

ATENCION URGENTE PEDIATRICA EN CYL



...



Ponentes

Conchi Medina

David Arranz

Esther Fraile

Francisco Rodríguez

Irene Peña

José Salgado

Loreto Gómez

M^a Ángeles Boyero

M^a Jesús de la Viuda

Mayte Blazquez

Médico de Emergencias Sacyl

Enfermero de Emergencias Sacyl

Médico de Emergencias Sacyl

Médico de Emergencias Sacyl

Enfermera de Emergencias Sacyl

Médico de Emergencias Sacyl

Médico Anestesista H R Hortega

Enfermera de Emergencias Sacyl

Enfermera de Emergencias Sacyl

Médico de Emergencias Sacyl

ATENCIÓN URGENTE PEDIÁTRICA EN CYL

**CÓMO ACTUAR ANTE UN
PROBLEMA DE SALUD
LEVE**

900 222 000

PEDIATRÍA CS DE 08H A
15H

PUNTOS DE ATENCIÓN
CONTINUADA FESTIVOS
Y DE 15H A 08H



ATENCION URGENTE PEDIATRICA EN CYL

COMO ACTUAR ANTE UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE



HOSPITAL

EMERGENCIAS SANITARIAS
112



ATENCION URGENTE PEDIATRICA EN CYL

*COMO ACTUAR ANTE UN
ACCIDENTE ESCOLAR
LEVE*

RESOLVER

LLEVAR A MUTUA

LLAMAR A 112



ATENCION URGENTE PEDIATRICA EN CYL

COMO ACTUAR ANTE UN ACCIDENTE

ESCOLAR **GRAVE**

LLAMAR A 112: NO MOVER AL NIÑO Y
SEGUIR LAS INDICACIONES DEL
MEDICO REGULADOR.



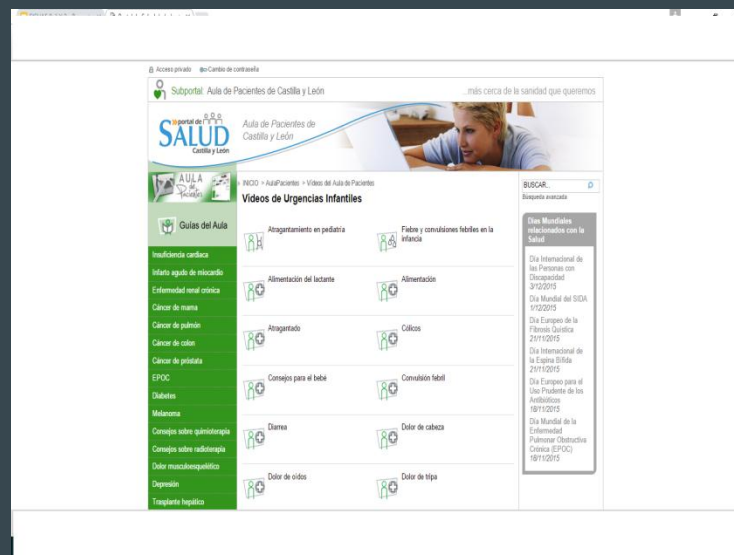


Sacyl atendió 109.964 llamadas de emergencia en el primer semestre del año (1).mp4

ATENCION URGENTE PEDIATRICA EN CYL: aplicaciones de internet

www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/consejos/consejos

App para dispositivos móviles



PRIMEROS AUXILIOS

Educación Escolar en Emergencias



CONSEJOS ÚTILES ANTE CUALQUIER EMERGENCIA.

- No pierda la calma.
 - Deje actuar a la persona más cualificada.
 - Solicite ayuda urgentemente.
-
- No agravar las posibles lesiones con maniobras bruscas ó incorrectas.



Son aquellas medidas que tomamos con un accidentado o enfermo repentino hasta la llegada de los equipos de socorro.





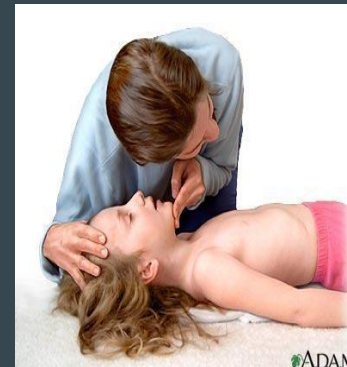
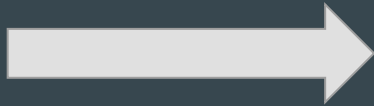
MUY FRECUENTE LA PRIMERA PERSONA **NO ES SANITARIO**

IMPRESINDIBLE FORMACION POBLACION EN GENERAL Y EN
ESPECIAL **CIERTOS COLECTIVOS**

SON MANIOBRAS **SENCILLAS**



NO SE NECESITA MAS QUE EN ALGUNAS OCASIONES UN PEQUEÑO
BOTIQUIN Y SOBRE TODO **SENTIDO COMUN**



NO OLVIDES.....

La **información** más **útil** para los servicios de emergencia consiste en describir **lo que se ve**



BOTIQUIN BASICO



BOTIQUIN BASICO

QUE CIERRE HERMETICO

SIN LLAVE

TRANSPORTABLE CON
FACILIDAD

SIEMPRE EN SU SITIO
SALVO CUANDO SE
UTILICE

PERSONA RESPONSABLE
QUE LO REVISE



BOTIQUIN BASICO: lo más importante

- **Material de curas:** gasas estériles y no estériles, vendas de gasa y de crepé, esparadrapo de papel y de tela, apósitos y suero fisiológico



- **Tijeras** (de punta redondeada), **guantes**, **bolsa de hielo sintético**



- **Antiséptico** mejor sin yodo (clorhexidina) o con yodo (povidona yodada)

- **Cánulas orofaríngeas** **termómetro**



- **Libreta con teléfonos.** Toxicología, Centro de Salud, Mutua correspondiente



BOTIQUIN BASICO: lo más importante

MEDICACION:

- Sólo administrarlo teniendo en cuenta las consideraciones que hago al final
- Siempre preguntar si es alérgico a algún medicamento !!!!!
- Puede ser útil:
 - Pomada antiinflamatoria
 - Sobres de azucar
 - Sueroral
 - Pomada corticoidea
 - Paracetamol e ibuprofeno

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR PROFESORADO

Los profesores tienen el deber de proporcionar socorro y auxilio cuando sea necesario pero la administración de medicamentos NO SON PRIMEROS AUXILIOS

Por otra parte los profesores deben actuar con diligencia en el cuidado del menor en horario escolar

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR PROFESORADO

Tratamientos agudos.

Con indicación médica que especifique dosis y frecuencia

Además mejor autorización escrita padres

Tratamientos crónicos.

Siempre con informe médico y autorización padres

Si es necesario recibirán adiestramiento en el
CS(insulina,inhaladores)

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR PROFESORADO

Tratamiento convulsiones y alergias graves

El deber de socorro y auxilio obliga a los docentes a actuar en estas situaciones

Es imprescindible tener un informe médico y un consentimiento informado de los padres para poder administrar la medicación.

Pérdida de Conocimiento



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 vago: Muy frecuente en la adolescencia, con más frecuencia en mujeres.

Síntomas de palidez, sudoración, malestar abdominal, náuseas (presíncope)

Provocado por miedo, dolor, estrés emocional...



Pérdida de conciencia. Causas

Espasmo del llanto: Edad preescolar.

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 conciencia 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.



Pérdida de conciencia. Causas

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



forma de desmayarse.mp4

Pérdida de conciencia. Actitud

En cuanto comienzan los síntomas:

Tumbado boca arriba con las piernas elevadas

Aflojar ropa y entorno.

No intentar levantarlo.

Cuando pierda el conocimiento:

Pasamos al siguiente tema.



Pérdida de conciencia. Actitud

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

Se recomienda consultar con un
médico salvo que haya
antecedentes de causa benigna
como el espasmo del llanto y el
síncope vasovagal.

Avisar a los padres o tutores.

RCP BÁSICA PEDIÁTRICA Y Adultos ...

Cadena de supervivencia pediátrica





¿Inconsciente?



Un_jugado...mp4

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.



Soporte Vital Básico Pediátrico

Profesionales sanitarios de servicio

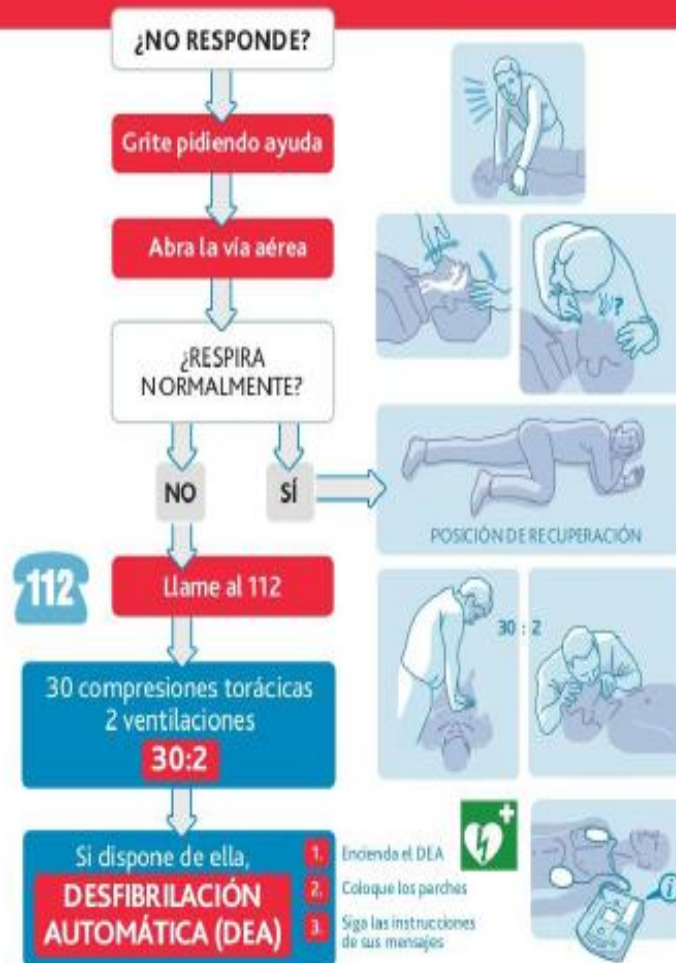


Tras 1 minuto de RCP llame al número de emergencias nacional (ó 112) o al equipo de paro cardíaco



Soporte Vital Básico

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



¡Usted puede evitar una muerte prematura!

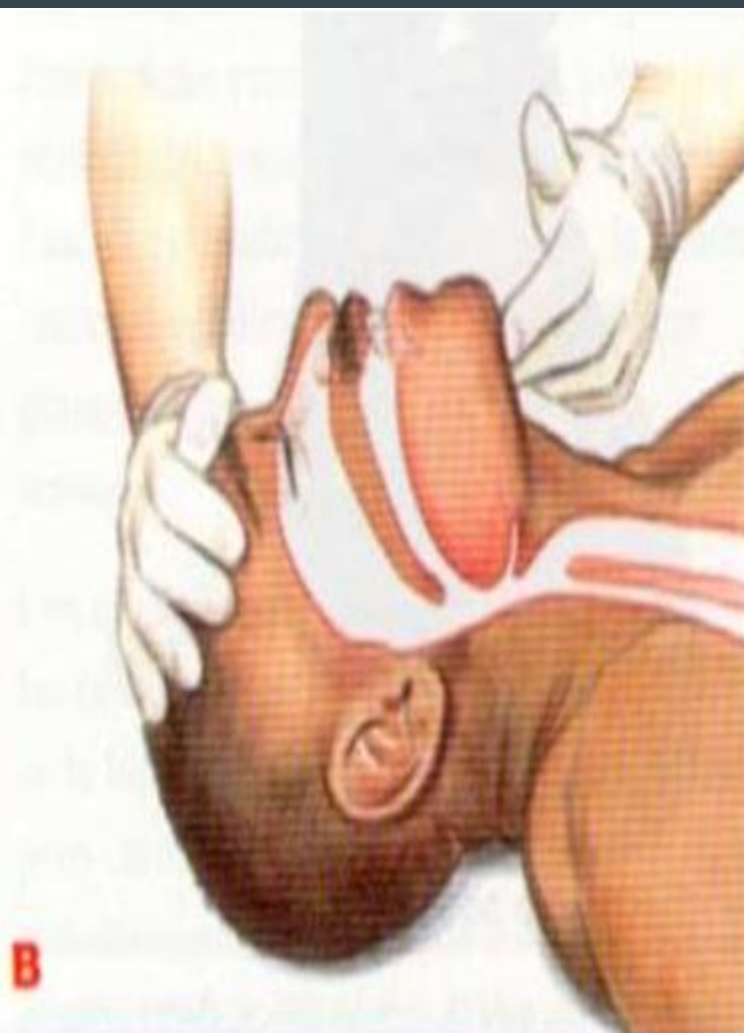
Apertura de la vía aérea

- coloque con cuidado sobre la espalda.
- Abra la vía aérea con una ligera extensión del cuello y elevación del mentón
 - **No** haga presión sobre los **tejidos blandos** debajo de la mandíbula, eso obstruiría la vía aérea, fundamentalmente en lactantes.
- Si así no puede abrir la vía aérea eleve con dos dedos de cada mano las ramas de la mandíbula hacia adelante.

