

ACTUACIÓN ANTE EMERGENCIAS SANITARIAS EN EL COLEGIO
FRANCISCO RODRÍGUEZ CABO
DRCABO@HOTMAIL.COM

GLOSARIO DEL CURSO:

- CONVULSIONES Y EPILEPSIA
- ALERGIAS
- URGENCIAS DIABÉTICAS.
- ASMA
- TRAUMATISMOS Y HERIDAS.
- PÉRDIDA DE CONCIENCIA.
- REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR.
- ATRAGANTAMIENTO.

EPILEPSIA

¿QUÉ ES UNA CRISIS EPILÉPTICA?

ES UN EPISODIO *AUTOLIMITADO* DE ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN CEREBRAL. (CRISIS)
CAUSADO POR UNA ACTIVIDAD ELÉCTRICA *ANORMAL Y EXCESIVA* DE UN GRUPO DE NEURONAS DE LA CORTEZA CEREBRAL.
PUEDE LIMITARSE A UNA **PEQUEÑA ZONA** DEL CEREBRO O AFECTAR A **REGIONES AMPLIAS** DE LA CORTEZA
EN FUNCIÓN DE LA ZONA DE LA CORTEZA CEREBRAL AFECTADA:
SÍNTOMAS MOTORES, SENSITIVOS, AUTONÓMICOS, ETC.

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.

EPILEPSIA: CUANDO SE REPITEN DOS O MÁS EPISODIOS **SIN UNA CAUSA DESENCADENANTE**.

ES UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.

EN OCASIONES LAS CRISIS TIENEN UNA CAUSA DESENCADENANTE COMO TRAUMATISMOS, FIEBRE, HIPOGLUCEMIA...

CRISIS AGUDAS SINTOMÁTICAS O PROVOCADAS.

NO SUELEN VOLVER A APARECER SI SE CONTROLA EL FACTOR DESENCADENANTE.

PARCIALES

GENERALIZADAS

Ausencias

Parciales simples

Mioclónicas

Parciales complejas

Clónicas

Parciales secundariamente generalizadas

Tónicas

Tonicoclónicas

Atónicas

CRISIS PARCIALES.

PARCIALES SIMPLES:

NO PIERDEN EL CONOCIMIENTO.

SÍNTOMAS DE LA ZONA DE CEREBRO QUE SE VEA AFECTADA:

SÍNTOMAS MOTORES: SACUDIDAS RÍTMICAS DE UNA PARTE DEL CUERPO DURANTE SEGUNDOS O MINUTOS. PUEDE SER UN PÁRPADO O UNA EXTREMIDAD COMPLETA.

SÍNTOMAS SENSITIVOS: HORMIGUEOS, ALUCINACIONES VISUALES, OLFATIVAS, AUDITIVAS, O MÁS RARAMENTE GUSTATIVAS.

SÍNTOMAS PSÍQUICOS: PENSAMIENTOS EXTRAÑOS DE APARICIÓN BRUSCA Y CORTA DURACIÓN.

SÍNTOMAS AUTONÓMICOS: SUDORACIÓN INTENSA, MALESTAR ABDOMINAL...

PARCIALES COMPLEJAS

LA PERSONA **PIERDE EL CONOCIMIENTO PERO NO EL TONO MUSCULAR.**

SE QUEDA INMÓVIL DURANTE ALGUNOS SEGUNDOS O MINUTOS.

SUELE ACOMPAÑARSE DE **AUTOMATISMOS** COMO MOVIMIENTOS DE MASTICACIÓN, CHUPETEO O DEGLUCIÓN, ABROCHARSE BOTONES, ETC.

EL CONOCIMIENTO SE RECUPERA POCO A POCO, PERMANECIENDO CONFUSO DURANTE UNOS MINUTOS.

LAS CRISIS PARCIALES COMPLEJAS DEBUTAN CON UN "AURA" DE SENSACIONES EXTRAÑAS QUE PREDICE LA CRISIS ANTICIPÁNDOSE A LA PÉRDIDA DE CONCIENCIA.

PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS:

CUANDO UNA CRISIS FOCAL SE EXTIENDE A TODA LA SUPERFICIE CEREBRAL.

CRISIS GENERALIZADAS

AUSENCIAS:

SON TÍPICAS DE LOS NIÑOS ENTRE 4 Y 8 AÑOS.

PÉRDIDA DE CONCIENCIA DE UNOS POCOS SEGUNDOS DE DURACIÓN.

MIRADA FIJA. NO PIERDEN EL TONO MUSCULAR.

RECUPERACIÓN MUY RÁPIDA.

PUEDEN REPETIRSE MUCHAS VECES A LO LARGO DEL DÍA.

MIOCLÓNICAS:

SACUDIDAS BRUSCAS, ÚNICAS O REPETIDAS DE MUY CORTA DURACIÓN.

DE TODO EL CUERPO O BIEN DE UNA PARTE, SOBRE TODO DE LOS BRAZOS.

SIN ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA.

SUELEN PROVOCAR LA CAÍDA DE LA PERSONA O LO QUE TENGA EN LA MANO.

CLÓNICAS:

MUY INFRECIENTES.

FUNDAMENTALMENTE EN NIÑOS MUY PEQUEÑOS.

PÉRDIDA DE CONCIENCIA.

ESPASMOS MUSCULARES BILATERALES ASIMÉTRICOS.

TÓNICAS:

CONTRACCIÓN MUSCULAR SÚBITA Y MANTENIDA DE SEGUNDOS A UN MINUTO DE DURACIÓN.

PÉRDIDA DE CONCIENCIA.

PUEDE TENER LOS OJOS EN BLANCO.

LA CONTRACCIÓN MUSCULAR MANTENIDA DIFICULTA LA RESPIRACIÓN.

TÓNICO-CLÓNICAS:

FASE TÓNICA: AUMENTO DEL TONO MUSCULAR.

CAEN AL SUELO TÍPICAMENTE EMITIENDO UN GRITO.

FASE CLÓNICA: RELAJACIÓN INTERMITENTE DE LA CONTRACCIÓN MUSCULAR QUE OCASIONA LAS SACUDIDAS BRUSCAS DE TODO EL CUERPO.

DURANTE ESTE TIEMPO LA RESPIRACIÓN ESTÁ SUSPENDIDA Y PUEDEN PONERSE AZULES.

