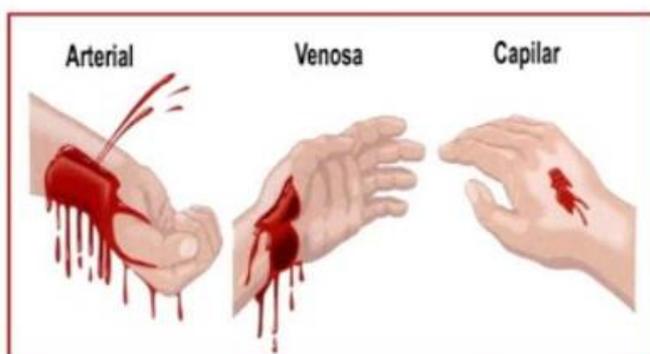
Podemos clasificarlas pues en función del vaso dañado:

Hemorragias arteriales: Sangrado pulsátil, alta presión, sangre de color rojo vivo.

Hemorragias venosas: Sangrado continuo, baja presión, sangre rojo oscuro.

Hemorragia capilar: No se identifica un punto único de sangrado, son múltiples bocas capilares que rezuman (sangrado en sábana).

Tipos de Hemorragia Externa



Por otro lado, pueden ser:

Externas, si existe solución de continuidad en la piel.

Internas: no las vemos a simple vista. Piel indemne. Muy peligrosas

Exteriorizadas: internas que afloran por orificios naturales (sangre por ano, oído, nariz...). Algunas reciben nombres especiales:

Melenas: heces negras.

Rectorragia : color rojo.

Hematuria: orina teñida de rojo.

Metrorragia: hemorragia fuera de menstruación.

Hematemesis: emisión de sangre por boca procedente de tubo digestivo

Hemoptisis: sangre por boca procedente de vías respiratorias.

Epistaxis: sangrado nasal.

Otorragia: sangrado por oído.

La gravedad de la hemorragia está en función de la velocidad de sangrado, del volumen perdido y sobre todo de la posibilidad o no de cohibirla.

Tratamiento

TRATAMIENTO GENERAL

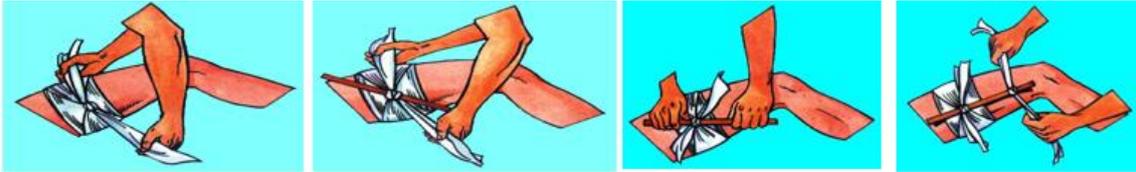
Como norma general el control de la hemorragia se hará siempre mediante **compresión directa y elevación del miembro si procede.**

Comprimir fuertemente con gasas, elevando el miembro afectado. Si la gasa se impregna de sangre añadir más sobre la anterior manteniendo la presión.



Sólo en casos extremos nos veremos obligados a usar un torniquete

Se aplica sobre miembros por encima del punto sangrante. Debe ser una compresión circular ancha y se aprieta hasta el cese del sangrado por colapso de todos los vasos sanguíneos. Apuntad la hora en la que se colocó.



Epistaxis:

En el caso de un sangrado nasal (epistaxis), apretar la nariz haciendo pinza con los dedos índice y pulgar, con la fuerza necesaria para cohibir la hemorragia durante 10-15 minutos. La postura del sangrante debe ser neutra o inclinado hacia adelante para evitar que la sangre vaya hacia faringe. Si tras 15 minutos de mantener la pinza la hemorragia no cede

avisar al 112 manteniendo la maniobra.