Abrimos la vía aérea y comprobamos respiración



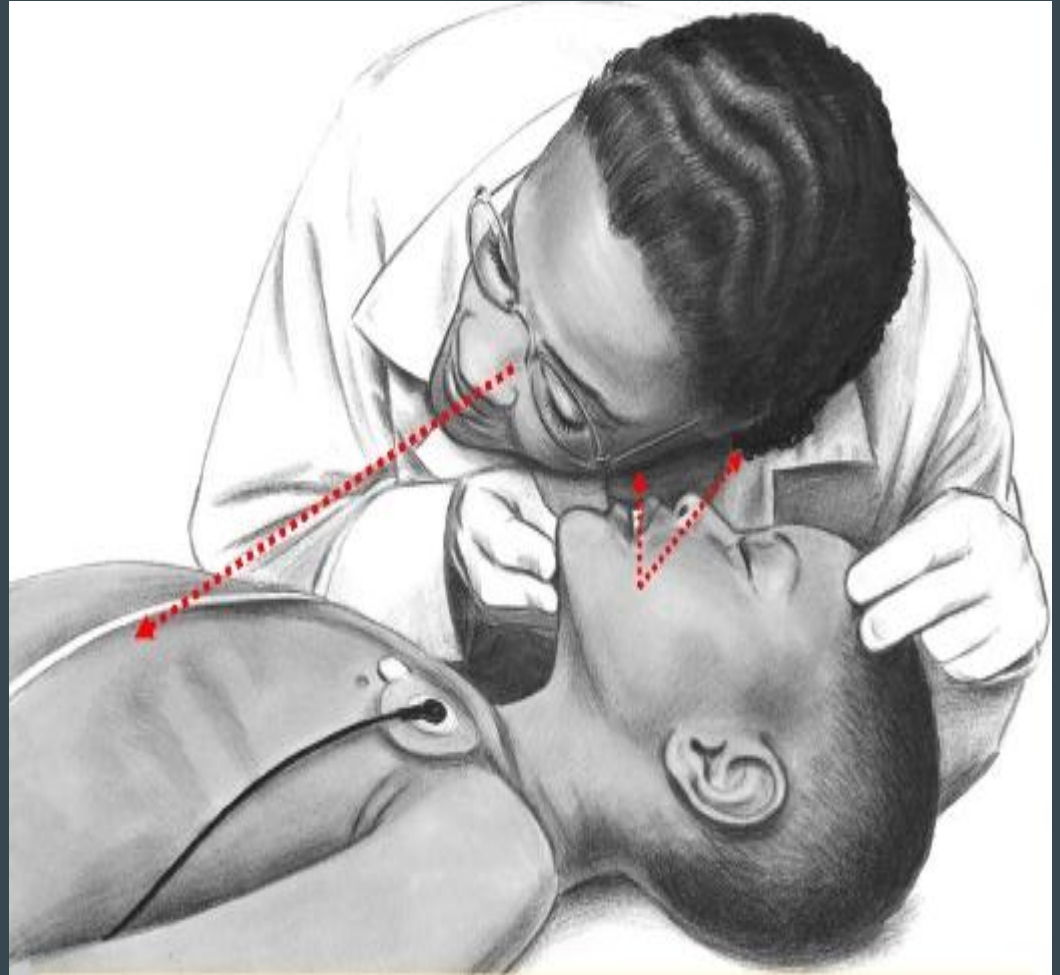






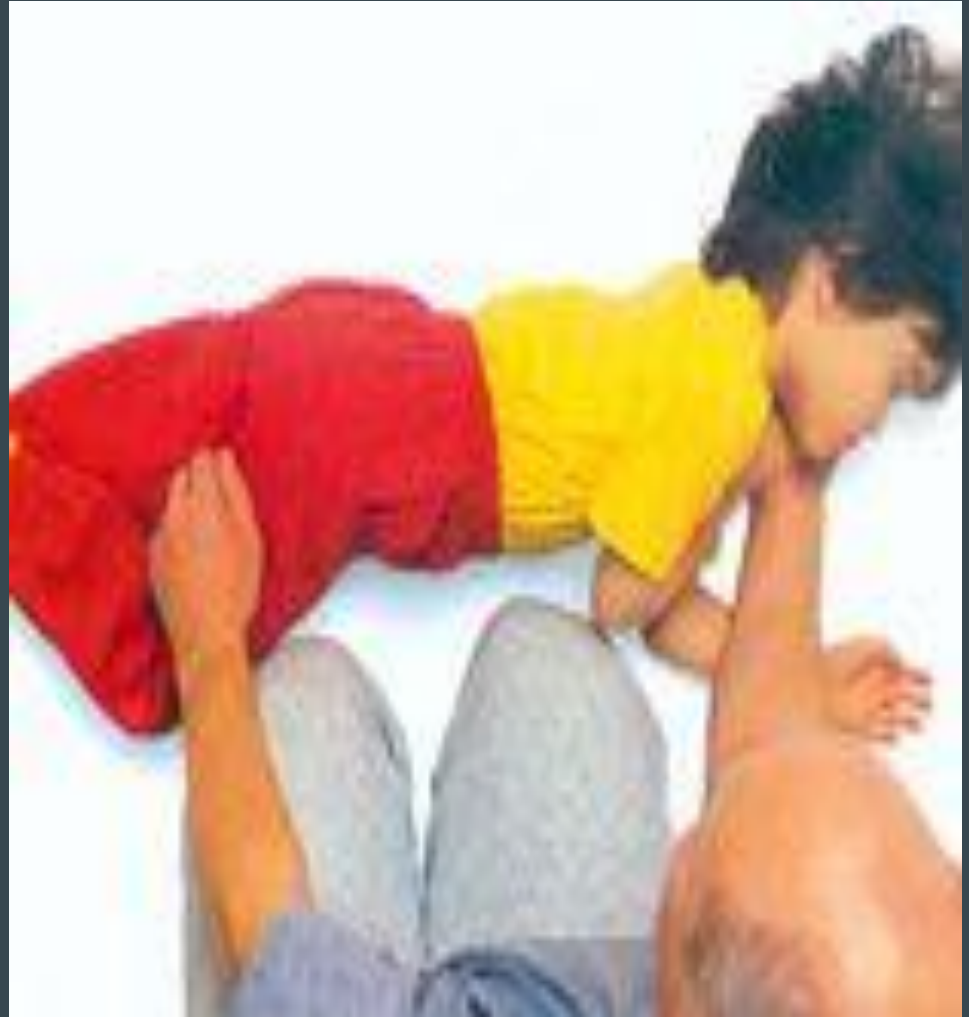
Comprobar si respira

- 1- **Ver** los movimientos del pecho
- 2- **Oir** los ruidos respiratorios en nariz y boca.
- 3- **Sentir** el aire en la mejilla.



RESPIRA NORMALMEN TE

- Posición de recuperación.
- Pida ayuda y llamen al 112
- Compruebe que sigue respirando.



NO RESPIRA O NO LO HACE NORMALMENTE

Retire cualquier signo evidente de obstrucción de la Vía Aérea.

De 5 Respiraciones iniciales de rescate.

Mientras administra las ventilaciones esté atento a ruidos o toses o a su ausencia.

¿CÓMO REALIZAMOS LA VENTILACIÓN?

- Boca a boca
- Boca / nariz-boca en lactantes
- Barrera / boca



Ventilación en niños

- Administrar la cantidad de aire necesaria.
- Elevación tórax.
- Duración 1 sg.
- Ventilaciones rescate 1 cada 3 seg.
- En adultos no interrumpir las compresiones más de 10 sg.

Comprobar pulso o signos de vida

- Los **signos de vida** incluyen: Cualquier movimiento, tos o respiración normal.
- Si sabe tomar el pulso, en menos de 10 sg.
 - Lactantes: Braquial o femoral
 - Niños: Carotídeo o femoral

Signos de vida:

- Mantener la ventilación hasta que ésta sea espontánea y normal.
- Colocar en posición de seguridad.
- Reevaluar periódicamente.

No signos de vida: COMPRESIONES TORÁCICAS
CADENCIA 15:2

(adultos 30:2)

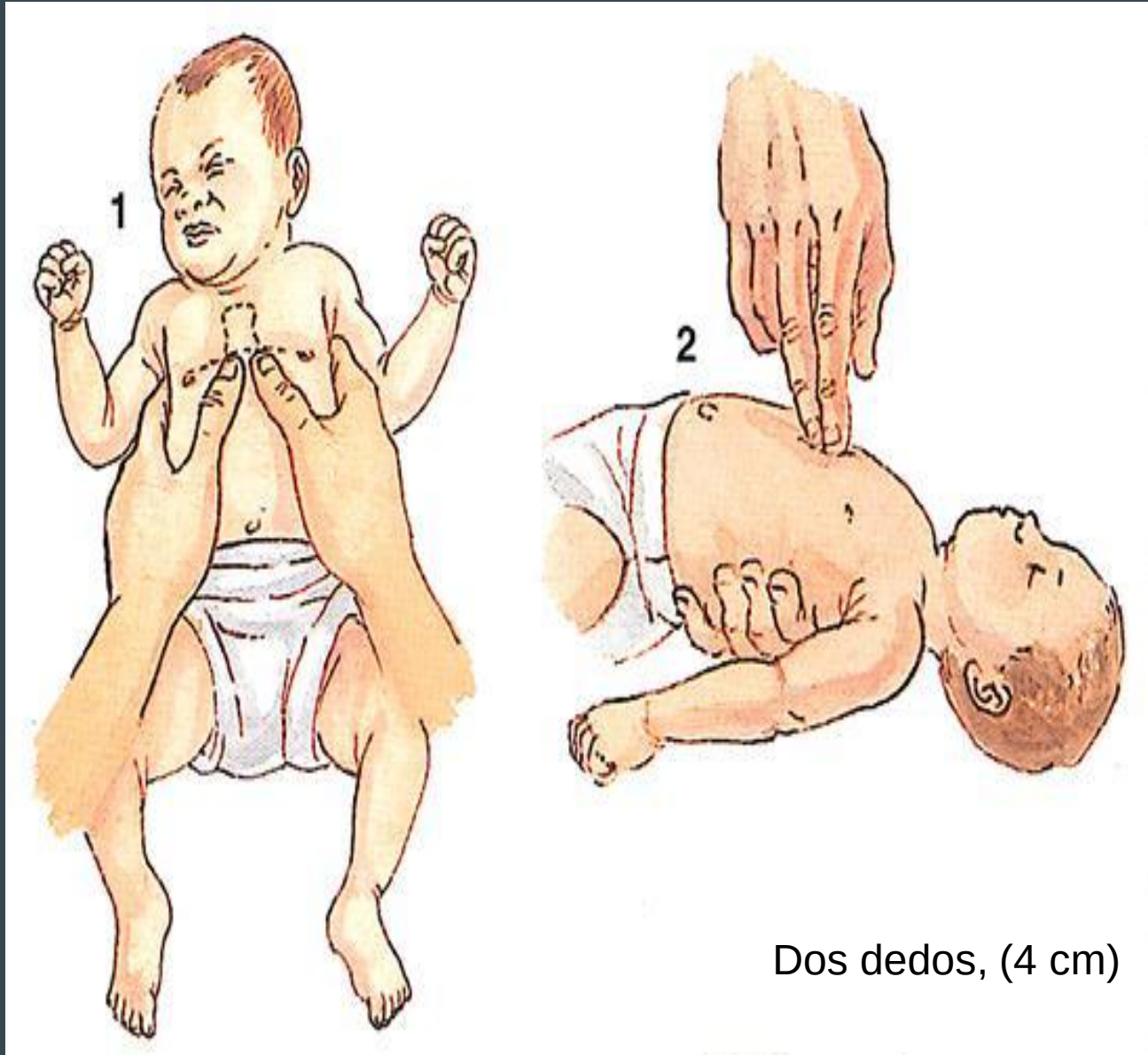
COMPRESIONES

Sobre la mitad inferior del esternón.

Suficiente para deprimir el esternón al menos $\frac{1}{3}$ de su diámetro anteroposterior.

Relajar la presión por completo entre compresiones.

LACTANTES



Dos dedos, (4 cm)

NIÑOS



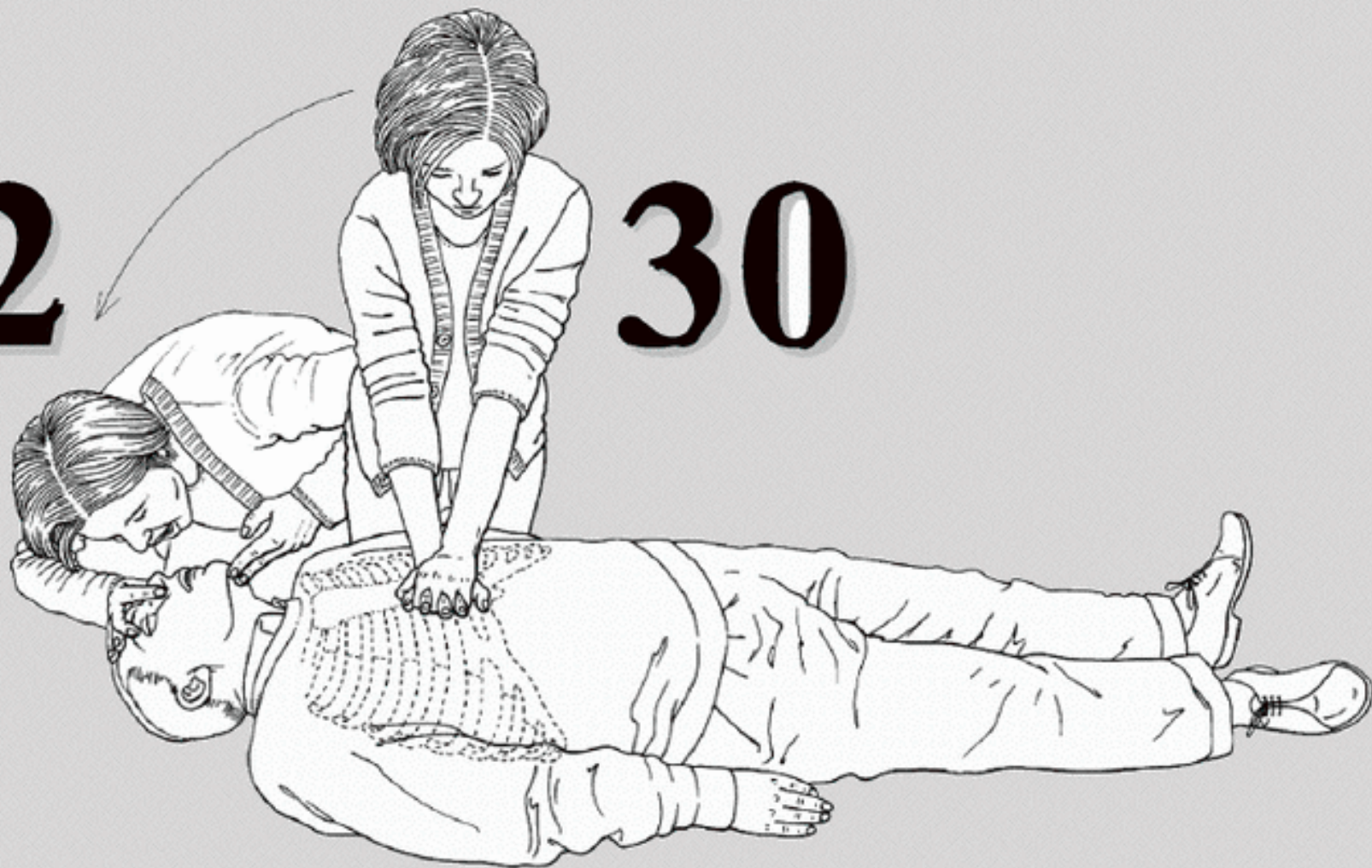
Utilizar una o dos manos en mayores de un año. (5cm)



• •

2

30



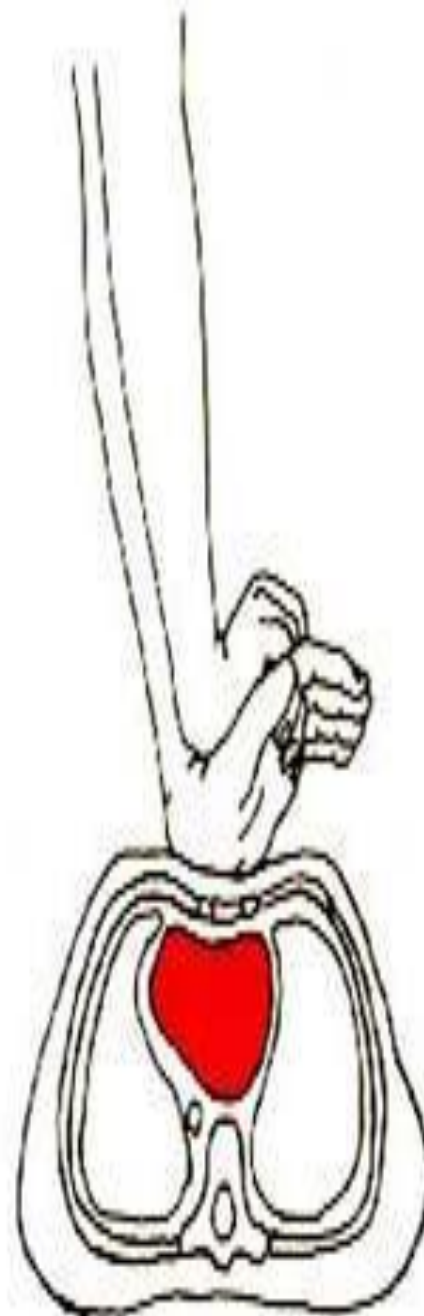
Utilice el peso de su cuerpo
para hacer la compresión.