PERIODO POSTCRÍTICO: RECUPERACIÓN PROGRESIVA DE LA CONCIENCIA, SOMNOLENCIA Y CONFUSIÓN. DURA UNOS 10-20 MINUTOS.

ATÓNICAS:

PÉRDIDA BRUSCA DE LA CONCIENCIA Y DEL TONO MUSCULAR CON CAÍDA AL SUELO.

POCOS SEGUNDOS DE DURACIÓN Y RECUPERACIÓN RÁPIDA.

CASI EXCLUSIVAS DE LAS ENFERMEDADES INFANTILES QUE AFECTAN AL CEREBRO.

RIESGO DE TRAUMATISMO PROVOCADO POR LAS CAÍDAS INESPERADAS.

¿QUÉ HACER ANTE UNA CONVULSIÓN?

MANTENGA LA CALMA Y EVITE LAS LESIONES SECUNDARIAS CONTRA OBJETOS DEL ENTORNO O EL SUELO, PARA ELLO:

1. SI PRESIENTE LA CRISIS, AYÚDELE A COLOCARSE DE MANERA QUE NO SE CAIGA O GOLPEE.
2. COLOQUE ALGO BLANDO BAJO LA CABEZA A MODO DE ALMOHADA PARA QUE NO SE GOLPEE CONTRA EL SUELO Y APARTE TODOS LOS OBJETOS QUE HAYA A SU ALREDEDOR CON LOS QUE PUEDE GOLPEARSE.
3. TRATE DE MEDIR OBJETIVAMENTE EL TIEMPO QUE DURA LA CONVULSIÓN
4. SI DURA MÁS DE DOS MINUTOS Y TIENE **DIAZEPAM**, ADMINÍSTRELO.
5. CUANDO CEDA LA CONVULSIÓN COMPRUEBE QUE MANTIENE LA RESPIRACIÓN Y LOS SIGNOS DE VIDA

¿QUÉ NO HACER ANTE UNA CONVULSIÓN?

NO SUJETE A LA VÍCTIMA, DÉJELO QUE SE MUEVA CON LIBERTAD, NO PUEDE DETENERLO Y PUEDE PROVOCAR MÁS DAÑO.

NO INTENTE ABRIR LA BOCA NI INTRODUCIR NADA ENTRE LOS DIENTES

NO INTENTE DARLE COMIDA O BEBIDA HASTA QUE NO ESTÉ TOTALMENTE CONSCIENTE.

EN EL PERIODO POSTCRÍTICO

RECUERDE QUE EL NIVEL DE CONCIENCIA VA A ESTAR ALTERADO.

COLOQUE AL PACIENTE DE LADO. FACILITA LA RESPIRACIÓN Y EVITA EL PASO DE CONTENIDO DE LA BOCA A LA VÍA AÉREA.

ACOMPÁÑE AL PACIENTE HASTA SU RECUPERACIÓN COMPLETA.

COMPRUEBE PERIÓDICAMENTE QUE RESPIRA NORMALMENTE.

¿CUÁNDO LLAMAR A EMERGENCIAS?

CUANDO PRESENCIE UNA CONVULSIÓN AVISE A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA 112.

EL PACIENTE DEBE SER VALORADO POR UN SANITARIO.

ADÉMÁS HAY **CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE DEBEREMOS PENSAR QUE LA CRISIS ES POTENCIALMENTE GRAVE:**

CRISIS EPILÉPTICA POTENCIALMENTE GRAVE

SI LA DURACIÓN DE LA CRISIS ES SUPERIOR A 5 MINUTOS.

SI SE REPITE LA CRISIS EPILÉPTICA EN POCO TIEMPO.

SI TRAS EL PERIODO POSTCRÍTICO PERSISTE ALGÚN DÉFICIT O NO SE RECUPERA POR COMPLETO.

SI LA CRISIS EPILÉPTICA HA CAUSADO ALGÚN TRAUMATISMO IMPORTANTE.

SI LA PERSONA QUE HA SUFRIDO LA CRISIS EPILÉPTICA ESTÁ EMBARAZADA.

SI LA PERSONA QUE HA SUFRIDO LA CRISIS NO ES EPILÉPTICA CONOCIDA. (PUEDE TRATARSE DE UNA CRISIS SECUNDARIA A UNA ENFERMEDAD AGUDA QUE REQUIERA UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO URGENTE)

DIAZEPAM, ¿QUÉ ES? ¿CÓMO SE ADMINISTRA?

EL DIAZEPAM ES UN MEDICAMENTO DE LA FAMILIA DE LAS BENZODIACEPINAS.
SE UTILIZA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN LA FASE AGUDA DE LA CRISIS PARA INTENTAR FRENARLA.
LA FORMA COMERCIAL MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADA ES EL STESOLID™ PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA RECTAL.

ADMINISTRACIÓN DEL STESOLID

EL STESOLID TIENE DOS PRESENTACIONES:

5 MG. PARA MENORES DE 3 AÑOS.

10 MG. PARA MAYORES DE 3 AÑOS.

1. ABRA EL SOBRE QUE CONTIENE LA CANULETA.
2. RETIRE EL TAPÓN DE LA CANULETA RETORCIENDO LA PUNTA.
3. INTRODUZCA LA CÁNULA EN EL ANO, HASTA LA MARCA CIRCULAR.
4. APRIETE LA CANULETA HASTA QUE SALGA EL LÍQUIDO LENTAMENTE.
5. SIN DEJAR DE APRETAR LA CANULETA EXTRAIGALA DEL ANO.
6. CIERRE LAS NALGAS PARA EVITAR QUE SALGA EL CONTENIDO.

●OTROS TRATAMIENTOS

BUCCOLAM

CONVULSIÓN FEBRIL

SON CONVULSIONES EN EL CONTEXTO DE UNA FIEBRE > 38-38,5°C.
AUSENCIA DE EPILEPSIA , ALTERACIONES EN EL EQUILIBRIO HÍDRICO O METABÓLICO O INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
SON LAS CONVULSIONES QUE CON MÁS FRECUENCIA APARECEN EN NIÑOS.

APARECEN ENTRE LOS 6 MESES Y LOS 5 AÑOS SOBRE TODO ALREDEDOR DE LOS 18 MESES.
AFECTAN AL 2-4% DE LA POBLACIÓN DE ESA EDAD.
SUELEN APARECER EN EL PRIMER DÍA DE FIEBRE, EL 25% EN LA PRIMERA HORA.
HASTA UN 1/3 DE LOS NIÑOS REPETIRÁ CONVULSIÓN EN EL MISMO O EN OTRO EPISODIO FEBRIL.