TRAUMATISMOS

Un traumatismo supone una lesión de tejidos y estructuras del organismo secundarias a la transferencia de energía cinética. La enfermedad traumática es una verdadera pandemia en el mundo y conlleva un enorme coste sanitario y social, con alta probabilidad de secuelas permanentes que obligan a concentrar gran parte de los esfuerzos en la prevención.

Contusión: Lesiones sin pérdida de solución de continuidad en la piel, se manifiestan localmente con los componentes clásicos de la inflamación (calor, dolor, tumor y rubor) y clásicamente los describimos como hematomas, eritemas, chichones...

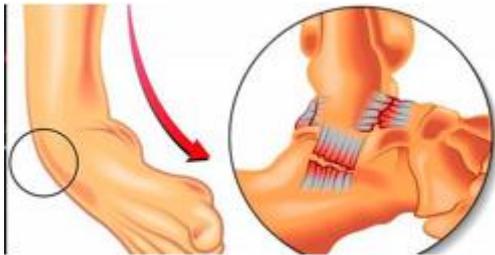


La gravedad depende de la zona contundida y de la energía de impacto. Bajo riesgo de infección. La asistencia inicial incluye reposo de la zona contundida y hielo local, nunca directamente sobre la piel y a intervalos de 5-10 minutos.

Esguinces:

Supone una separación temporal de las superficies articulares por esfuerzo inadecuado de la articulación con estiramiento de sus ligamentos más allá de su resistencia.

Aparecen más frecuentemente cuando hacemos sobreesfuerzos sin calentamiento previo, o por torceduras accidentales.



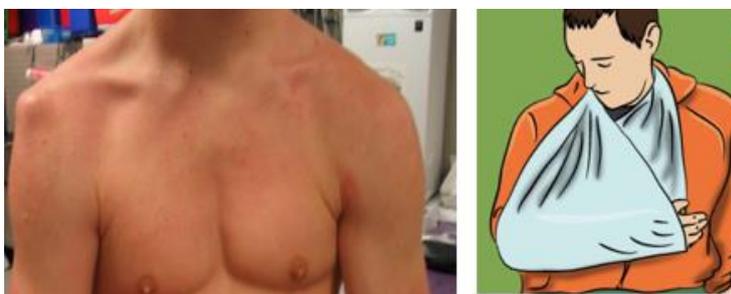
Se manifiestan con dolor e inflamación inmediata, limitación funcional y hematoma que puede ser más tardío.

Los primeros auxilios incluyen el reposo de la articulación, con elevación del miembro, aplicación de hielo local y vendaje compresivo que limite el movimiento articular, respetando siempre una posición natural funcional.

Luxación:

Separación de las superficies articulares de los huesos que forman la articulación. Siempre está asociado a una mayor o menor distensión ligamentosa, por lo que en ocasiones se habla de esguince-luxación.

Produce un intenso dolor, con impotencia articular y deformidad evidente en la mayoría de las ocasiones.

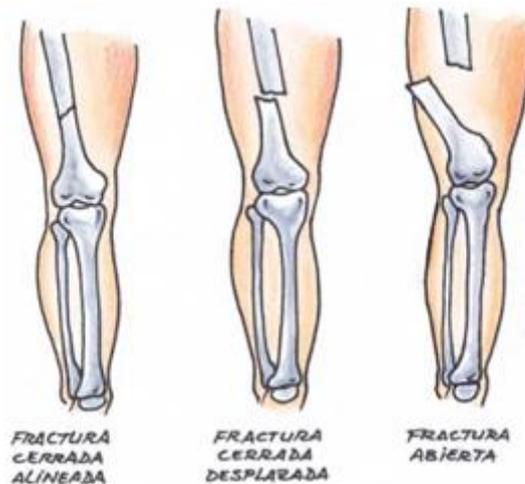


Avisaremos al 112. El traslado al hospital no debe demorarse pues los músculos periarticulares se contracturan progresivamente y en ocasiones pueden estar comprometidos la inervación o los vasos de la articulación. Inmovilizaremos en la posición más antiálgica (que nos dirá la víctima) con ayuda de vendajes o pañuelos.