Mantenga la
espalda recta.

Arrodillese a
un lado de la
víctima.

BRAZOS
RECTOS

TALÓN DE LA
MANO Sobre el
Esternón.



Compresión



Relajación



hand_only_rcp.mov

¿CUÁNDO PIDO AYUDA?

Cuando hay **más de un** rescatador, uno comienza las maniobras mientras el otro pide ayuda.

Si el rescatador está **solo**, comience las maniobras durante **1 minuto o 5 ciclos de RCP** antes de ir en busca de ayuda.

Para minimizar las interrupciones en la RCP se puede en el caso de que el peso lo permita llevarse al niño a buscar ayuda mientras realizamos la RCP.

Seguimos la resucitación hasta

El niño muestra signos de vida. (Se mueve, se levanta, abre los ojos y respira normalmente)

Llegan los servicios de emergencia que asisten o sustituyen al rescatador

Se encuentre exhausto



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.

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.

Evitar cualquier presión sobre el pecho del niño





PLS.mp4



Posición lateral de seguridad.mp4

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.



Evaluar gravedad de la
obstrucción

```
graph TD; A[Evaluar gravedad de la obstrucción] --> B[Tos Ineficaz]; A --> C[Tos Eficaz]; B --> D[Inconsciente]; B --> E[Consciente]; C --> F[Animar a toser]; D --> G[Abra la vía aérea<br/>5 respiraciones de rescate<br/>Comience RCP]; E --> H[5 Golpes en la espalda<br/>5 Compresiones torácicas]; F --> I[Reevaluar hasta la resolución de la obstrucción o hasta que la tos sea inefectiva.];
```

Tos Ineficaz

Tos Eficaz

Inconsciente

Abra la vía aérea
5 respiraciones de rescate
Comience RCP

Consciente

5 Golpes en la espalda
5 Compresiones torácicas

Animar a toser

Reevaluar hasta la resolución de la obstrucción o hasta que la tos sea inefectiva.

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.

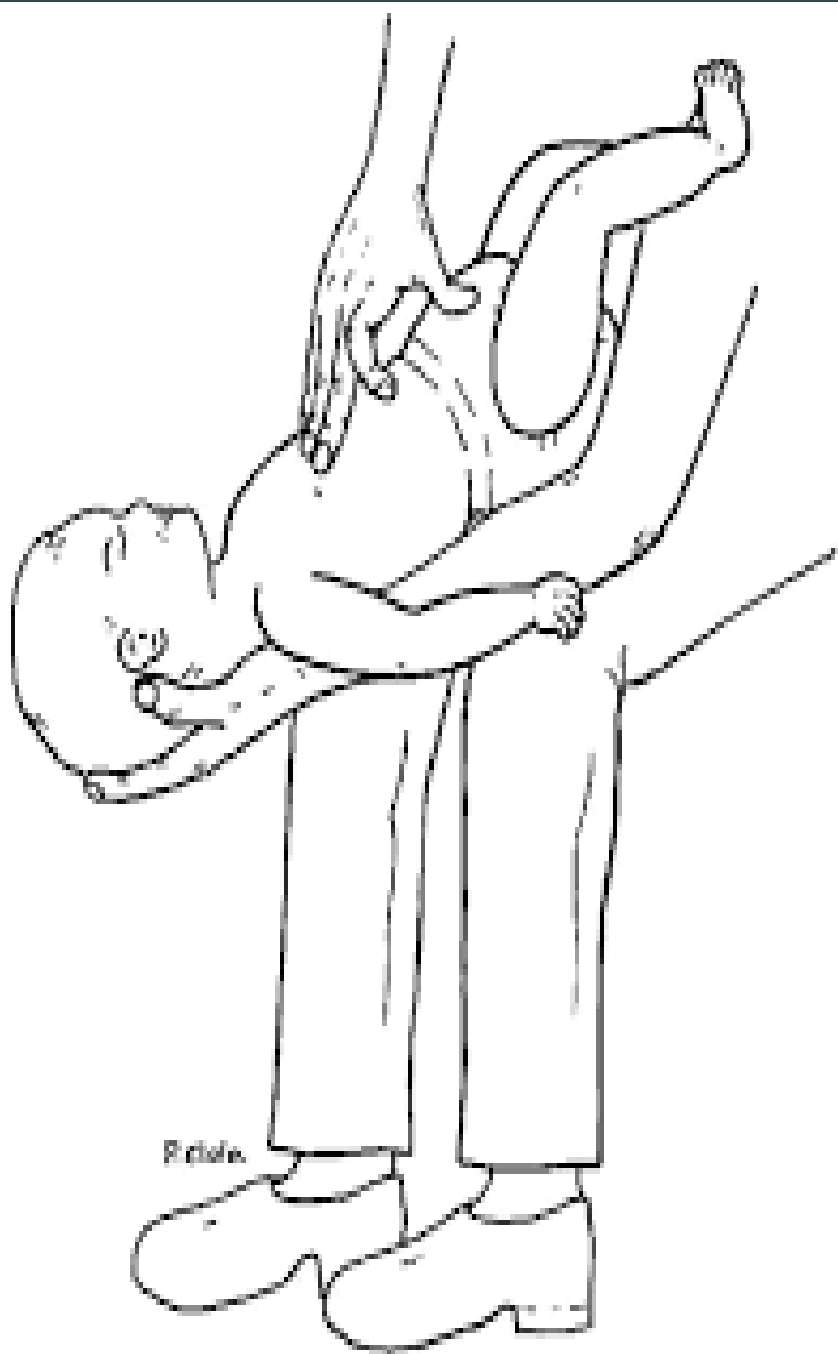
De 5 compresiones como las de RCP pero más secas y espaciadas

ATRAGANTAMIENTO - OVACE

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.



P. 10/10

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

No se debe presionar con tanta fuerza como para llegar a levantar al niño del suelo



Alternamos golpes interestapulares 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.

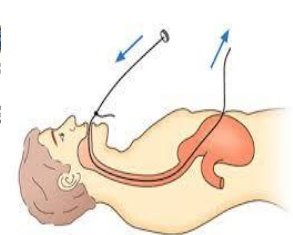
Si inconsciente - RCP



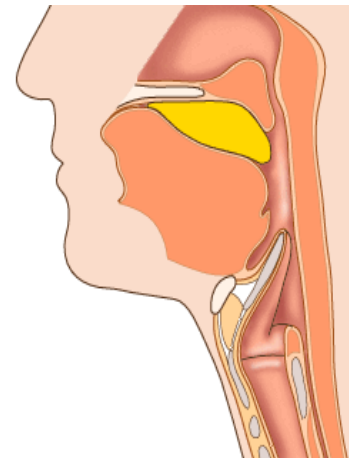
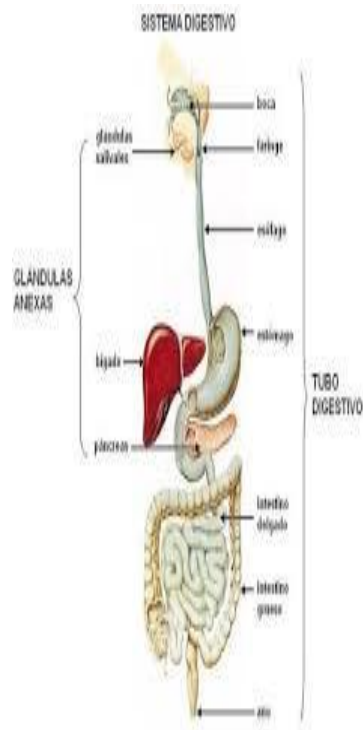
Bip Bip 

¿Practicamos un poquito?

A cartoon illustration of Homer Simpson in a kitchen. He is wearing a white short-sleeved shirt, a pink tie, and blue pants. He is holding a banana in his right hand and gesturing with his left hand. The kitchen has purple cabinets, a green range hood, and a pink diamond-shaped sign on the wall. There is a plate of food on the counter and a small bowl with a red and white substance.



ANATOMÍA DEL APARATO DIGESTIVO



FISIOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

PROCESOS DIGESTIVOS

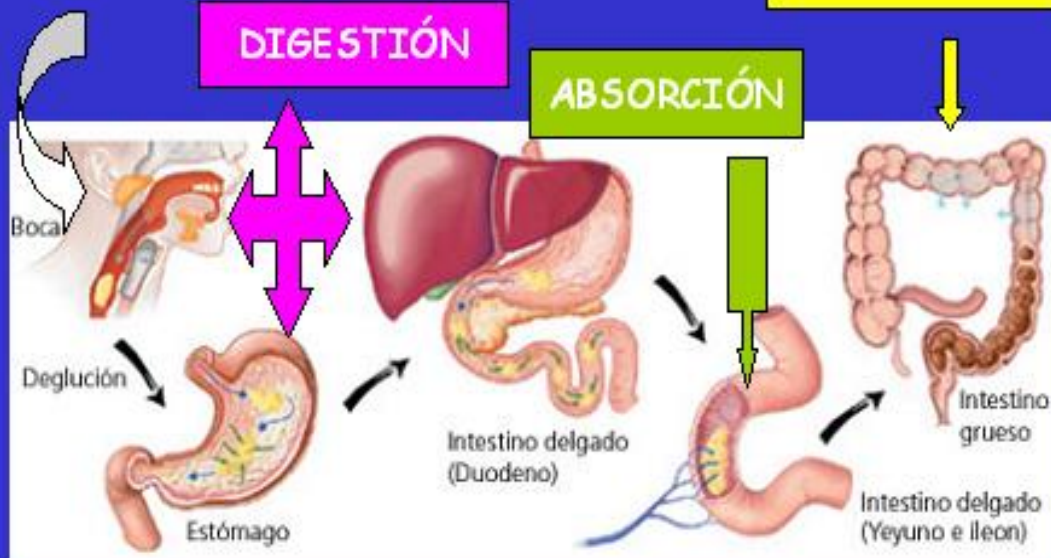
En su recorrido a lo largo del tubo digestivo los alimentos se ven sometidos a los siguientes procesos:

INGESTIÓN

DIGESTIÓN

ABSORCIÓN

DEFECACIÓN



NUTRICIÓN



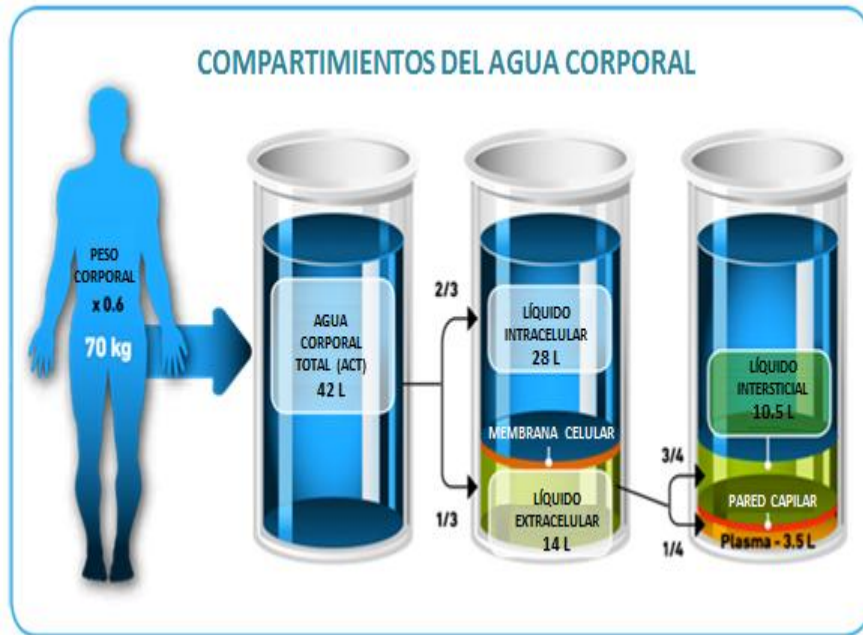
LOS SIETE GRUPOS DE ALIMENTOS SON:

1. GRUPO I: LECHE Y DERIVADOS
2. GRUPO II: CARNES, PESCADOS Y HUEVOS
3. GRUPO III: PATATAS, LEGUMBRES Y FRUTOS SECOS
4. GRUPO IV: VERDURAS Y HORTALIZAS
5. GRUPO V: FRUTAS
6. GRUPO VI: CEREALES Y DERIVADOS, AZÚCAR
7. GRUPO VII: GRASAS, ACEITE Y MANTEQUILLA

La dieta saludable debe ser **variada y equilibrada**, estar compuesta por cada uno de estos grupos en **proporciones** adecuadas y, además, variar de los alimentos de cada grupo porque cada uno aporta sustancias que ayudan a cubrir nuestras necesidades orgánicas.

INGESTA HÍDRICA

- ✓ AYUDA A ELIMINAR TOXINAS
- ✓ LA DESHIDRATACIÓN FAVORECE APARICIÓN A
- ✓ AYUDA A QUEMAR CALORÍAS, MEJORA LA PIEL
- ✓ PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS



- ✓ ES INDISPENSABLEEEEEEE

CONDICIONES ESPECIALES DE ALIMENTACIÓN



LOS TIPOS DE ALIMENTACIÓN QUE NOS
PODEMOS ENCONTRAR:

1. ALIMENTACIÓN ORAL

PROBLEMAS MASTICACIÓN

PROBLEMAS DEGLUCIÓN

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

2. ALIMENTACIÓN POR Sonda NASOGÁSTRICA

3. ALIMENTACIÓN POR Sonda ABOCADA AL
ESTÓMAGO

Vía oral

- Adaptar el tipo de dieta a las necesidades físicas del paciente (blanda, triturada, preparados..)
- Procurar alimentos de fácil masticación, blandos, homogéneos y con salsas, aceites (lubricado..)
- Controlar la temperatura de los alimentos y bebidas (ni demasiado fríos ni demasiado calientes)
- Muy importante que mantenga la postura correcta, siempre que sea posible comer sentados.
- En caso de parálisis facial o hemiparesia, colocar los alimentos del lado sano de la boca.
- En el momento de tragar, sobre todo si hay riesgo de atragantamiento, se aconseja mantener la cabeza flexionada con la barbilla hacia abajo.
- En caso de que trague los líquidos con dificultad, usar polvos espesantes, etc.
- Realizar la alimentación sin presiones, en entorno tranquilo, relajado (en la medida de que sea posible)
- Facilitar la higiene bucal después de la ingesta .