MANIFESTACIONES:

FIJACIÓN DE LA MIRADA O MIRADA HACIA ARRIBA,
RIGIDEZ GENERALIZADA O CONVULSIONES.
PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA DURANTE EL EPISODIO
POSTERIOR CONFUSIÓN Y SOMNOLENCIA (ESTADO POSTCRÍTICO)
LA DURACIÓN DE TODO ESTE PROCESO ES < 15 MINUTOS.

¿QUÉ HAY QUE HACER?

MANTENGA LA CALMA Y:
COLOQUE AL NIÑO CON SUAVIDAD EN EL SUELO O DÉJELO EN LA CUNA O CAMA SI NO PUEDE CAERSE DE ELLA.
APARTE LOS OBJETOS CON LOS QUE PUEDA GOLPEARSE.
COLÓQUELO DE LADO PARA EVITAR EL ATRAGANTAMIENTO Y FACILITAR LA RESPIRACIÓN, RECUERDE QUE ESTÁ INCONSCIENTE..
FÍJESE EN CÓMO ES LA CONVULSIÓN O SI PRESENTA ALGÚN SÍNTOMA QUE LE LLAME LA ATENCIÓN.
TRATE DE MEDIR OBJETIVAMENTE EL TIEMPO QUE DURA LA CONVULSIÓN.
SI TIENE MIDAZOLAM O DIAZEPAM PORQUE LE HAYA SIDO PRESCRITO AL NIÑO CON ANTERIORIDAD ADMINÍSTRELO.

¿QUE NO HAY QUE HACER?

NO INTENTE SUJETAR AL NIÑO DURANTE LA CONVULSIÓN.

NO INTENTE METER **NADA** EN LA BOCA, DEDOS, PAÑUELOS, PALOS...

NO INTENTE DARLE MEDICAMENTOS PARA BAJARLE LA FIEBRE EN ESE MOMENTO NI HASTA QUE HAYA PASADO EL PERIODO POSTCRÍTICO.

NO TRATE DE BAÑARLO PARA BAJARLE LA FIEBRE EN ESE MOMENTO NI HASTA QUE HAYA PASADO EL PERIODO POSTCRÍTICO.

REMITIDO EL EPISODIO LLEVE AL NIÑO AL MÉDICO PARA QUE DESCARTE OTROS PROBLEMAS, INVESTIGUE EL ORIGEN DE LA FIEBRE Y LE PONGA EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO..

TRATAMIENTO DE LA CONVULSIÓN FEBRIL

ANTITÉRMICO COMO EL PARACETAMOL O EL IBUPROFENO.

SI HA TENIDO MÁS DE DOS EPISODIOS CONVULSIVOS O SU DURACIÓN SOBREPASA LOS 5 MINUTOS:

DIAZEPAM RECTAL (STESOLID™) MÁS FRECUENTEMENTE.

MIDAZOLAM ORAL (BUCCOLAM™)

¿CUÁNDO LLAMAR A EMERGENCIAS?

- 1- SI LA CONVULSIÓN DURA MÁS DE 5 MINUTOS
- 2- SI AFECTA SÓLO A UNA PARTE DEL CUERPO
- 3- LE CUESTA RESPIRAR O SE PONE AZUL DURANTE LA CONVULSIÓN.
- 4- NO RESPONDE COMO OTRAS VECES
- 5- SE REPITE EL EPISODIO CONVULSIVO DENTRO DE LAS 24 HORAS
- 6- HA TENIDO QUE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO DE RESCATE QUE LE HAN PRESCRITO.

REACCIONES ALÉRGICAS

¿QUÉ SON? ¿EN QUÉ CONSISTEN?

Una **reacción alérgica** es una respuesta anormal ante determinados estímulos (alimentos, fármacos, picaduras de insectos, etc.) en individuos predispuestos.

Las sustancias capaces de provocar una reacción alérgica se conocen como agentes alergénicos o **alérgenos**.

Causas más frecuentes

Medicamentos: AINEs, penicilinas

Alimentos y aditivos: Fresas, tomates, pescado y marisco, chocolates, quesos...

Ainhalados: Polen, hongos, polvo doméstico, pelos o escamas de animales.

Picaduras de insectos o himenópteros.

Infecciones

Sustancias de contacto: Látex, cosméticos, metales.

Factores físicos: Frío, luz solar, calor...

Idiopático.

Síntomas

- Los síntomas aparecen después de minutos o de horas tras la exposición al agente causal.
- La afectación más frecuente es la de la piel y mucosas.
- Es frecuente que afecte a las vías respiratorias (crisis asmática).
- Pueden afectarse los aparatos digestivo y cardiovascular

•El **angioedema** es una hinchazón de las capas profundas de la piel no pruriginosa (no pica), generalmente indolora, aunque puede producir sensación de quemazón, que afecta sobre todo a cara, párpados, periorbitaria, labios y perioral.

En el intestino ocasiona vómitos, diarrea o dolor abdominal intenso.

En la mucosa laríngea edema de glotis con estridor, disnea, disfagia y sialorrea con riesgo vital.

Pueden perderse líquidos a peritoneo... con hipotensión y shock.

ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

Ante una alumno diagnosticado de cualquier tipo de alergia, sus padres, tutores o responsables directos **deben informar** al director del centro de este extremo, y proporcionar una fotocopia del **informe médico**, su tratamiento, normas básicas de actuación y medicación, así como su **autorización por escrito** para que se le asista o administre la medicación en caso de necesidad hasta que pueda ser atendido por personal sanitario.

Si ya ha sufrido cuadros intensos de urticaria y/o angioedema con **afectación de la vía respiratoria** o cuadros de anafilaxia recurrente, se recomienda llamar a **Emergencias Sanitarias 112**.

Si el personal sanitario se lo indica administrar la siguiente medicación, que **el alumno debería llevar consigo o haber aportado al centro previamente**:

•Jeringa precargada (auto-inyector) de **adrenalina** (Altellus o Jext ® 0,15 mg. para menores de 25 Kg. y de 0,3 mg. para más de 25 kg.).