Fracturas:

Son roturas del hueso, ya sea por impacto, torsión, tracción o flexión. Los fragmentos generados en la fractura, pueden estar mas o menos desplazados dando lugar a distintos grados de deformidad y pudiendo lesionar tejidos adyacentes.

Todas las fracturas sangran y las que afectan a huesos como el fémur o la pelvis pueden dar lugar a hemorragias internas significativas.



En ocasiones un fragmento óseo puede causar una herida de dentro a fuera quedando el hueso expuesto o no, hablamos entonces de fracturas abiertas, que trataremos cuidadosamente para evitar infecciones.

Las fracturas provocan dolor inmediato que se intensifica con el movimiento, impotencia funcional y deformidad.

Nuestra actitud, será la de pedir ayuda sanitaria, inmovilizar el foco de fractura, ya sea con vendajes o férulas improvisadas y aplicar hielo localmente para contener el proceso inflamatorio secundario a la lesión.

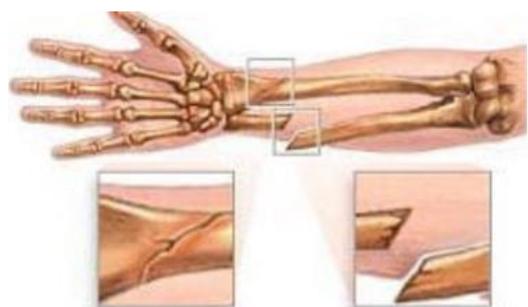
En fracturas abiertas:

¡¡ESPECIAL CUIDADO CON LAS FRACTURAS ABIERTAS!!

En fractura abierta, cubrir herida con gasa estéril humedecida en suero fisiológico.

Controlar sangrados

No intentar reintroducir hueso.



TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. (TCE)

En general nos referimos a cualquier impacto en la cabeza con significación clínica.

Las estructuras que pueden verse afectadas son el cuero cabelludo, el cráneo, las envolturas meníngeas y el encéfalo.



Habitualmente los primeros auxilios se limitan a tratar la contusión o la herida de la forma que ya conocemos, pero en el caso del TCE observaremos y vigilaremos estrechamente a la víctima buscando signos de gravedad o complicaciones que de aparecer nos obligan a activar de inmediato a los servicios de emergencia.

Signos de alarma:

- Traumatismos en la cabeza con pérdida de conciencia.
- Percepción del cuidador de que el niño no actúa "normalmente"
- Convulsiones, ↓ nivel de alerta, alteración de la conciencia.
- Cefalea, vómitos, sangrado por oído.
- Traumatismos de alta energía sin secuelas aparentes.
- Alteración neurológica (focalidad)



Sospechosos de fractura craneal

- Otorragia, otorraquia, rinorraquia
- Ojos de mapache
- Hematoma mastoideo o retroauricular
- hundimientos



HERIDAS

Son pérdidas en la solución de continuidad de la piel o las mucosas.

Según el agente causal podemos encontrar heridas incisivas, contusas, inciso-contusas o punzantes y su gravedad depende de la localización, la profundidad y la extensión.

El procedimiento para la primera atención en las heridas es el siguiente:

- Lavado de manos
- Exponer la herida y valorar gravedad. Control de hemorragias.
- Limpieza con agua o suero a chorro suave
- Aplicar antiséptico (povidona o clorhexidina)
- Cubrir con apósito y sujetar con vendaje o esparadrapo.
- No alcohol, no algodón, no pomadas.

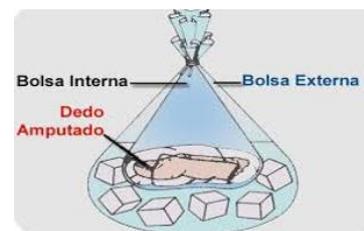


En el caso de una amputación los primeros auxilios están dirigidos principalmente al control de la hemorragia comprimiendo el muñón con gasas estériles (siempre habrá una fractura abierta) y elevándolo como ya sabemos. La parte amputada debe ser trasladada con la víctima, en las mejores condiciones de conservación posible por si fuera posible un reimplante.