PROBLEMAS DE MASTICACIÓN



Hay que intentar realicen **una buena higiene bucal** para evitar la pérdida de piezas dentarias que les va a impedir una buena masticación.



PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN

Inmadurez neurológica: Pobre coordinación de la deglución,
reflejo de náuseas
Exacerbado

Deglución alterada por hipotonía, falta de lateralización de la
lengua, mala oclusión
de los labios con incapacidad de formar el bolo alimenticio...

ALTERACIONES DEGLUTORIAS



NO SE ASPIRA

REHABILITACIÓN
FONOAUDIOLOGÍA
ADECUAR DIETA

MEJORA
MEJORA

CONTROL

SE ASPIRA

NUTRICIÓN ENTERAL

NO

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS



PROBLEMAS RELACIONADOS CON UNA INGESTA INSUFICIENTE

INCAPACIDAD PARA COMUNICAR HAMBRE, SACIEDAD, PREFERENCIAS..

SE SOBREESTIMA LA INGESTA DEL NIÑO Y SE SUBESTIMA EL TIEMPO QUE REQUIERE LA ALIMENTACIÓN

A VECES COMEN DE UNA FORMA "COMPULSIVA"

VIGILAR POSIBLES ATRAGANTAMIENTOS

ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA

NORMAS CORRECTA ALIMENTACIÓN (seguir normas establecidas centro)

lavarse las manos

1. Cabecera incorporada 45° durante la administración y media hora después, en una postura cómoda
2. Comprobar preparado alimenticio esté a temperatura ambiente (se saca del frigo una media hora antes)
3. Medir cantidad de residuo: si más de 150cc –reintroducirlo-. retrasar toma hasta estómago este vacío (¿una hora?)
4. lavar la sonda antes y después con 20cc. de agua
5. Administrar la toma lentamente (no inferior a 60 min)
6. Tener en cuenta que el paciente precisa agua a mayores salvo tenga restricción de líquidos

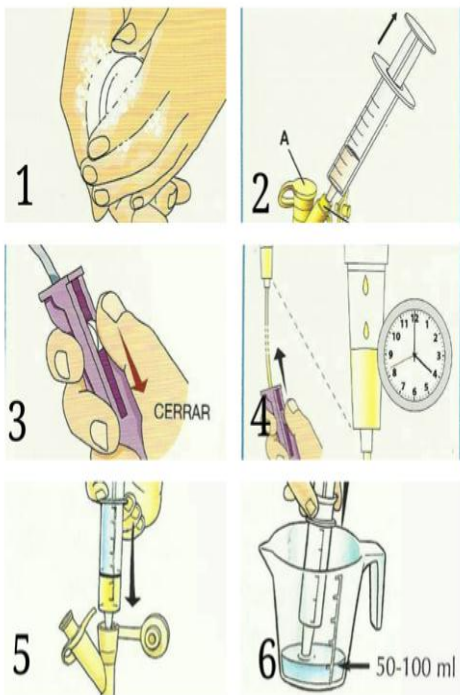
Mantener la sonda permeable aportando una o dos jeringas después de cada administración de medicamento y/o alimentación (la medicación se diluye en agua y, toda la medicación no puede ser administrada por sonda)

CUIDADOS DE LA SONDA (seguir normas establecidas centro)

1. Revisar esparadrapo de fijación para evitar extracción accidental de la misma
2. Realizar pequeños movimientos giratorios de la sonda con el fin de evitar heridas o úlceras
3. Limpieza diaria fosas nasales (suero fisiológico) y, de la boca (colutorio...) y vaselina en los labios

COMPLICACIONES

Ante cualquier complicación: extracción accidental, obstrucción... diríjase al personal de enfermería del centro o las instrucciones que tengan según protocolo del centro



ROS DISPOSITIVOS ALIMENTACI ENTERAL: “LA PEG”

“Gastrostomía Percutánea Endoscópica”

SONDAS nasoenterales

Material: poliuretano

Calibre: Las sondas más utilizadas para adultos van de 8 a 14 FR.

Longitud: depende del tramo que queramos alcanzar. La mayoría miden entre 100-120 cm y son aptas para alcanzar el estómago y el duodeno.

PEGs



NORMAS CORRECTA ALIMENTACIÓN(seguir protocolo centro)

Lavarse las manos

Puede alimentarse por boca, a veces, y sólo administrar los líquidos para más seguridad. Leer indicaciones del médico.

Mantener la sonda permeable aportando una o dos jeringas después de cada administración de medicamento y/o alimentación (la medicación se diluye en agua y, toda la medicación no puede ser administrada por sonda)

CUIDADOS DE LA PEG(seguir protocolo pautado)

1. Higiene diaria sonda y zona de inserción (jabón neutro y agua/suero fisiológico)
2. Secar la zona y antiséptico aplicando una gasa zona inserción y piel, (cambio diario) para evitar maceraciones e irritación de la piel.
3. Observar presencia de dolor, enrojecimiento..zona inserción
4. Girar la sonda diariamente para evitar se adhiera a la piel peristomal, en caso de no girar, avisad.
5. La placa de la sonda debe estar pegada a la piel; pero, sin comprimir para no salga ni entre mucho. Así, evitamos se forme acúmulo de tejido alrededor de la sonda ni pérdidas de sangre. Si ocurre: Avisad.
6. Fijad la la parte exterior de la sonda a la pared del estómago aprovechando la curvatura natural que hace la sonda al salir del estómago (variad posición del esparadrapo)
7. Vigilar la aparición de fiebre, náuseas, vómitos, estreñimiento(más de cinco días)

PROBLEMAS DE ELIMINACIÓ

Sabemos es necesario la eliminación de sustancias nocivas para nuestro organismo:

- ✓ Vía Urinaria
- ✓ Vía Intestinal

- *Comunicación (a veces, es muy difícil poder valorarlo)*
- *Intentar buenos hábitos*
- *Pañales : Control peso, color, olor...etc*
- *Vigilar irritaciones*
- *Ropa Cómoda*
- *Dieta variada y, a veces, adaptada.*
- *Importancia del aporte hídrico (habrá que recordárselo)*
- *Rutina de intentar defecar a diario*
- *Uso de medicación si es necesario*
- *Ejercicio Activo y Pasivo*



AGITACIÓN PSICOMOTRIZ



¿QUÉ ES?

- Situación en la que el sujeto pierde el control de su conducta.
- Entraña peligro para sí mismo (Autoagresividad)
- Entraña peligro para los que le rodean (Heteroagresividad)
- Estrés
- Objetivos :
 - Valorar causa
 - Intervención proporcional
 - Minimizar riesgos



CAUSAS

IMPORTANTE : valorar CAUSA ORGÁNICA ante sospecha de *hipoglucemia, tce , estados postcríticos tras crisis epilépticas, tóxicos, infección...*

Causa más común en vuestro medio : ENFERMEDAD MENTAL

Otras causas : SITUACIONALES



ACTUACIÓN

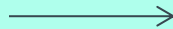
¡¡¡¡MANTENER LA CALMA!!!!

LLAMAR AL 112

1.- Contención comunicacional o verbal

2.- Contención farmacológica NO

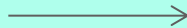
3.- Contención física



CONTENCIÓN VERBAL

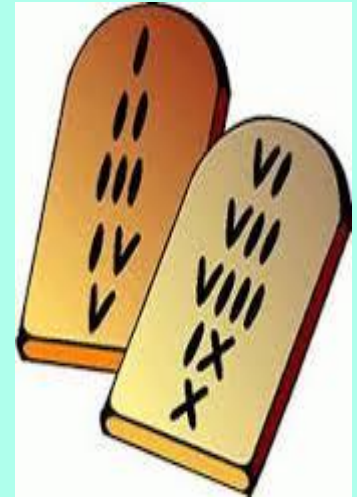


- Siempre el primer paso
- Técnicas de comunicación para intentar reducir la agresividad del paciente
- Menos riesgos físicos para él y los profesionales
- NUNCA mostrarse como elemento amenazante
- Intervención inadecuada dirige la hostilidad hacia el equipo



NORMAS

- Colocarse fuera del espacio personal del paciente
- Colocarse en lado no dominante
- Mantener al paciente en nuestro campo visual
- Vía de salida accesible
- Paciente NO entre el profesional y la puerta
- Nunca intervenir de forma individual



SI NO SE CUMPLEN , LA ACTUACIÓN NO SERÁ SEGURA

INTERVENCIONES

- Evitar gestos bruscos ni defensivos
- NO elevar el tono de voz, responder de forma tranquila.
- Escuchar con calma y no interrumpir
- Ofrecer ayuda : " ¿Qué quieres?"
- Sentarse a la misma altura
- Establecer límites
- Mirada : no directa pero tampoco esquiva
- Reservarse propios juicios
- Buscar alianzas sencillas . Ofrecer soluciones/ negociaciones (Realistas)
- Potenciar su autoestima



MEDIDAS AMBIENTALES

- Invitación a personas que puedan irritar al paciente a abandonar la estancia.
- Reducir los posibles factores de irritación (Luz, ruido...)
- Evitar interrupciones (teléfono...)

**AMBIENTE
TRANQUILO**



LO QUE **NUNCA** SE DEBE HACER

- Negarse a escuchar
- Avergonzar al paciente por su comportamiento
- Confrontación con gritos (Área pública)
- Elevar el tono
- Argumentar , razonar y aconsejar



CONTENCIÓN FÍSICA



Según la OMS : "Métodos extraordinarios con finalidad terapéutica , que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría , sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros , y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos "

CONTENCIÓN FÍSICA

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (Art.17.1) : Derecho a la libertad y a la seguridad

LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL (Art. 763) : Internamiento no voluntario por razón de trastorno físico

LEY 41/2002 , DE 14 DE NOVIEMBRE : Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Artículos 4, 5, 7, 8 y 9

LEY GENERAL DE SANIDAD (Art.10) : Consentimiento informado

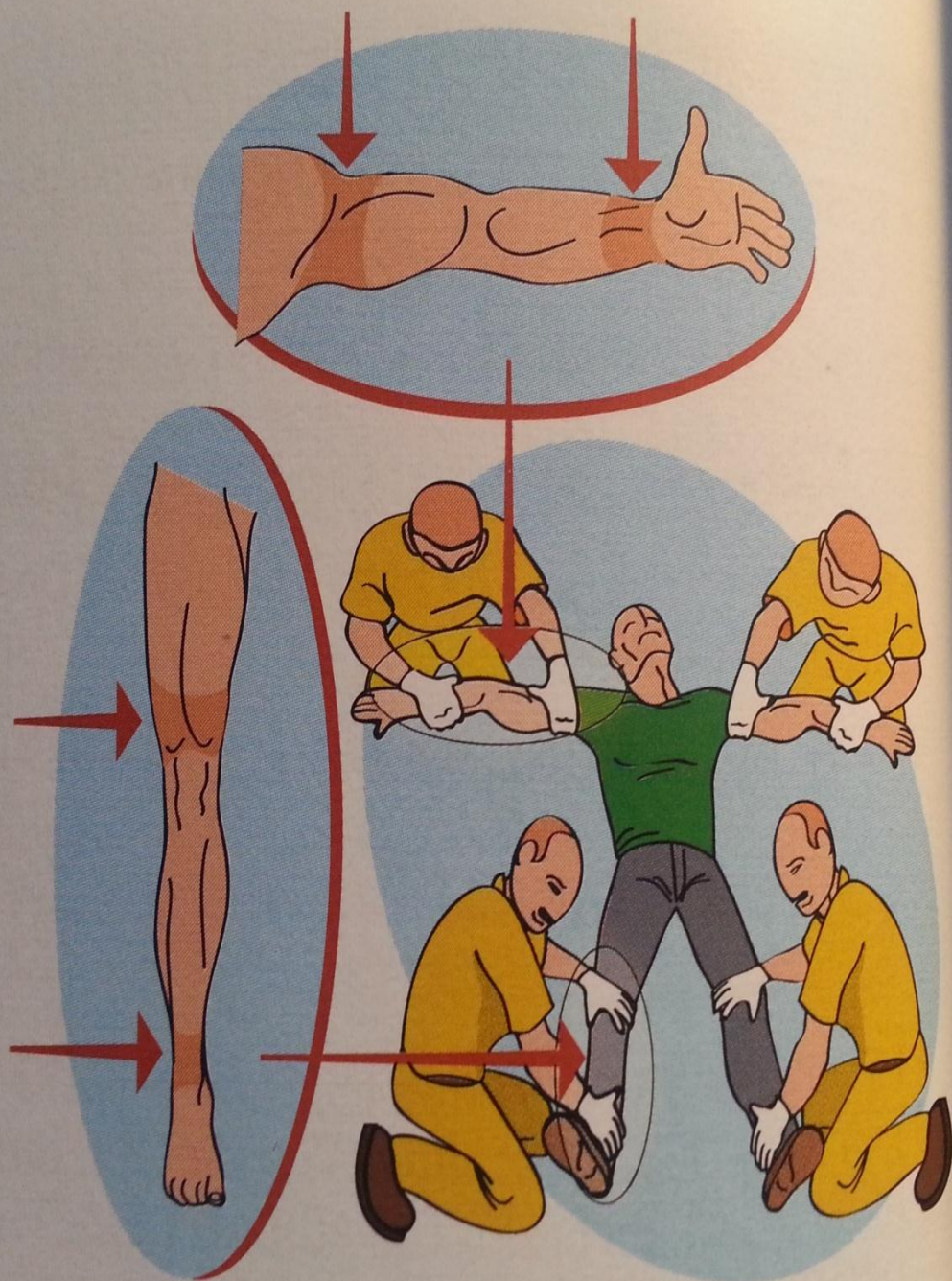
CONTENCIÓN FÍSICA

- Medidas terapéuticas de restricción de movimientos
- Como medida temporal mientras llegan los servicios de Emergencias
- En situaciones de urgencia de violencia inminente y como último recurso
- Cuando la contención verbal no ha funcionado
- Riesgo de iatrogenia elevado
- Contención física Con prescripción médica y sujeto a normativa



PAUTAS DE ACTUACIÓN

- 1- Mínimo 4 personas coordinadas.
- 2- Explicar al paciente el por qué de la actuación.
- 3- Cada miembro del personal cogerá una extremidad y se colocará al paciente en decúbito supino en el suelo.
- 4- Un miembro del equipo siempre tiene que estar visible y debe tranquilizar al paciente.
- 5- Debe estar sujeto con las piernas separadas.
- 6- Retirar objetos peligrosos.
- 7- Cabeza ligeramente incorporada.
- 8- Seguir con intervenciones verbales.
- 9- Liberación gradual.