Aplicar **intramuscular en cara antero-lateral externa del muslo**, si fuese necesario puede administrarse a través de la ropa.

URGENCIAS DIABÉTICAS

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES

PREVALENCIA DEL 13.8% DE LA POBLACIÓN EN ESPAÑA.

TIPO 1:

- 5-10%
- DESTRUCCIÓN DE LAS CÉLULAS BETA DEL PÁNCREAS.
- NO HAY INSULINA
- INFANCIA O ADOLESCENCIA
- TENDENCIA A LA CETOSIS.

TIPO 2:

- 90-95%
- A PARTIR DE LOS 40 AÑOS. OBESIDAD.
- INSULINA NORMAL O ELEVADA
- NO HAY TENDENCIA A LA CETOSIS.

DIABETES TIPO 1

SEGUNDA ENFERMEDAD CRÓNICA MÁS FRECUENTE EN NIÑOS. 1,7/1000. TIPO 1.

DÉFICIT DE INSULINA, AUMENTO DE LA GLUCOSA EN SANGRE.

EL TRATAMIENTO ES UN EQUILIBRIO
ACTIVIDAD FÍSICA

UNA BUENA ALIMENTACIÓN - CONTROL DIETA
MEDICACIÓN - APORTE INSULINA

MANIFESTACIÓN DE LA DIABETES

HIPOGLUCEMIA DISMINUCIÓN GLUCEMIA < 70MG/DL EN SANGRE.

HIPERGLUCEMIA AUMENTO GLUCOSA > 180MG/DL

SINTOMAS DE HIPOGLUCEMIA

A VECES HAY SÍNTOMAS CON VALORES SUPERIORES A 70MG/DL

SÍNTOMAS AUTONÓMICOS: A PARECEN ANTES Y TANTO MÁS CUANTO MÁS RÁPIDA SEA LA BAJADA DE LA GLUCEMIA.
PALPITACIONES, TEMBLOR, ANSIEDAD, SUDORACIÓN, EXCITACIÓN, SENSACIÓN DE HAMBRE, PALIDEZ, PARESTESIAS

SÍNTOMAS NEUROGLUCOPÉNICOS:

- ✓ CEFALEA
- ✓ DEBILIDAD
- ✓ ATAXIA
- ✓ ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO (IRRITABILIDAD, AGRESIVIDAD, CONFUSIÓN).
- ✓ DISMINUCIÓN DE LA CONCIENCIA DE SOMNOLENCIA A COMA.
- ✓ CRISIS CONVULSIVAS

¿QUÉ HAGO?

SIEMPRE CONTROL DE GLUCEMIA

CONSCIENTE Y CON TOLERANCIA ORAL

1. ADMINISTRAR 15GR AZÚCARES RÁPIDA ABSORCIÓN: **2 SOBRES DE AZÚCAR**, PASTILLAS GLUCO-SPORT, MEDIO VASO DE ZUMO O BEBIDA AZUCARADA (175CC.) O 300ML DE LECHE.
2. PASADOS 15 MINUTOS, SI PERSISTEN SÍNTOMAS, REPETIR LOS 15 GR.
3. SI SE RECUPERA ADMINISTRAMOS AZÚCARES ABSORCIÓN LENTA: 20 GR PAN, 3 GALLETAS MARÍA, 2 YOGURES NATURALES O 1 PIEZA DE FRUTA
4. HIPOGLUCEMIA CERCA DE LA COMIDA: AZÚCAR ABSORCIÓN RÁPIDA Y ADELANTAMOS LA COMIDA

INCONSCIENTE O CON INTOLERANCIA POR VIA ORAL

1. LLAMAR AL **112**
2. POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD
3. **NO** ALIMENTOS NI LÍQUIDOS
4. **SI** PASTA DE AZÚCAR Y AGUA EN LAS ENCÍAS
5. ADMINISTRAR **GLUCAGÓN**

GLUCAGÓN

- CONSERVARLO EN NEVERA (2º Y 8º)
- ADMINISTRACIÓN GLUCAGÓN

INYECCIÓN IM O SC CARA ANTERO-LATERAL MUSLO

DOSIS: <2 AÑOS: ¼ AMPOLLA

2 - 6 AÑOS: ½ AMPOLLA

>6 AÑOS: 1 AMPOLLA

-SOLO SI PROFESOR INSTRUÍDO Y VOLUNTARIO

HIPERGLUCEMIA

-NO SUELE PRESENTAR SÍNTOMAS

-SI AUMENTAN VALORES: **POLIURIA (AUMENTO ORINA)**

POLIDIPSIA (MUCHA SED)

-SI AUMENTA AÚN MÁS: **NAÚSEAS, VÓMITO, DOLOR ABDOMINAL, ALTERACIÓN CONSCIENCIA LLEGANDO INCLUSO AL COMA**

¿QUÉ HACEMOS?

CONSCIENTE: DERIVAR AL CENTRO DE SALUD

INCONSCIENTE: *POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD*

LLAMAR 112.

ASMA

¿QUÉ ES EL ASMA?

ENFERMEDAD CRÓNICA MÁS FRECUENTE EN LA INFANCIA.

SE CARACTERIZA POR EPISODIOS RECURRENTES (CRISIS) DE:

- TOS, SIBILANCIAS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y EN OCASIONES SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA.
- PUEDE ACOMPAÑARSE DE ESTORNUDOS, PICOR NASAL Y OCULAR, RINORREA, EXPECTORACIÓN.

¿CUAL ES EL MECANISMO?

LOS BRONQUIOS SE INFLAMAN, SE LLENAN DE MUCOSIDAD Y SE ESTRECHAN POR REACCIÓN EXAGERADA A DIVERSOS ESTÍMULOS.

-LOS EPISODIOS SON REVERSIBLES ESPONTÁNEAMENTE O CON MEDICACIÓN.

-PUEDEN DESENCADENARSE POR:

AIRE FRÍO, EJERCICIO, INFECCIONES, STRESS, ALÉRGENOS, CONTAMINANTES, IRRITANTES...

¿QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA?

-LOS PADRES, PERSONAL SANITARIO Y PROFESORADO DEBEN INSTRUIR AL NIÑO, PARA QUE AVISE EN CUANTO SE DÉ CUENTA DE QUE ESTÁ SUFRIENDO UNA CRISIS.