AMPUTACIONES

Recoger la parte amputada.

- Cubrir con gasas estériles humedecidas en SF.
- No cortar colgajos.
- Introducir en una bolsa de plástico bien cerrada
- Introducir en una nevera con 1/3 de agua y el resto de hielo.
- Trasladarlo junto con el paciente.



TRAUMATISMOS BUCODENTALES

Si como consecuencia de un traumatismo se produce una fractura de un diente, debemos buscar el fragmento y manipularlo cuidadosamente y alertar a los padres para que lleven al niño al dentista. El fragmento puede ser pegado con un resultado estético y funcional perfecto.

Si el trauma provoca una avulsión completa del diente, lo buscaremos y lo lavaremos unos segundos bajo el grifo cogiéndolo de la corona y evitando manipular la raíz del diente. Si existe la posibilidad de que el dentista pueda atender la urgencia en menos de 1 hora se trasladara a la victima y al diente en un medio no agresivo (suero fisiológico, leche o dentro de la boca del paciente si está capacitado para hacerlo)

En este plazo el reimplante tiene posibilidades de éxito.

Si el dentista no puede atenderle en menos de 1 hora podemos reimplantar nosotros el diente en el alveolo que la víctima mantendrá posicionado mordiendo suavemente una gasa o pañuelo hasta que pueda ser atendido por el profesional.

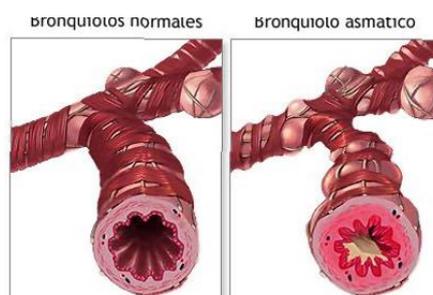
Traumatismos bucodentales



ASMA BRONQUIAL

El asma es una enfermedad crónica frecuente en la infancia. Clásicamente se describe por episodios recurrentes de DISNEA, TOS y SIBILANCIAS, y puede acompañarse de otros síntomas como estornudos, picor nasal, rinorrea etc.

Estos episodios pueden desencadenarse espontáneamente o por diversos estímulos (aire frío, estrés, irritantes ambientales, contaminantes, alérgenos, infecciones del tracto respiratorio etc.)



Fisiopatológicamente, los bronquios de las personas que sufren episodios de asma, reaccionan exageradamente ante estos estímulos y se inflaman, se constriñen y se llenan de mucosidad. Las crisis pueden progresar muy rápido y en ocasiones comprometer la respiración y por tanto la vida.

Los primeros síntomas anunciadores de una crisis son la tos, silbidos en el pecho y sensación de falta de aire.

Primeros auxilios: la mayoría de los asmáticos tienen un tratamiento de base y un tratamiento de rescate que deben llevar consigo ante crisis emergentes. La medicación se administra en forma de aerosol desde un inhalador presurizado y la única dificultad es sincronizar la inspiración con la descarga del aerosol.

Debemos apartar a la víctima del posible desencadenante, aislándola de humos, olores fuertes y ambientes con polvo. Mantened la calma e intentad transmitir tranquilidad.



Salvo niños muy pequeños es el propio afectado quien se administra la medicación de rescate que suele actuar rápidamente mejorando la sintomatología. Nosotros sólo acompañaremos observando la evolución y alertando al 112 en caso necesario.

Los medicamentos para crisis asmática son del grupo de los broncodilatadores, y en los niños pequeños son preferidos en aerosoles presurizados con cámara espaciadora.

Administrar 2-4 inhalaciones de su broncodilatador cada 20 minutos durante la primera hora. Si no mejora, repetir y avisar a 112 y familia.

Los más pequeños pueden requerir ayuda, y si no sincronizan bien la inhalación deben utilizar cámaras espaciadoras donde se deposita la dosis de aerosol mientras lo inhalan sin necesidad de sincronización, respirando en la cámara espaciadora por la boca.