Sujeción por las axilas

CONTRAINDICACIONES / PRECAUCIONES

- Paciente hemodinámicamente inestable.
- Evitarse si intoxicación por drogas → Aumenta riesgo de :
 - Muerte súbita
 - Hipertermia
 - Rabdomiolisis
 - Arritmias
- Evitar decúbito prono : Aumenta riesgo de asfixia
- No mantener en el tiempo sin sedación farmacológica





¿Dudas?

HERIDAS Y HEMORRAGIAS

...

HERIDA:

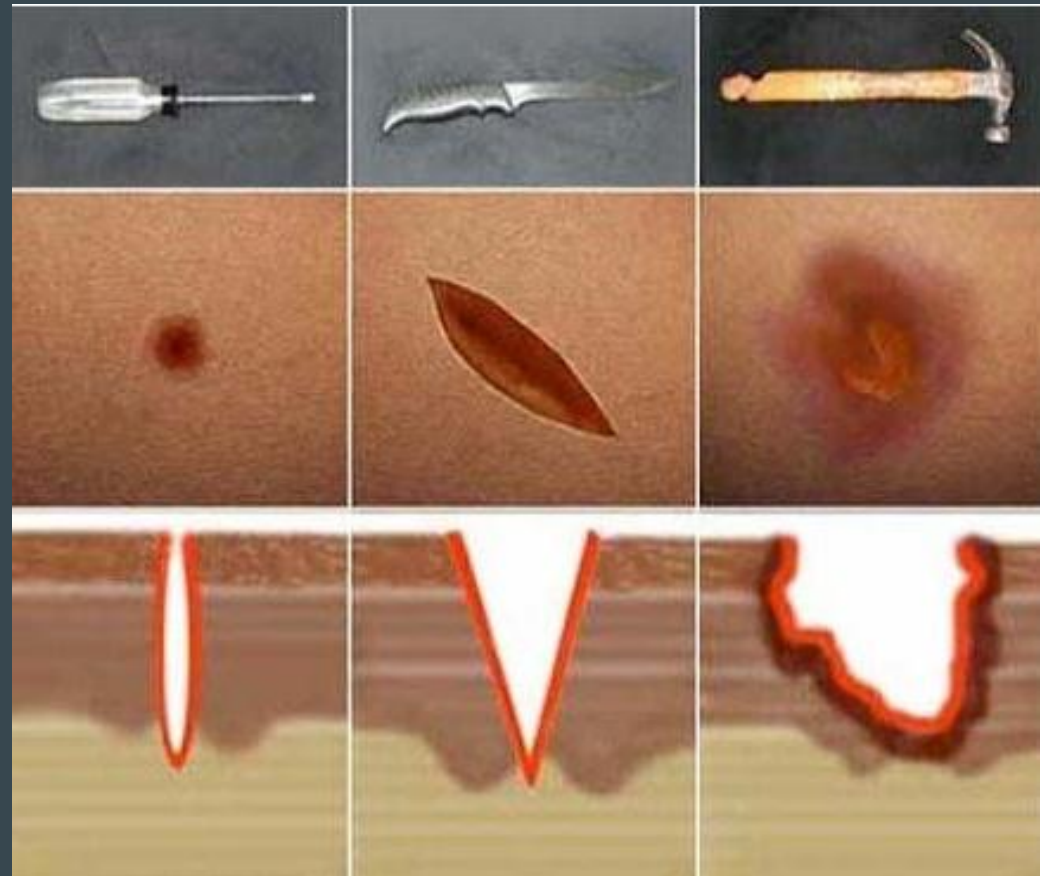
Es la pérdida de continuidad de piel o mucosas.

Clasificación según el **agente causal**:

- Heridas **incisas**.
- Heridas **contusas**.
- Heridas **punzantes**.

Factores de gravedad:

- Profundidad.
- Localización.
- Extensión.





HERIDA:

1

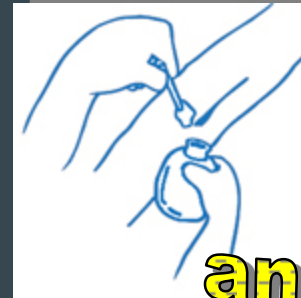


limpieza

retirada cuerpos extraños pequeños



2



antiséptico

3



cubrir apósito



HEMORRAGIAS

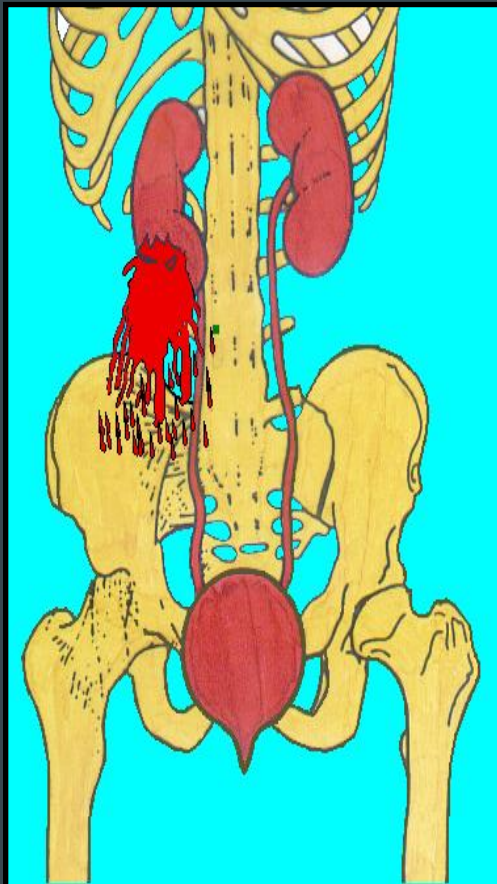
Una **hemorragia** consiste en cualquier salida de sangre de los vasos sanguíneos a través de una **herida** (por rotura arterial, venosa ó capilar).

Según el origen de la hemorragia:

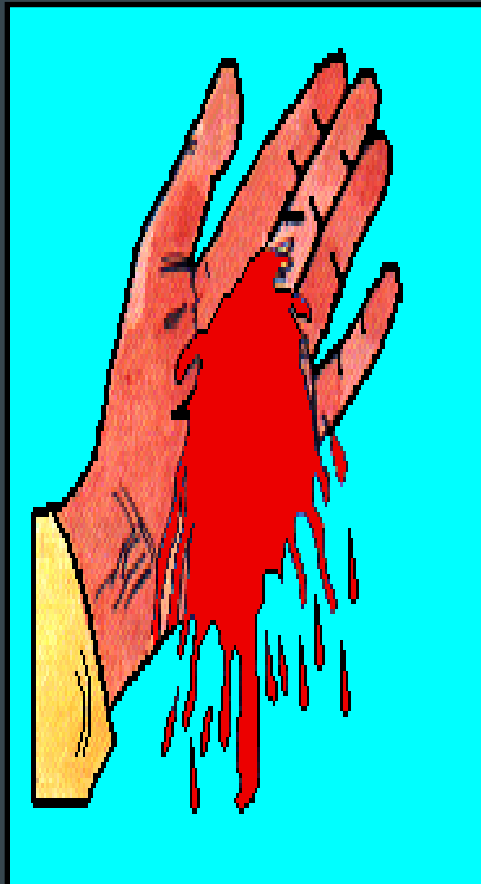
- **Hemorragia interna:** Por ruptura de algún vaso sanguíneo en el interior del cuerpo.
- **Hemorragia externa:** Por ruptura de vasos sanguíneos a través de la piel.
- **Hemorragia exteriorizadas por orificios naturales del cuerpo...**boca, ano, nariz, oído...

Según el espacio donde se vierta:

Internas



Externas



Exteriorizadas



Según el tipo de vaso sangrante:

Capilar



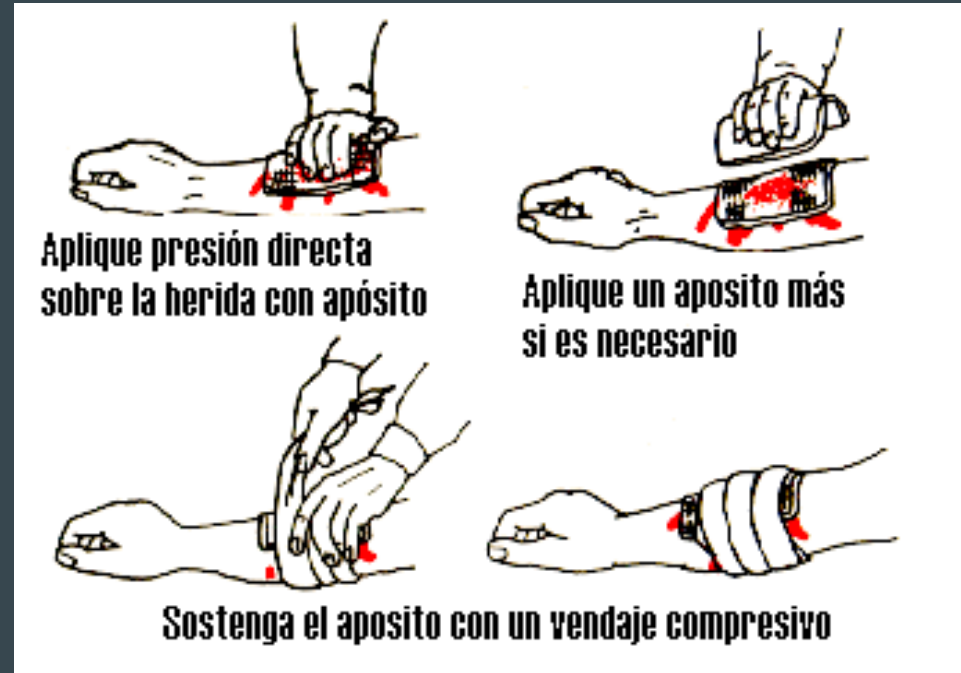
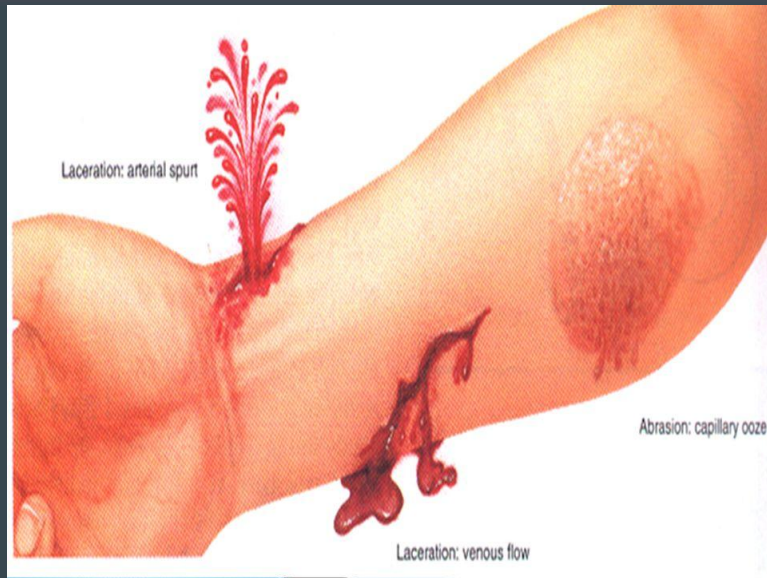
Venosa



Arteriales



Hemorragias



Hemorragias

HEMORRAGIA NASAL



HEMORRAGIAS INTERNAS

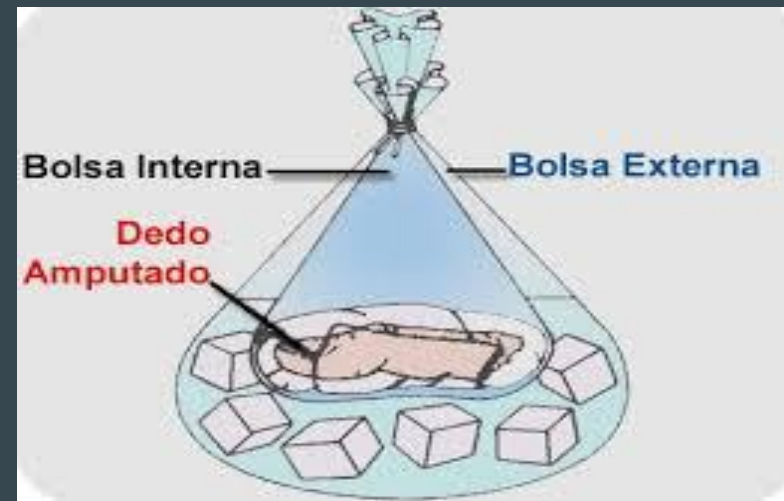


- Cubrir y elevarle las piernas (si es posible)
- No dar de comer ni de beber..
- Traslado urgente.



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)



CONTUSIONES

y

FRACTURAS



CONTUSIÓN

- Lesión sin solución de continuidad en la piel.
- dolor sin impotencia funcional.
- tipos:



equimosis “cardenal”

hematoma “chichón”

aplastamiento

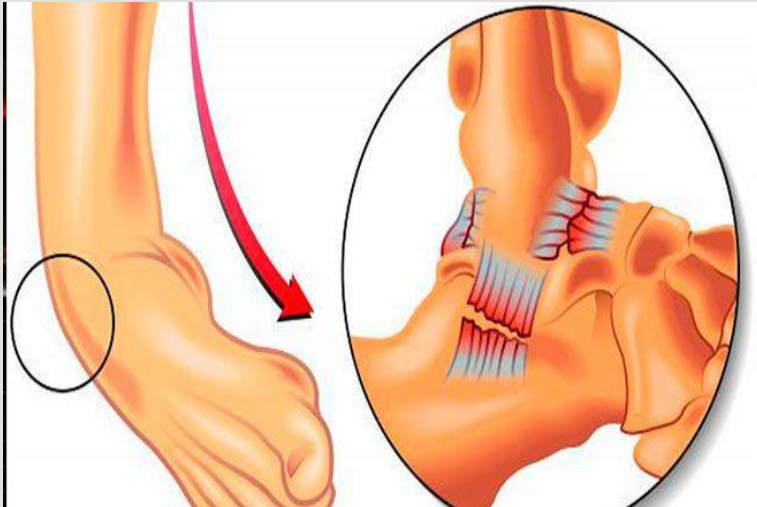


ESGUINCE

separación temporal de las superficies articulares

dolor, inflamación y hematoma

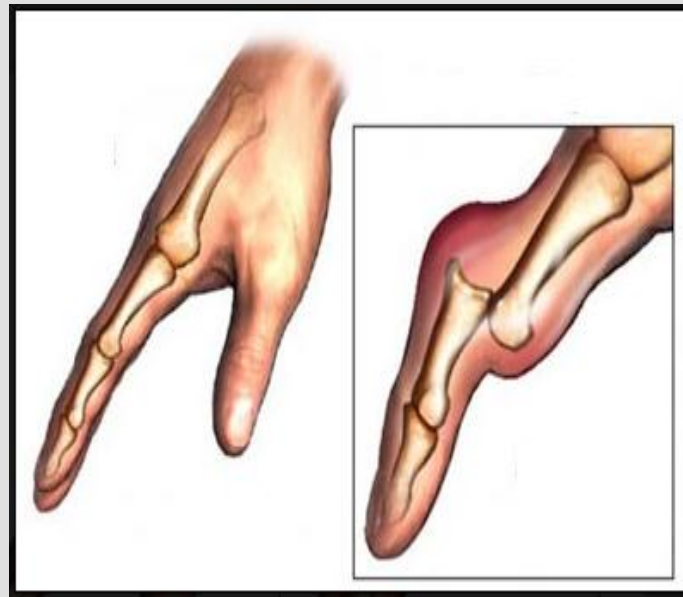
limitación movimiento articular sin deformidad