-LOS SÍNTOMAS ANUNCIADORES DEL INICIO DE UNA CRISIS SUELEN SER: TOS, SIBILANTES AUDIBLES

(“PITOS”: RUIDOS RESPIRATORIOS COMO SILBIDOS), SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE. RESPIRACIÓN RÁPIDA, ALETEO NASAL.

– LO PRIMERO QUE HAREMOS SERÁ APARTAR AL NIÑO DEL POSIBLE DESENCADENANTE (HUMOS, OLORES FUERTES AMBIENTES CON POLVO).

– MANTENDREMOS LA CALMA E INTENTAREMOS TRANSMITIR TRANQUILIDAD.

–SUPERVISAR O ADMINISTRAR LA DOSIS DE MEDICAMENTO INDICADA EN LAS INSTRUCCIONES QUE DEBEN FIGURAR POR ESCRITO, FIRMADAS POR SU MÉDICO Y CON EL CONSENTIMIENTO PREVIO DE LOS PADRES.

–LOS MEDICAMENTOS PARA CRISIS ASMÁTICA SON DEL GRUPO DE LOS **BRONCODILADORES**, Y EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS SON PREFERIDOS EN AEROSOL PRESURIZADOS CON CÁMARA ESPACIADORA.

–ADMINISTRAR **2-4 INHALACIONES** DE SU BRONCODILADOR CADA 20 MINUTOS DURANTE LA PRIMERA HORA. **Si NO MEJORA, REPETIR Y AVISAR A 112 Y FAMILIA.**

PREVENCIÓN DE CRISIS

VIGILAR AIRES ACONDICIONADOS, CONTROL DE SALAS CON ACUMULACIÓN DE POLVO, TIZA, ANIMALES, PÓLENES..

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.

CONTUSIONES Y FRACTURAS

CONTUSIÓN

-LESIÓN SIN SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD EN LA PIEL.

-DOLOR SIN IMPOTENCIA FUNCIONAL.

ESGUINCE

-SEPARACIÓN TEMPORAL DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES

-DOLOR, INFLAMACIÓN Y HEMATOMA

-LIMITACIÓN MOVIMIENTO ARTICULAR SIN DEFORMIDAD OSEA

LUXACIÓN

SEPARACIÓN MANTENIDA DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES
INTENSO DOLOR + DEFORMIDAD + INMOVILIDAD

FRACTURA

ROTURA DE UN HUESO

DOLOR + DEFORMIDAD + HEMATOMA + INFLAMACIÓN + LIMITACIÓN FUNCIONAL

DOS TIPOS:

CERRADAS

ABIERTAS

ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

CONTUSIÓN:

APLICAR FRÍO LOCAL CON PROTECCIÓN
INMOVILIZAR EN APLASTAMIENTOS IMPORTANTES

ACUDIR A UN CENTRO SANITARIO

ESGUINCE

APLICAR FRÍO LOCAL CON PROTECCIÓN
ELEVAR LA EXTREMIDAD Y MANTENERLA EN REPOSO
NO MOVER LA ARTICULACIÓN
ACUDIR A UN CENTRO SANITARIO

LUXACIÓN

APLICAR FRÍO LOCAL CON PROTECCIÓN

NO MOVILIZAR LA ARTICULACIÓN

INTENTAR INMOVILIZAR EN LA POSICIÓN QUE SE ENCUENTRE

ACUDIR A UN CENTRO SANITARIO

FRACTURA ABIERTA

NO INTENTAR INTRODUCIR EL HUESO

TAPAR LA HERIDA CON GASAS ESTÉRILES/LIMPIAS HUMEDECIDAS EN SUERO

NO MOVILIZAR LA FRACTURA

INMOVILIZAR LA ZONA TAL Y COMO LO ENCONTREMOS.

ACUDIR A UN CENTRO SANITARIO

•HERIDAS Y HEMORRAGIAS

HERIDA:

ES LA PÉRDIDA DE CONTINUIDAD DE PIEL O MUCOSAS.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL **AGENTE CAUSAL**:

•HERIDAS **INCISAS**.

•HERIDAS **CONTUSAS**.

•HERIDAS **PUNZANTES**.

FACTORES DE GRAVEDAD:

•PROFUNDIDAD.

•LOCALIZACIÓN.

- EXTENSIÓN.

UNA **HEMORRAGIA** CONSISTE EN CUALQUIER SALIDA DE SANGRE DE LOS VASOS SANGUÍNEOS A TRAVÉS DE UNA **HERIDA** (POR ROTURA ARTERIAL, VENOSA Ó CAPILAR).

SEGÚN EL ORIGEN DE LA HEMORRAGIA:

- HEMORRAGIA **INTERNA:** POR RUPTURA DE ALGÚN VASO SANGUÍNEO EN EL INTERIOR DEL CUERPO.
- HEMORRAGIA **EXTERNA:** POR RUPTURA DE VASOS SANGUÍNEOS A TRAVÉS DE LA PIEL
- HEMORRAGIA EXTERIORIZADAS POR ORIFICIOS NATURALES DEL CUERPO...**BOCA, ANO, NARIZ, OÍDO...

SEGÚN EL TIPO DE VASO SANGUÍNEO ROTO:

- HEMORRAGIA **CAPILAR:** LA MÁS FRECUENTE Y LA MENOS GRAVE. LOS CAPILARES SON LOS VASOS MÁS ABUNDANTES Y DE MENOS PRESIÓN. LA SANGRE FLUYE EN POCA CANTIDAD
- HEMORRAGIA **VENOSA:** POR ALGUNA VENA LESIONADA. SANGRE PERDIDA DE COLOR ROJO OSCURO Y FLUYE LENTAMENTE DE FORMA CONTINUA.
- HEMORRAGIA **ARTERIAL:** POR UNA ARTERIA ROTA. MENOS FRECUENTE PERO MÁS GRAVE. SANGRE DE COLOR ROJO BRILLANTE Y SUELE A PRESIÓN, EN SALTOS RÍTMICOS QUE COINCIDEN CON EL PULSO CARDÍACO.

•CONSECUENCIAS DE LAS HEMORRAGIAS

*CUANDO EL SANGRADO ES IMPORTANTE E IMPLICA UNA PÉRDIDA DE VOLUMEN DE SANGRE QUE SE APROXIMA AL 50%, PUEDE PRODUCIRSE UN **SHOCK**.*

LA CANTIDAD DE SANGRE DE UNA PERSONA ESTÁ EN RELACIÓN CON SU EDAD, PESO, SEXO Y ALTURA, UNA PERSONA ADULTA SE PUEDE CONSIDERAR QUE TIENE ENTRE 4,5 Y 6 LITROS DE SANGRE.