Vigilar aires acondicionados, control de salas con acumulación de polvo, tiza.

En el asma inducido por ejercicio: medicación antes del inicio (si hay instrucción al respecto), calentamiento suave y progresivo, respirar por la nariz, descansos cuando precise.

No olvidar la prevención.

CUERPO EXTRAÑO EN OJO

Cualquier partícula en el ojo es capaz de provocar síntomas irritativos: dolor, picor, escozor, ojo rojo, fotofobia, alteración visual, lagrimeo etc.

Actitud:

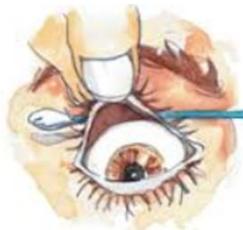
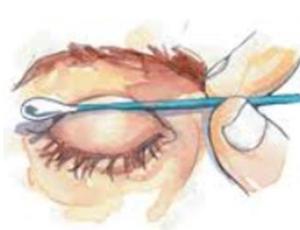
Evitar que se frote el ojo, tranquilizar.

Nos lavamos las manos, hay que retirar las lentillas si las hubiere.

Exploramos el ojo empezando por evertir el párpado inferior buscando cuerpos extraños. Si son visibles se puede intentar extraer con la punta de una gasa o pañuelo, o lavar con suero fisiológico con ayuda de una jeringuilla.



Para evertir el párpado superior podemos ayudarnos de un bastoncillo de los oídos, sujetando el párpado por las pestañas y pidiendo a la persona afectada que dirija la mirada hacia abajo. Una vez evertido lavar de la misma forma que el inferior.



Si advertimos un cuerpo extraño enclavado, no intentaremos extraerlo, tapamos el ojo con un parche hecho con gasas y trasladaremos.

QUEMADURAS

Son lesiones en los tejidos ya sea por calor, por frío, por químicos, por radiaciones ionizantes o por electricidad.

La piel es un gran órgano esencial para la vida. Evita la pérdida de líquidos, es nuestra barrera natural contra la infección, regula nuestra temperatura corporal y sintetiza vitamina D.

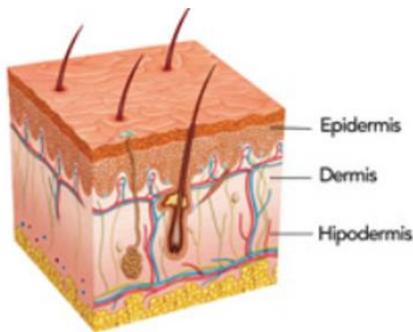
Distinguimos 3 capas:

Epidermis: la mas externa, la que podemos tocar y observar.

Dermis: es una capa intermedia y es la más gruesa. En ella se encuentran las glándulas sudoríparas y sebáceas, los folículos pilosos y los vasos y nervios.

La Hipodermis: mas profunda, principalmente formada por grasa.

Clasificación de las quemaduras:



Quemaduras de 1º grado:

Afectan sólo a epidermis quemadura roja seca y dolorosa.

Quemaduras de 2º grado: afectan a la dermis: rojo oscuro, mojada, brillante, muy dolorosa, presencia de ampollas.

Quemaduras de 3º grado: Afectan a todas las capas o más allá. aspecto negro o nacarado. Indoloras



La gravedad está en función de la profundidad y de la extensión. Se consideran siempre graves, las que afectan a manos, pies, genitales, cabeza, articulaciones y las quemaduras circunferenciales.

Tratamiento :

- No olvidar la regla PAS.
- La quemadura hay que enfriarla !!!!
 - Retirar ropa no pegada y objetos (anillos reloj)
 - Lavar a chorro bajo el grifo o sumergir 10 min.
 - Curar con gasa estéril o tul.
 - Analgesia
- Si gran extensión y profundidad alertar emergencias.



Lo que no hay que hacer:

- No echar cremas, ni pomadas
- No romper las ampollas.
- No arrancar la ropa pegada a la quemadura.