LUXACIÓN

SEPARACIÓN MANTENIDA DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES

INTENSO DOLOR + DEFORMIDAD + INMOVILIDAD

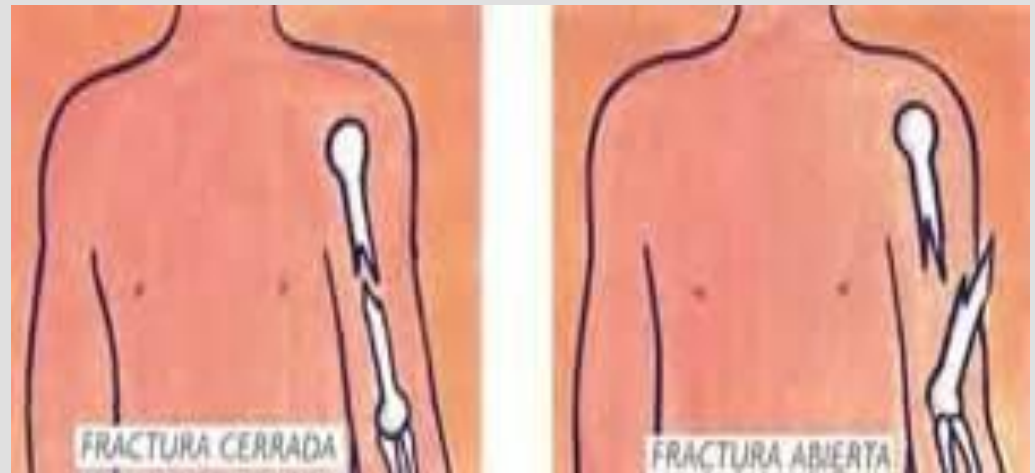




FRACTURA

ROTURA DE UN HUESO

DOLOR + DEFORMIDAD + HEMATOMA + INFLAMACIÓN + LIMITACIÓN FUNCIONAL



- **Reposo**
- **Elevar extremidad**
- **Frío local**
- **No movilizar. Posición antiálgica**
- **Inmovilizar si sabemos**



**llamar al 112 si hay
mucho dolor o
sangrado importante
retirar anillos, relojes,
pulseras...**

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MAYTE BLÁZQUEZ

MÉDICO EMERGENCIAS CYL



QUÉ ES Y EN QUÉ CONSISTE?

ES UNA LESIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE LA **CABEZA**, SECUNDARIO A
UN TRAUMA **MECÁNICO**.

LA GRAVEDAD DEPENDE DEL MECANISMO Y LA INTENSIDAD DEL TRAUMA.

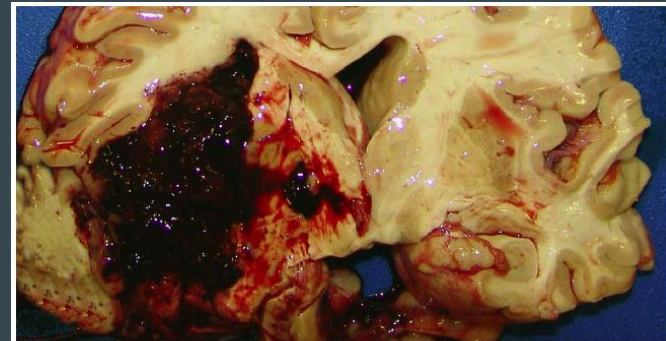


Fig. 29.- Hemorragia cerebral hipertensiva.

CAUSAS

ACCIDENTES TRÁFICO

CAÍDAS: DOMÉSTICAS

ESCOLARES

ACCIDENTES DEPORTIVOS



- **ES LEVE SI:**

- No pérdida de conciencia
- No letargo , niño está alerta
- No vómitos
- Mecanismo leve
- Mayor de un año
- No sospecha de fractura





VIGILAR QUE NO APAREZCAN LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

- Vómitos sobre todo en escopeta
- Letargo o sueño invencible
- Convulsiones
- Mareo y/o cefalea
- Lloro incoercible
- Trastornos en el lenguaje



VALORAR → NO MOVER

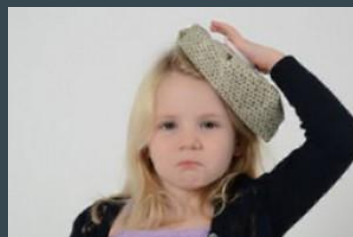
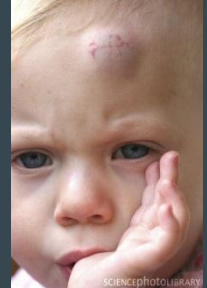
INCONSCIENTE → LLAMAR **112**

SIGNOS VITALES → RCP SI PRECISA

OTROS

TRATAR HERIDA Y HEMORRAGIA

↙ HIELO LOCAL ↘



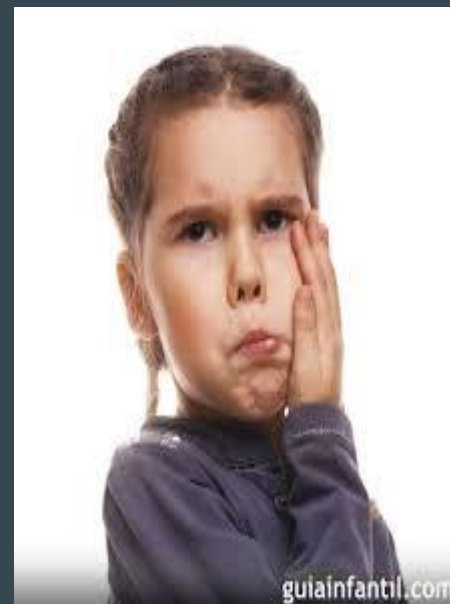


TRAUMATISMOS BUCODENTALES

¿Qué son?

Lesiones de partes blandas de la boca y/o lesiones dentarias y periodontales producidas por mecanismos traumáticos.





Incidencia :

Dos picos de edad :

Al empezar a andar

Etapa escolar

PRIMEROS AUXILIOS

Limpieza suave

Enjuague con hexetidina (Oraldine®)

Frío local : hielo envuelto en paño, si edema o tumefacción

Derivar si hemorragia que no cede o necesidad de sutura



TRAUMATISMO DENTAL

PRIMARIA

Si dolor o sangrado, pero NO MOVILIDAD → OBSERVACIÓN

Buena higiene (hexetidina)

Dieta blanda

Si inflamación o coloración oscura : Centro sanitario

Si avulsión completa : NO REIMPLANTAR



DENTICIÓN PERMANENTE ($\geq$ 6 años) :

VERDADERA URGENCIA

Localizar fragmento fracturado o pieza : evitar aspiración o deglución

No acudir al odontólogo sin haberlo conseguido

SI LUXACIÓN : NO manipular



SI AVULSIÓN :



PUEDE REIMPLANTARSE CON ÉXITO EN LOS PRIMEROS 30-60´

NUNCA tocar la raíz, manipular por la corona

Enjuagar con SSF sin frotar. **NO SECAR**

Colocar en alveolo y morder gasa o pañuelo (Valorar edad)

Transportar en leche , SSF , solución para lentes de contacto o propia saliva (medio ISOTÓNICO)



AGUA NO : baja osmolaridad(edema o rotura de células)

¿Qué hacer SI SE ROMPE?

1°  Buscar el trozo de diente

2°  El diente puede ser pegado

3°  Acudir inmediatamente al dentista

¿Qué hacer si el golpe provoca que salga de la boca?

1°  Buscar el diente

2°  Cogerlo por la corona

3°  Si el diente no está limpio, lo lavamos bajo un chorro de agua durante 10 segundos, cuidando de no tocar la raíz.

4°  Volver a colocar el diente

5°  Si no puedes recolocarlo, introducir el diente

6°  Lo ideal para salvar el diente

CUERPOS EXTRAÑOS

NARIZ, OJOS Y OÍDO



¿Qué son?

Son cualquier elemento cuya presencia no sea habitual en el ojo, conducto auditivo externo o en el orificio nasal

INCIDENCIA

Muy frecuentes en niños de 2 a 8 años (sobre todo 2-4 años)

IMPORTANTE



PREVENCIÓN

No dejar a mano objetos peligrosos

Educación

Saber cómo actuar

TIPOS DE OBJETOS :

1. *TIPO ORGÁNICO* : semillas, frutos secos, legumbres, insectos, huesos de frutas....

Característica : más peligrosos con humedad

2. *TIPO INORGÁNICO* : virutas, pilas, llaves, canicas, monedas, botones...

Característica : Pueden ser tóxicos

CUERPO EXTRAÑO EN OJO



Síntomas habituales : ojo rojo, lagrimeo aumentado, picor , dolor, fotofobia y dificultad de visión

Niños : siempre tienden a frotarse el ojo afectado :

EVITAR

TRANQUILIZAR

ACTUACIÓN :

Lavado de manos

Lavar con SSF a chorro

Explorar párpado inferior primero : si se observa cuerpo extraño, retirar con gasa estéril o punta de pañuelo limpio

Si está debajo del párpado superior ,levantarlo dejando al descubierto el globo ocular y retirar el cuerpo extraño con gasa estéril







A

Levante las pestañas, con
sus dedos.



B

Levante el párpado y con la
punta de una gasa, retire el
cuerpo extraño.

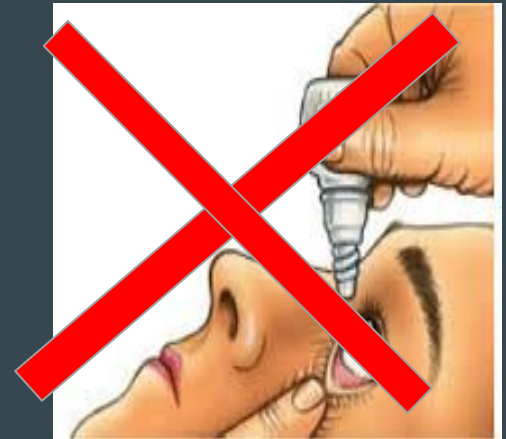
PRECAUCIONES :

Si hay algún objeto clavado : **NO EXTRAER**

Si quemaduras con productos químicos : lavar con abundante SSF,
tapar los ojos con gasa empapada en agua o SSF y llamar al 112

No administrar colirios

Acudir a un Centro Sanitario



CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO

SÍNTOMAS : dolor local , puede llegar a ser muy intenso

· Preocupación emocional (sobre todo con insectos) : tranquilizar

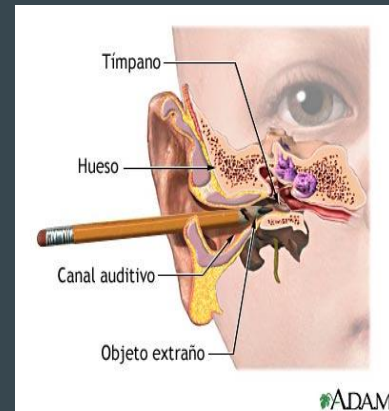
· Puede no haber síntomas iniciales

· Posteriormente :

Disminución capacidad audición de ese

Supuración maloliente





Algodón



Papel



Ramita

ACTUACIÓN :



- Si es un insecto : ahogarlo con gotas de aceite o agua templada

- Las semillas , legumbres... aumentan su volumen con el agua : echar gotas de **ALCOHOL** para que se contraigan.



- Pilas de botón : pueden lesionar el conducto auditivo y el tímpano

acudir a Centro Sanitario para extracción

- **NO INTENTAR sacarlo** con ningún instrumento : podemos introducirlo más



CUERPO EXTRAÑO EN NARIZ



SÍNTOMA INICIAL :

Obstrucción nasal, dolor o malestar ,a veces acompañados de estornudos

Rinorrea unilateral

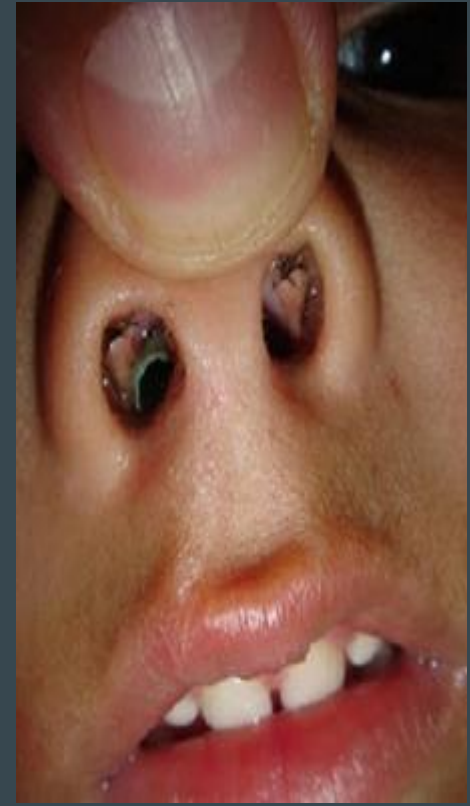
Si lleva varios días : olor pútrido con rinorrea mucopurulenta

Si evoluciona puede provocar sinusitis y meningitis



ACTUACIÓN :

- Sonarse la nariz con suavidad, tapando la fosa nasal distinta a la obstruida
- **NO EXTRAER** a menos que esté muy cerca de la entrada de la nariz y visible
- Acudir a Centro Sanitario : Extracción para minimizar el peligro de aspiración y evitar la posible necrosis tisular local



SÍNCOPE

El síncope es la pérdida brusca y transitoria del conocimiento, acompañada de pérdida del tono postural, con recuperación espontánea sin tratamiento.

Puede representar tanto un hecho banal, como ser la expresión de una enfermedad grave potencialmente mortal.



SÍNCOPE



ALTO RIESGO

En decúbito

Tras el esfuerzo

De duración prolongada

Coincidiendo con dolor torácico, disnea o cefalea

Con focalidad neurológica



INSOLACIÓN-GOLPE DE CALOR





-Golpe de calor- sufrió atleta de Kenia..mp4

¿QUÉ ES? ¿EN QUÉ CONSISTE?

Es un aumento de la temperatura corporal causado por una exposición prolongada al sol. Los niños y los ancianos, mas vulnerables Se presenta de forma súbita y puede producir mareo, dolor de cabeza, malestar general, pérdida de conocimiento....



ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

Colocar al alumno en un lugar fresco.

Acostarle semiincorporado para disminuir el aumento de riego al cerebro.