LA GRAVEDAD DE UNA HEMORRAGIA DEPENDE DE:

- ✓**LA VELOCIDAD** CON QUE SE PIERDE LA SANGRE.
- ✓**EL VOLUMEN** DE SANGRE PERDIDO.
- ✓**EDAD** DE LA PERSONA.
- ✓**ENFERMEDADES** QUE PADEZCA EL INDIVIDUO.

TORNIQUETE

ES UNA MANIOBRA ENCAMINADA A PALIAR UNA HEMORRAGIA AGUDA, QUE NO PUEDE SER CONTENIDA POR EL SISTEMA CONVENCIONAL, MEDIANTE LA COMPRESIÓN DE TODOS LOS VASOS SANGUÍNEOS EN UNA ZONA CIRCULAR PRÓXIMAL

HEMORRAGIAS NASALES

COMPRIMIR LA NARIZ 2 MINUTOS

SI NO ES SUFICIENTE COMPRIMIR OTROS 5 MINUTOS

SI NO ES SUFICIENTE, TAPONAR LA PARTE ANTERIOR DE LA NARIZ CON UNA GASA IMPREGNADA EN AGUA OXIGENADA.

HERIDAS EN TÓRAX

NO REMOVER OBJETOS CLAVADOS EN EL TÓRAX

TAPAR CUALQUIER HERIDA ASPIRANTE DE AIRE PARA EVITAR UN NEUMOTÓRAX A TENSIÓN. PUEDE HABER MÁS DE UN ORIFICIO

HERIDAS EN ABDOMEN

NO REMOVER OBJETOS CLAVADOS EN ABDOMEN

SI HAY SALIDA DE CONTENIDO ABDOMINAL POR LA HERIDA, TAPARLO CON UNA GASA ESTÉRIL HÚMEDA Y NO TRATAR DE REINTRODUCIR EN EL ABDOMEN DE NUEVO.

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.(PREAVISO).
- TAPONAR LA HEMORRAGIA DEL MUÑÓN (VENDAJE CON GASAS ESTÉRILES HUMEDECIDAS EN SF).

PÉRDIDA DE CONCIENCIA.

CAUSAS

SÍNCOPE: PÉRDIDA BRUSCA, TRANSITORIA Y BREVE DE LA CONSCIENCIA Y DEL TONO MUSCULAR DEBIDO A UNA DISMINUCIÓN BRUSCA DEL RIEGO CEREBRAL QUE SE RECUPERA DE FORMA ESPONTÁNEA, RÁPIDA, COMPLETA Y SIN SECUELAS.

VASO VAGAL: MUY FRECUENTE EN LA ADOLESCENCIA, CON MÁS FRECUENCIA EN MUJERES.

SÍNTOMAS DE PALIDEZ, SUDORACIÓN, MALESTAR ABDOMINAL, NÁUSEAS, VISIÓN BORROSA, ACÚFENOS (PRESÍNCOPE)

PROVOCADO POR MIEDO, DOLOR, ESTRÉS EMOCIONAL...

OTROS TIPOS DE SÍNCOPE

SÍNCOPE ORTOSTÁTICO O POSTURAL: Es más frecuente en ancianos, cuando nos incorporamos después de permanecer mucho tiempo tumbados o sentados.

SÍNCOPE TUSÍGENO: Se produce después de un ataque de tos o tras sucesos repetidos de risa o estornudos.

SÍNCOPE MICCIONAL: Durante o inmediatamente después de la micción. Está causado por la estimulación del nervio vago que conduce a una bajada de la frecuencia cardíaca y situación de hipotensión arterial, por el vaciamiento rápido de la vejiga.

SÍNCOPE POR HIPERSENSIBILIDAD DEL SENO CAROTÍDEO: Es más frecuente en ancianos y se produce por compresión del seno carotídeo. El síncope se produce cuando una persona se aprieta la corbata, se afeita, se abrocha la camisa o mueve la cabeza.

SÍNCOPE CARDIOGÉNICO: Supone el 10% de los síncope y se debe generalmente a **ARRITMIAS**. Es el de **MAYOR**

PELIGROSIDAD Y SUELE APARECER DE MANERA BRUSCA SIN SÍNTOMAS QUE PERMITAN PREDECIRLO.

OTRAS CAUSAS DE PERDIDA DE CONCIENCIA

ESPASMO DEL LLANTO: EDAD PREESCOLAR. (2-3 AÑOS HASTA LOS 5)

TRAS SUSTO O TRAUMATISMO SE PRODUCE UNA PARADA EN LA RESPIRACIÓN PERO NO INICIA EL LLANTO O DESPUÉS DE ÉSTE (**CESA LA RESPIRACIÓN, SE PONE AZULADO Y PIERDE LA CONSCIENCIA Y EL TONO MUSCULAR, PUEDE HABER MOVIMIENTOS ESPASMÓDICOS**). LA PÉRDIDA DE CONCIENCIA DURA UNOS SEGUNDOS Y SE RECUPERA CUANDO VUELVE A RESPIRAR.

HIPERVENTILACIÓN: RESPIRAR MÁS DE LO NECESARIO, EN FRECUENCIA O PROFUNDIDAD.

SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, HORMIGUEO, MAREO, DIFICULTAD DE VISIÓN...

SE SUELE DEBER A ANSIEDAD.

PROBLEMAS CARDIACOS (SI SE RELACIONA CON EL EJERCICIO, PUEDE OCASIONAR MUERTE SÚBITA EN JÓVENES DEPORTISTAS, SIN QUE HAYA SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES).

OTRAS CAUSAS:

DIABETES (HIPO O HIPERGLUCEMIA).

DIETAS DE ADELGAZAMIENTO MUY SEVERAS

CRISIS EPILÉPTICA

PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL.

TRAUMATISMO CRANEAL

ACTITUD ANTE LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA

EN CUANTO COMIENZAN LOS SÍNTOMAS:

TUMBADO BOCA ARRIBA CON LAS PIERNAS ELEVADAS

AFLOJAR LA ROPA Y EL ENTORNO

NO INTENTAR LEVANTARLE.

.CUANDO LLAMAR A 112 (EMERGENCIAS SANITARIAS):

SÍNCOPE RELACIONADO CON EL EJERCICIO

ENFERMEDAD DE BASE

DOLOR DE CABEZA

DOLOR DE PECHO

MOVIMIENTOS ANÓMALOS

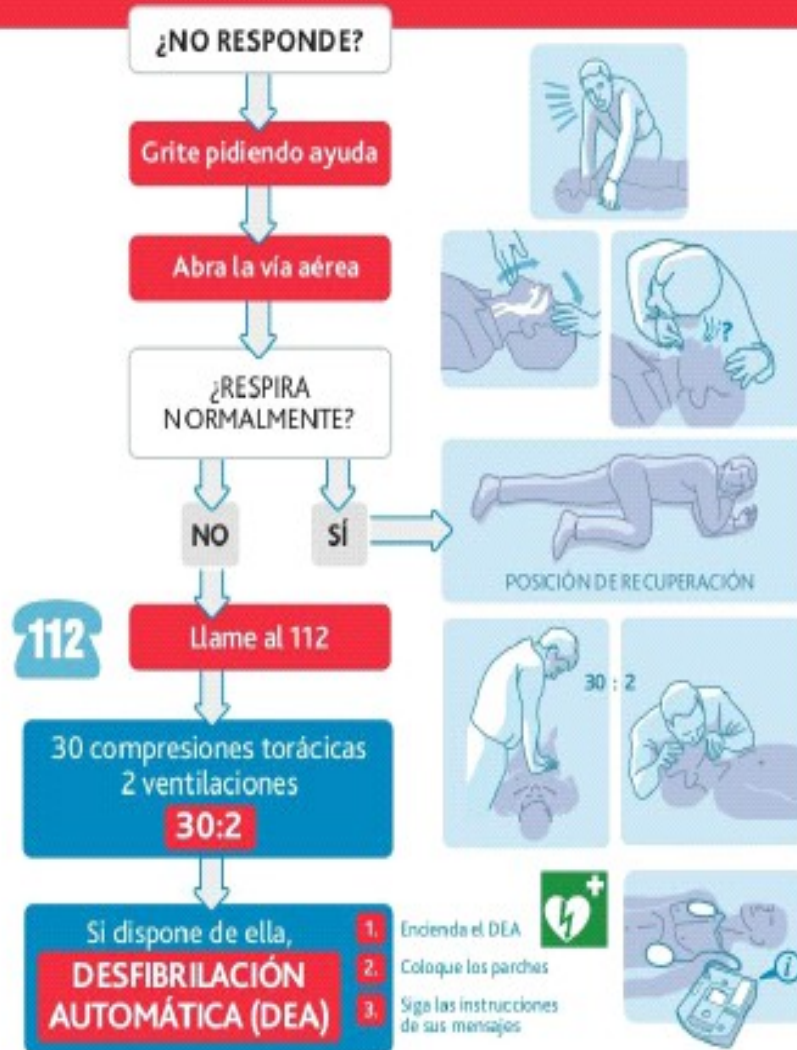
PÉRDIDA DE CONCIENCIA PROLONGADA

RESPIRACIÓN ANORMAL

REANIMACION CARDIOPULMONAR

Soporte Vital Básico

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



¡Usted puede evitar una muerte prematura!

NIÑO QUE ENCONTRAMOS INCONSCIENTE

1- GARANTIZAR LA SEGURIDAD TANTO DEL NIÑO COMO DEL RESCATADOR

2-COMPROBAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL NIÑO.

ESTIMULAR Y PREGUNTAR EN VOZ ALTA

¿ESTÁS BIEN?

EL NIÑO RESPONDE

DEJE AL NIÑO EN LA POSICIÓN EN LA QUE LE ENCONTRÓ

(SI ÉSTA ES SEGURA)

COMPRUEBE SU ESTADO Y PIDA AYUDA.

REEVALÚE PERIÓDICAMENTE SU ESTADO.

SI EL NIÑO NO RESPONDE:

1. En primer lugar gritaremos pidiendo ayuda en nuestro entorno en cuanto comprobemos la situación de inconsciencia. De esta forma otra persona podrá llamar al servicio de emergencias mientras atendemos a la víctima.
¿Cómo comprobamos la inconsciencia? Agitaremos el hombro de la persona mientras le preguntamos en voz alta si se encuentra bien. En caso de que no responda a estos estímulos la persona estará inconsciente.
2. En segundo lugar abriremos las vías respiratorias y comprobaremos si la víctima está respirando acercando su mejilla a su boca y observando si el tórax se eleva.
¿Y cómo abrimos las vías respiratorias? Con el paciente boca arriba flexionaremos su cuello hacia atrás suavemente y tiraremos de la mandíbula hacia arriba.
3. En cuanto comprobemos que la persona **no está respirando**, estamos ante una situación de **parada cardiaca**, por lo que deberemos llamar a los servicios de emergencias y explicarles la situación para que envíen el recurso más adecuado. Este paso es de suma importancia, porque cuanto antes lo hagamos antes llegará la ayuda sanitaria con un desfibrilador.
4. A continuación y en cuanto sea posible comenzaremos a aplicar el masaje cardiaco y la ventilación boca a boca. A esto lo llamamos Reanimación Cardio Pulmonar (RCP).

Es importante saber que por cada minuto que pase sin que hagamos nada en un persona que está en parada cardiaca la supervivencia disminuye un 10% y que si no hacemos nada la persona morirá. Por tanto, no debemos de tener miedo de actuar porque no podemos provocar daños graves.

¿Cómo hacemos el masaje cardiaco? Colocaremos el talón de una mano sobre la mitad inferior del esternón y la otra mano sobre la primera. Con los codos rectos y procurando que los hombros estén en línea con las manos dejaremos caer nuestro peso de su cuerpo sobre el tórax de la víctima para comprimir el pecho aproximadamente $\frac{1}{3}$ de su diámetro anteroposterior. Es importante levantarnos tras cada compresión para permitir que el tórax pueda elevarse y el corazón se llene de sangre, la cual bombeará en la siguiente compresión. Esto lo haremos sin perder el contacto de las manos con el tórax de la víctima. La frecuencia a la que debemos dar el masaje es de unos 100-120 veces por minuto de forma rítmica y procurando que no se produzcan interrupciones. Con este sencillo

movimiento conseguiremos bombear sangre al propio corazón y cerebro de la víctima, de forma que cuando llegue el desfibrilador esté en las condiciones óptimas para responder a la desfibrilación.