Aflojarle la ropa que le oprima.

Aplicar compresas de agua fría a la cara y cabeza o bien refrescar con una esponja



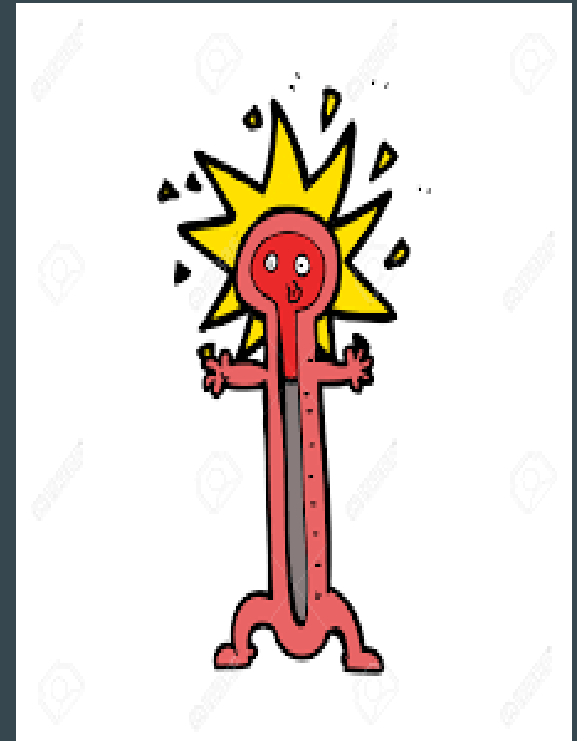
ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

Si no ha perdido el conocimiento, darle agua o una bebida con sales o isotónica.

Controlar la temperatura

Si existe dolor de cabeza, administrar

Paracetamol.



PRECAUCIONES

Evitar las exposiciones prolongadas al sol y el ejercicio físico a temperaturas elevadas.

NO dejar al alumno expuesto al sol.

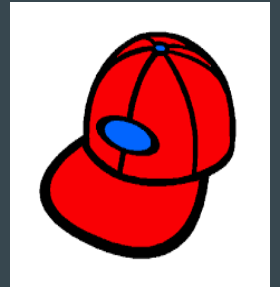
NO poner la cabeza más baja que los pies.



OTRAS RECOMENDACIONES

Llamar a Emergencias Sanitarias **112** o acudir a Centro Sanitario si el estado del afectado no es bueno o ha perdido la consciencia.

Proteger la cabeza de la exposición al sol.



Informar a los padres o responsables del afectado lo antes posible.

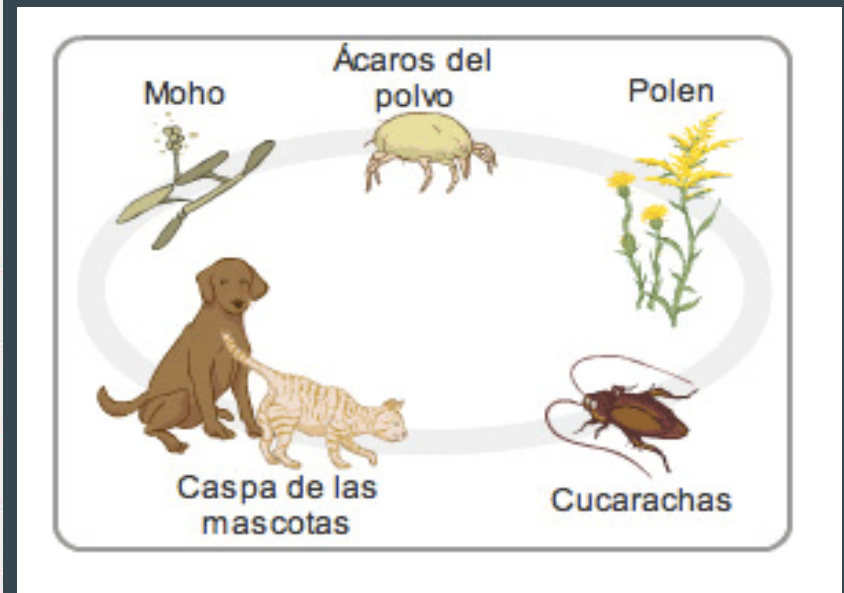
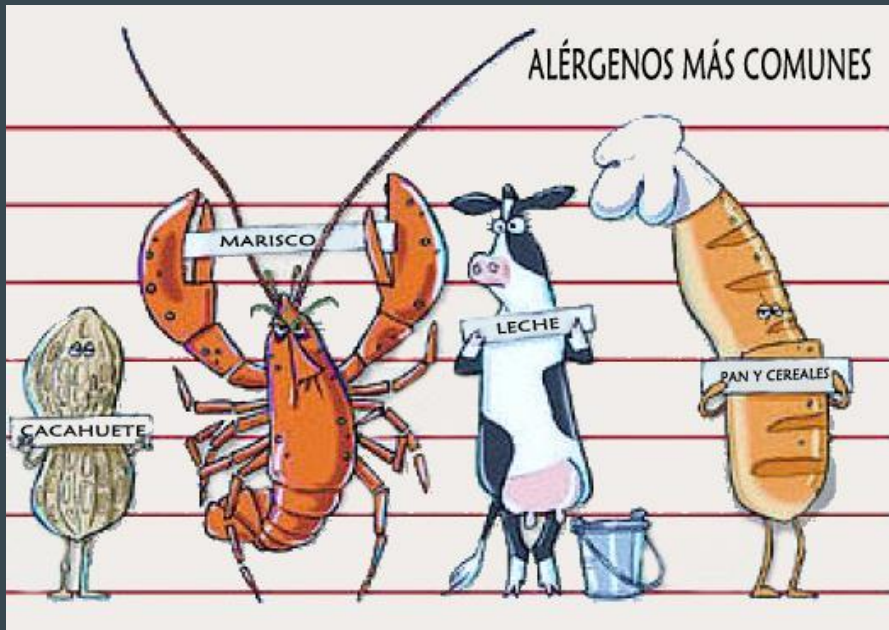
REACCIONES ALÉRGICAS

...

¿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**.



SÍNTOMAS

Los síntomas aparecen después de minutos o de horas tras la exposición al agente causal. Puede afectar a las vías respiratorias (crisis asmática), a la piel y mucosas (urticaria/angioedema), o a otros órganos.

- La **urticaria** consiste en la aparición súbita de ronchas o habones (piel enrojecida y sobreelevada) pruriginosa (que pica), que cambian de localización en horas o minutos.



- El **angioedema** es una hinchazón no pruriginosa (no pica), generalmente indolora, aunque puede producir sensación de quemazón, que afecta sobre todo a cara, genitales, manos y pies, y en ocasiones a la lengua, úvula y laringe, produciendo dificultad respiratoria.



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.



ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

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



ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

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

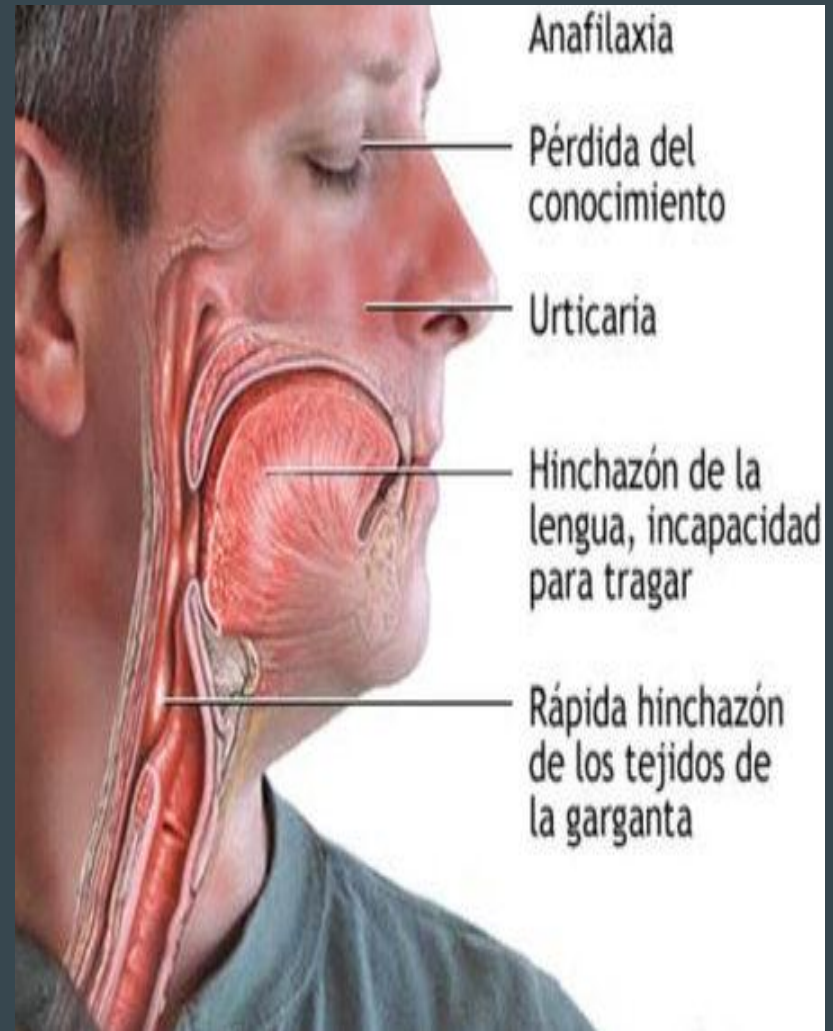
- Jeringa precargada (auto-inyector) de **adrenalina** (Altellus o Jext ® 0,15 mg. para menores de 25 Kg. y de 0,3 mg. para más de 25 kg.). Aplicar **intramuscular en cara antero-lateral externa del muslo**, si fuese necesario puede administrarse a través de la ropa.





¿Cómo se utiliza la adrenalina autoinyectable- (1).mp4

▪ **Anafilaxia** es una reacción inmediata aguda y grave con síntomas generalizados (al menos en dos órganos): urticaria, angioedema, dificultad respiratoria, sensación de mareo, náuseas, etc. Es una verdadera **urgencia médica**.



ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

- Las **picaduras o mordeduras de animales** pueden producir reacciones locales o generales, además de reacciones alérgicas si el individuo está sensibilizado.

PICADURAS

- Agua y jabón + Frío local.
- Extraer el aguijón (Abeja).
- Picadura de garrapata: NO extraerla.
- Desinfectar + corticoides tópicos.
- Analgésicos si existe dolor.
- Si se sospecha de animal venenoso (Ofidio):
 - Tranquilizar + Reposo..
 - No alcohol (Vasodilatador).
 - Inmovilizar y poner en declive.
 - LLAMAR **112**.

NO HACER!!!

- Raspar/Rascar.
- Antihistamínico en Pomada.
- Intentar extraer el veneno.
- Impregnar de barro.



MORDEDURAS

- Lavar con agua y jabón ...suero fisiológico.
- Secar + antiséptico.
- Tapar con gasas y esparadrapo.
- No suturar heridas por mordedura.
- Controlar al animal causante.
- Vacunación antitetánica.
- Analgesia.
- Dentro de la herida **NO** Alcohol



CONVULSIONES



My Tonic Clonic-Grand Mal Seizure.mp4

Fase tónica



Fase clónica



No sujetar víctima...
Protección
PLS..
Vigilar



Tranquilidad

MARISTAS 2016





My Tonic Clonic-Grand Mal Seizure.mp4



CONVULSION DE AUSENCIA.mp4



Crisis epiléptica.mp4

Fiebre

- ¿De qué hablamos?

- La fiebre no es una enfermedad en sí, pero es uno de los motivos de consulta más frecuentes en edad pediátrica.
- Hablamos de fiebre cuando medimos una temperatura rectal superior a 38°C o axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$.
- Los termómetros timpánicos son rápidos pero menos fiables.



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



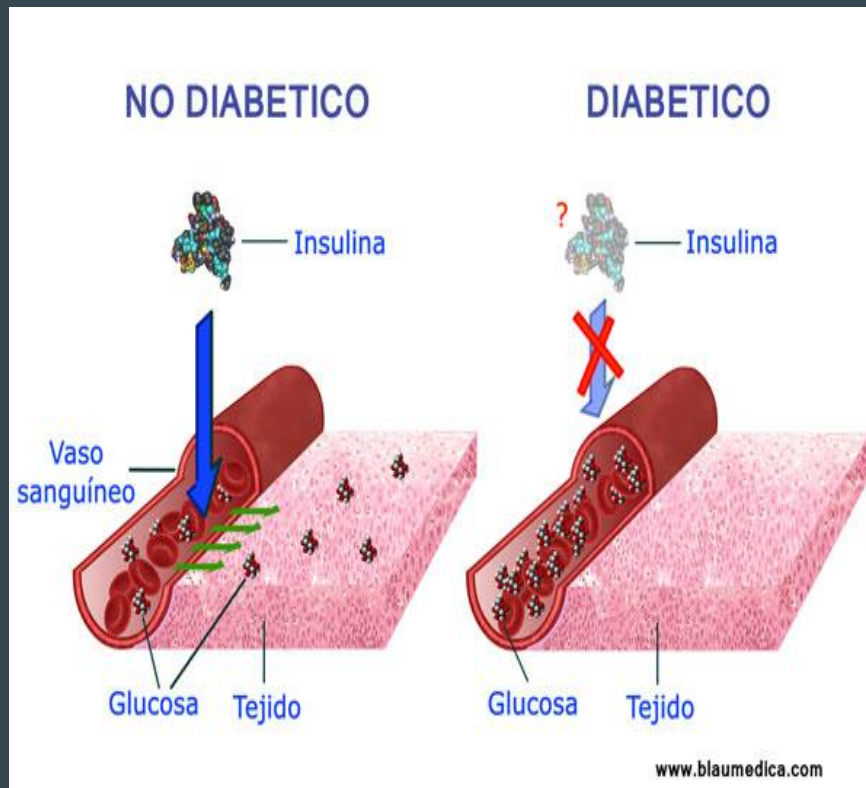
URGENCIAS DIABÉTICAS

DIABETES

segunda enfermedad crónica más frecuente en niños

déficit de insulina

aumento de la glucosa en sangre

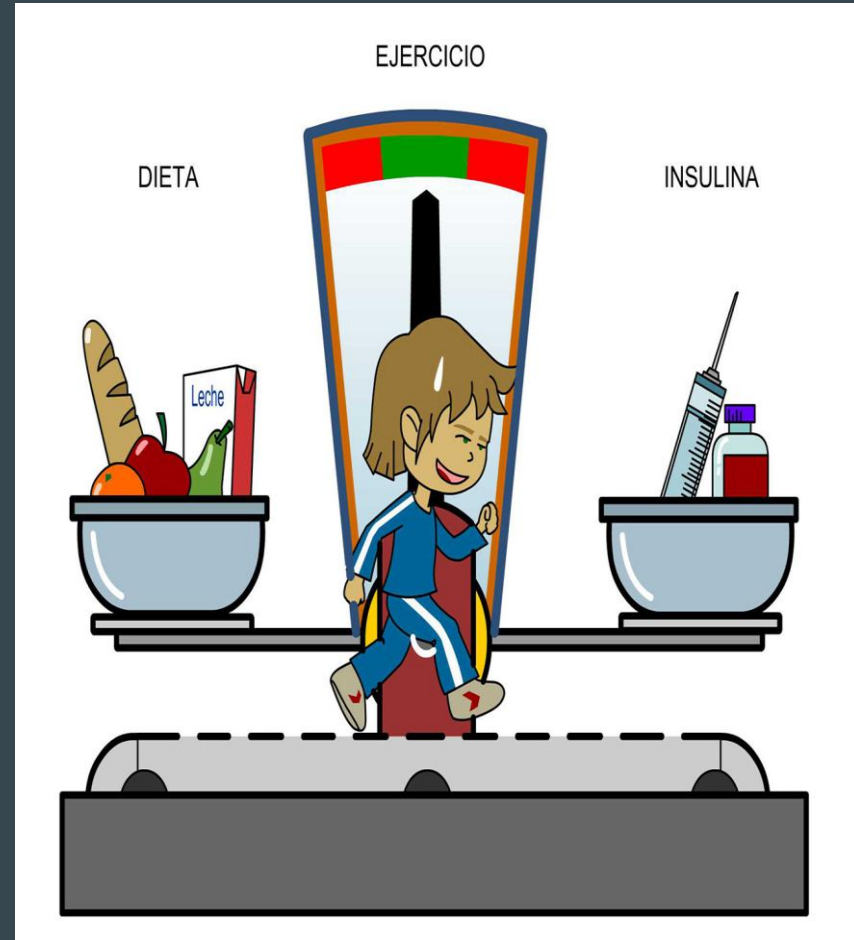


el tratamiento es un equilibrio

actividad física

una buena alimentación - control dieta

la medicación - aporte insulina



manifestación de la diabetes

HIPOGLUCEMIA

disminución glucemia por debajo 60mg/dl en sangre

HIPERGLUCEMIA

aumento glucosa superior a 180mg/dl



HIPOGLUCEMIA

- Clínica
- **INCONSCIENCIA**
- Temblores
- Mareos
- Sudoración
- Hambre
- Dolor de cabeza
- Palidez
- Agitacion