¿Cómo haremos la respiración boca a boca? Mientras mantenemos la vía aérea abierta con la maniobra anterior, taparemos la nariz y pondremos nuestra boca alrededor de la boca del paciente de forma que no haya fugas, y a continuación exhalaremos nuestro aire lentamente (empleando alrededor de un segundo) hasta que veamos que el tórax se eleva. Lo repetiremos una segunda vez y reanudaremos inmediatamente el masaje cardiaco. Se trata de interrumpir el masaje cardiaco lo menos posible para dar las respiraciones.

Deberemos continuar administrando 2 respiraciones cada 30 compresiones de forma indefinida hasta que llegue la ayuda especializada. Y si estuviéramos acompañados de alguien que sepa realizar la RCP es conviene que cada 2 minutos aproximadamente nos turnemos para dar masaje, de forma que será más eficaz.

En el caso de que no deseemos hacer el boca a boca a la víctima es importante saber que podemos al menos aplicar las compresiones del masaje cardiaco. En este caso lo haremos de forma continua sin detenernos hasta que llegue la ayuda.

POSICIÓN DE RECUPERACIÓN

SE COLOCARÁ AL NIÑO QUE ESTÁ **INCONSCIENTE** PERO CUYA **VÍA AÉREA** ES **PERMEABLE** Y **RESPIRA** CON NORMALIDAD.

LAS POSICIONES PUEDEN SER VARIAS, TODAS TIENEN UN OBJETIVO:

PREVENIR LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

REDUCIR LA PROBABILIDAD DE ENTRADA DE FLUIDOS COMO LA SALIVA, SECRECIONES O VÓMITOS ENTREN EN LA VÍA AÉREA SUPERIOR.

COLOCAR EN POSICIÓN DE RECUPERACIÓN

COLOCAR AL NIÑO EN UNA **POSICIÓN LATERAL** NATURAL.

LA **BOCA EN POSICIÓN DECLIVE** QUE PERMITA LA SALIDA PASIVA DE LÍQUIDOS.

LA POSICIÓN DEBE SER **ESTABLE**. SE PUEDE AYUDAR DE ALMOHADILLADO PARA MANTENER LA POSICIÓN. Y EVITAR QUE RUEDE A PRONO O SUPINO.

ATRAGANTAMIENTO-OVACE

RECONOCIMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN
ES MÁS FRECUENTE DURANTE LA COMIDA O EL JUEGO

SE PRODUCE TOS, NÁUSEAS Y ESTRIDOR DE FORMA SÚBITA Y SIN SIGNOS DE ENFERMEDAD PREVIA.

SI ESTÁ TOSIENDO, ANIMAR A QUE TOSA, CUANDO LA TOS SEA INEFECTIVA SE ALTERNAN 5 GOLPES EN LA ESPALDA CON 5 COMPRESIONES POR DELANTE QUE DEPENDERÁN DE LA EDAD DEL ATRAGANTADO.

GOLPES EN LA ESPALDA LACTANTES

COLOCAR AL LACTANTE EN DECÚBITO PRONO CON LA CABEZA MÁS BAJA QUE EL CUERPO PARA QUE LA GRAVEDAD AYUDE A ELIMINAR EL CUERPO EXTRAÑO.

EL SOCORRISTA SENTADO O DE RODILLAS DEBE SOSTENER AL LACTANTE SOBRE SU BRAZO O REGAZO.

SUJETAR LA MANDÍBULA CON EL PULGAR Y OTRO U OTROS DOS DEDOS.

DAR 5 GOLPES SECOS CON EL TALÓN DE UNA MANO ENTRE LAS ESCÁPULAS.

GOLPES EN LA ESPALDA NIÑOS >1 AÑO

LOS GOLPES INTERESCAPULARES SON MÁS EFECTIVOS SI EL NIÑO ESTÁ BOCA ABAJO.

UN NIÑO PEQUEÑO PUEDE COLOCARSE COMO UN LACTANTE.

SI NO ES POSIBLE COLOQUE AL NIÑO EN UNA POSICIÓN INCLINADA HACIA ADELANTE Y DE LOS GOLPES DESDE ATRÁS.

SI LOS GOLPES INTERESCAPULARES FALLAN, UTILICE COMPRESIONES TORÁCICAS EN LACTANTES O ABDOMINALES EN NIÑOS.

COMPRESIONES TORÁCICAS LACTANTES

GIRE AL LACTANTE A DECÚBITO SUPINO CON LA CABEZA MÁS BAJA QUE EL CUERPO.

COLOQUE SU BRAZO LIBRE A LO LARGO DE LA ESPALDA SUJETANDO EL OCCIPITAL CON LA MANO.

SUJETE AL LACTANTE SOBRE EL BRAZO.

DE 5 COMPRESIONES COMO LAS DE RCP PERO MÁS SECAS Y ESPACIADAS

NO SE DEBEN HACER LAS COMPRESIONES ABDOMINALES EN NIÑOS < 1 AÑO.

EL RIESGO DE CAUSAR LESIONES ES MUY ALTO EN LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS.

LA POSICIÓN HORIZONTAL DE LAS COSTILLAS DEJA MÁS EXPUESTOS LOS ÓRGANOS ABDOMINALES A LOS DAÑOS POR TRAUMATISMO.

COMPRESIONES ABDOMINALES NIÑOS > 1 AÑO

COLÓQUESE DETRÁS DEL NIÑO.

RODEE EL TORSO CON LOS BRAZOS BAJO LOS DEL NIÑO.

UNA LOS PUÑOS ENTRE EL OMBLIGO Y EL ESTERNÓN.

APRIETE HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS DE FORMA SECA Y RÁPIDA.

REPITA 5 VECES.

ALTERNAMOS GOLPES INTERESCAPULARES CON COMPRESIONES TORÁCICAS/ABDOMINALES.

BUSCAMOS EL CUERPO EXTRAÑO CON CADA CAMBIO.

SI SALE OBSERVAREMOS AL NIÑO Y REQUERIRÁ REVISIÓN MÉDICA.

SEGUIMOS HASTA QUE SALE O SE QUEDA INCONSCIENTE.

SI INCONSCIENTE - RCP

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

FIN