otras recomendaciones

permiso para comer en clase

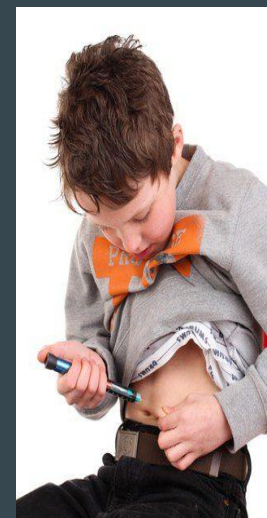
responsabilizar al paciente según edad y condiciones

aspecto psicológico del alumno

Discreción

seguridad

persona de referencia



el ejercicio físico

controlar síntomas si va a realizar actividad física

inyectar insulina en zonas alejadas de músculos implicados en la actividad

evitar la actividad física si la diabetes no está bien controlada

¿qué hago?

CONSCIENTE



control de glucemia



INCONSCIENTE



CONSCIENTE

1. administrar 10gr azúcares rápida absorción: **dos terrones de azúcar**, 2 pastillas gluco-sport, medio vaso de zumo o bebida azucarada
2. pasados 10-15 minutos, si persisten síntomas, repetir toma
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

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: $\frac{1}{4}$ ampolla

entre 2 y 6 años $\frac{1}{2}$ ampolla

>6 años 1 ampolla

solo si profesor instruido y voluntario

el glucagón no supone riesgos



Asma

¿Qué es el asma?

Enfermedad crónica más frecuente en la infancia.

Se caracteriza por episodios recurrentes (crisis) de:

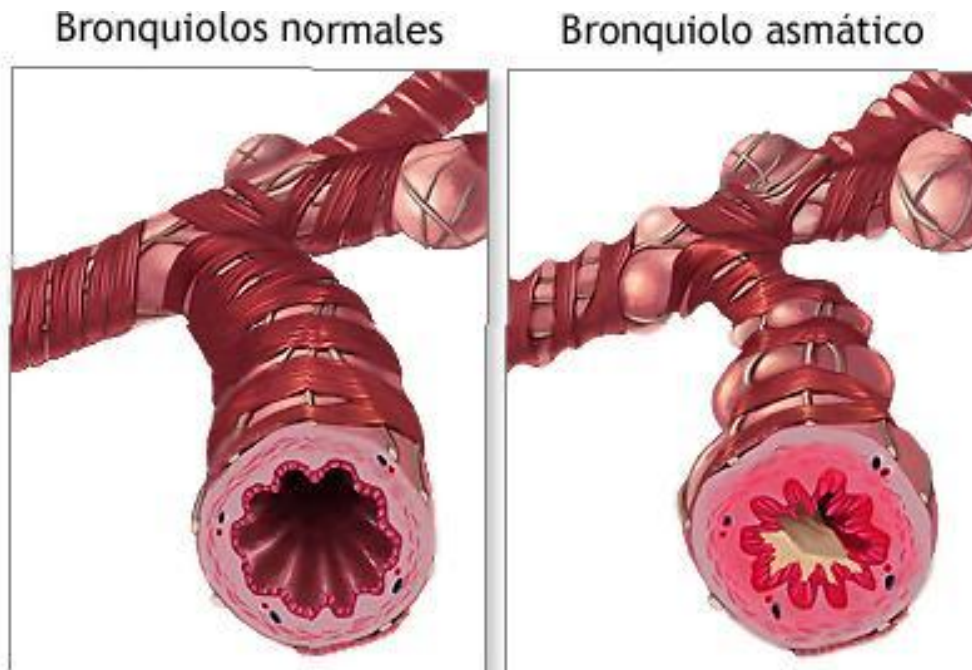
- Tos, sibilancias, dificultad para respirar y en ocasiones sensación de opresión torácica.
- Puede acompañarse de estornudos, picor nasal y ocular, rinorrea, expectoración.



Asma II

¿Cual es el mecanismo?

- Los bronquios se inflaman, se llenan de mucosidad y se estrechan por reacción exagerada a diversos estímulos.



Asma IV

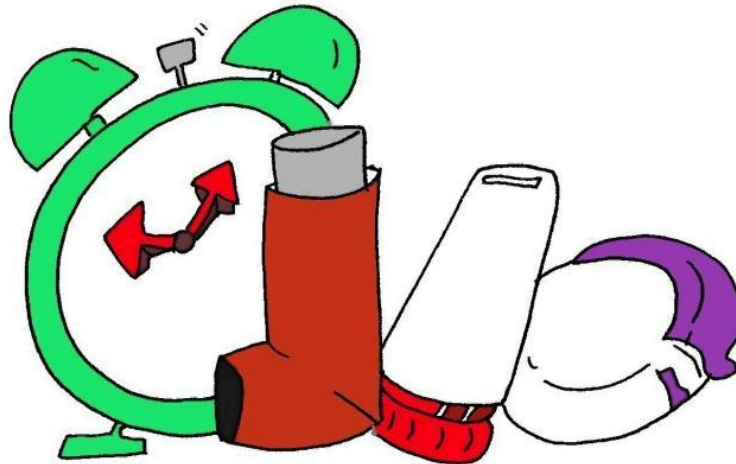
- ¿Qué hacer ante una crisis?



- 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.

Asma V

- Lo primero que haremos será apartar al niño del posible desencadenante (humos, olores fuertes ambientes con polvo).
- Mantendremos la calma e intentaremos transmitir tranquilidad.



Asma VI

- 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.



Asma IV

- 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.



Pelo animales



Cigarrillo



Humo



Polvo en camas y almohadas



Polvo al barrer



Olores fuertes "Sprays"



Polen



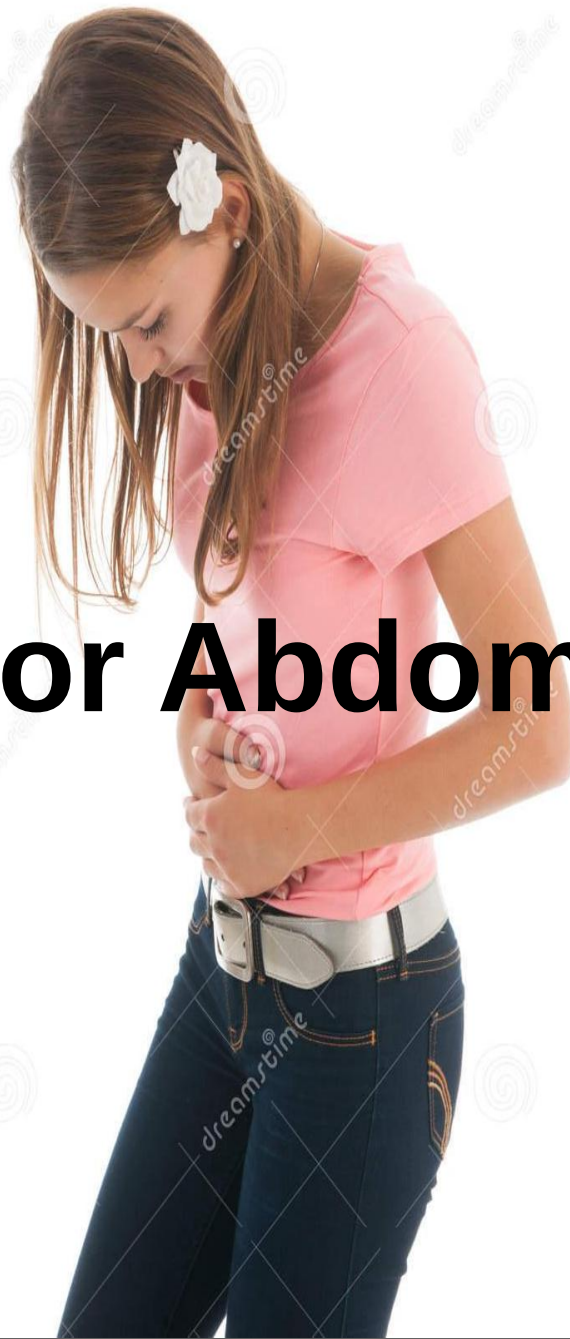
Estado del tiempo



Gripes (catarros)



Correr, deportes y trabajo duro



Dolor Abdominal

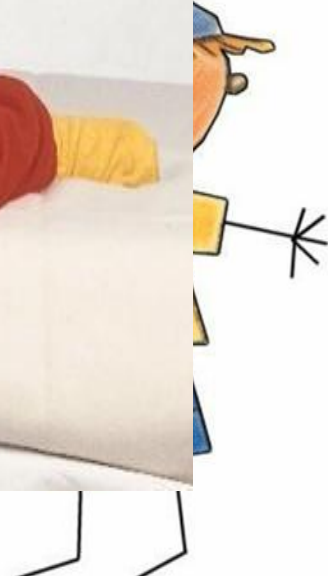


Tranquilizar

Ambiente adecuado

Postura cómoda

Baño

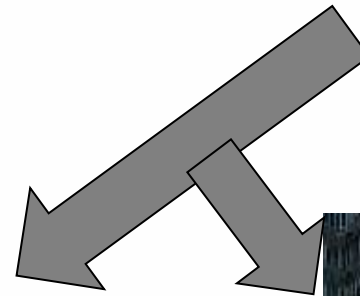


No ofrecer líquido ni alimento

No dar anlgésicos excepto en el dolor menstrual

Avisar a familiares o responsables

Consultar a un médico





GASTROENTERITIS AGUDA



ACTUACIÓN BÁSICA: PRIMEROS AUXILIOS

Suero hiposódico: solución de rehidratación en polvo, reconstituyendo con agua o soluciones de rehidratación ya preparadas.



Se proporcionarán pequeñas cantidades, aumentando progresivamente según tolerancia.



PRECAUCIONES

NO utilizar soluciones caseras ni refrescos comerciales para reponer las pérdidas producidas por las gastroenteritis.

Si acude al comedor escolar, no forzarle a comer

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.



OTRAS RECOMENDACIONES

Acudir a un Centro Sanitario

si se objetivan signos de deshidratación
y los padres no han acudido a recogerle

Informar a los padres o responsables del
posible.



INTOXICACIONES

IRENE PEÑA
MAYORDOMO

¿QUÉ ES UN TÓXICO?

TÓXICO sustancia que introducida en el organismo es capaz de lesionarlo

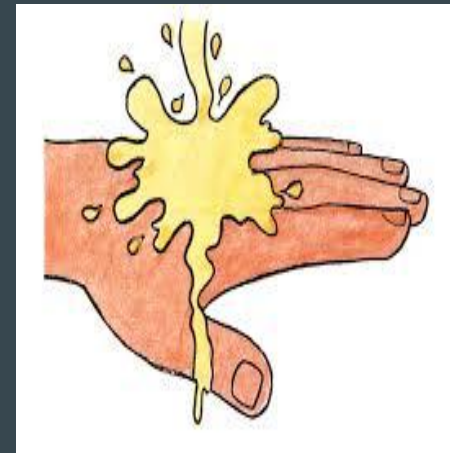
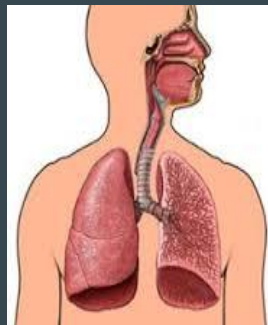
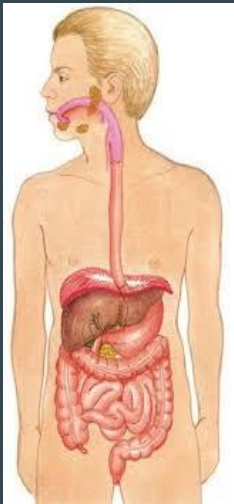
Intoxicación es la acción del tóxico en el organismo

Vías de introducción

digestiva

respiratoria

cutánea



las intoxicaciones pueden ser

ACCIDENTALES

85%

niños menores 5 años



INTENCIONADAS

15 %

adolescentes



ante una intoxicación DIGESTIVA

¿qué hago?

dar de beber pequeñas cantidades de agua

limpiar la boca con gasa empapada en agua

NO provocar el vómito

¿qué **no** hago?

NO neutralizantes caseros (leche, vinagre, limón)

no beber si INCONSCIENCIA

¿qué hago ante una intoxicación RESPIRATORIA?

desplazar al paciente a un lugar **VENTILADO**

seguridad del socorrista



observar cómo está el paciente

consciente observar el estado del alumno **soporoso, orientado...**

inconsciente y respira **POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD**

inconsciente y no respira **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR**



según el estado del paciente

llamamos al **112**



acudir a un **Centro de salud**



SIEMPRE informar a los padres o responsables lo antes posible



identificación TÓXICO

recoger **ENVASE**



CANTIDAD

TIEMPO de exposición o desde la Ingesta





¿Dudas?

Muchas Gracias!

