



Emergencias Sanitarias
CONSEJERÍA DE IGUALDAD,
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES



Primeros Auxilios en el entorno Escolar

¿Qué hacer?

¿Qué no hacer?

Sevilla, Noviembre 2014



CONTENIDO:

ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

- 1. Pérdida de conciencia**
- 2. Convulsiones**
- 3. Hipoglucemias**
- 4. Traumatismos (esguinces, luxaciones, fracturas).**
- 5. Hemorragias: heridas, epistaxis**
- 6. Cuerpos extraños oculares, nasales, óticos.**
- 7. Crisis de ansiedad; Hiperventilación.**
- 8. Patología por el calor**
- 9. Disnea: Asma, obstrucción vía aérea**
- 10. Picaduras; reacciones alérgicas.**
- 11. Quemaduras**
- 12. Electrocución.**
- 13. Intoxicaciones - Drogas.**
- 14. Glosario.**
- 15. Anexos: Urgencia / Emergencia / Hemorragias**



ANTECEDENTES:

En el año 2006, EPES-061 diseña el Programa Aprende a Cuidar su Corazón, que nace como estrategia para la difusión de técnicas de Reanimación Cardiopulmonar Básica, dirigidas a ciudadanos y ciudadanas en Andalucía. Este Programa se enmarca en dos Planes Integrales de la Consejería: Plan Integral de Atención a las Cardiopatías y el Plan Integral de Accidentalidad.

En el Programa Aprende a Cuidar su Corazón, participan las siguientes Instituciones:

- Plan Integral de Atención a las Cardiopatías (Consejería de Salud)
- Plan Integral de Accidentalidad (Consejería de Salud)
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (Servicio Andaluz de Salud)
- Fundación Iavante (Consejería de Salud)
- Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar

Desde 2006 se han formado en Reanimación Cardiopulmonar Básica más de 35.000 mil andaluces con distintos perfiles: familiares de pacientes con enfermedades del corazón, policías nacionales y policías locales, guardias civiles, profesores del Sistema Público de Educación, militares, entrenadores de clubs deportivos, estudiantes universitarios, profesionales de distintas instituciones públicas y privadas, etc.; *y es que cualquier ciudadano o ciudadana puede encontrarse ante una situación en la que sea*

necesario identificar la gravedad y saber como activar un sistema de emergencias sanitarias iniciando, si fuese necesario, maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica. Nos referimos principalmente a dos situaciones: el episodio cardíaco o el accidente, que puede deberse a múltiples causas, y que conllevan una elevada mortalidad y/o morbilidad (secuelas).

Con posterioridad se activa el Programa DAVIDA dirigido a la formación de ciudadanos en manejo de Desfibriladores Externos Automáticos (DEA), estrategia dirigida a incrementar la supervivencia y disminución de secuelas de pacientes que hayan padecido una Parada Cardiorrespiratoria (PCR). En la actualidad la normativa referencia para el manejo de DEA por personas no sanitarias, se refleja en el DECRETO 22/2012, de 14 de febrero, por el que se regula el uso de desfibriladores externos automatizados fuera del ámbito sanitario y se además se crea su Registro.

Y es que el paro cardíaco súbito se considera, sin lugar a dudas, un problema sanitario de primera magnitud. En España, aunque no se dispone de datos exactos, se producen alrededor de 24000 paros cardíacos súbitos al año, la mayoría de origen cardiológico.

Es conocido que la supresión de la circulación sanguínea durante varios minutos causa daños irreversibles en el cerebro, por lo que las primeras acciones realizadas por los primeros actantes o intervinientes, y el personal de emergencias juega un papel importante en estas situaciones. Si estas acciones se realizan de forma encadenada, alerta precoz a los servicios de emergencias, comienzo de una RCP precoz por los testigos y la realización de desfibrilación precoz, si se dispone de un desfibrilador, se

puede salvar la vida de una persona. Estas acciones encadenadas se conocen como Cadena de Supervivencia, siendo la Resucitación Precoz por testigos y la Desfibrilación temprana las llaves de la supervivencia del paro cardíaco súbito.

El uso precoz de los DEA dentro del conjunto de la Cadena de Supervivencia consigue un porcentaje de recuperación de los paros cardíacos, con buena función neurológica, muy superior a la que se consigue cuando no se utilizan, o su uso se retrasa.

El uso precoz de los DEA dentro del conjunto de la Cadena de Supervivencia consigue un porcentaje de recuperación de los paros cardíacos, con buena función neurológica, muy superior a la que se consigue cuando no se utilizan, o su uso se retrasa.

El CERCP realizó en 2010 una encuesta a nivel nacional, sobre los conocimientos de la población en materia de RCP. Los resultados más importantes de esa encuesta son:

Desconoce qué es un paro cardíaco el 45% de los encuestados.

Desconoce en qué consiste la cadena de supervivencia un 85%.

Solamente un 26% sabría cómo actuar ante un paro cardíaco

Desconoce lo que es un DEA un 74% de los encuestados, sobre todo aquellos con niveles más bajos de ingresos y educación.

Aunque con retraso respecto a otros países de Europa, en los últimos años se ha realizado en nuestro país una instalación progresiva de DEA en diferentes espacios públicos, y se han promulgado decretos autonómicos

que regulan la instalación de los DEA y la formación y autorización en su utilización por personal no sanitario.

En las recomendaciones sobre resucitación actuales del European Resuscitation Council (ERC) se resalta que:

El inicio de la resucitación de forma inmediata puede duplicar o triplicar la supervivencia del paro cardíaco, fundamentalmente por fibrilación ventricular (FV).

Realizar compresiones torácicas es mejor que no hacer ninguna maniobra.

La resucitación cardiopulmonar unida a la desfibrilación en los 3 a 5 minutos siguientes al colapso, pueden producir tasas de supervivencia superiores al 49%

Los programas de acceso público al DEA con tiempos de respuesta rápidos han conseguido una alta supervivencia.

Nuestro Programa formativo tiene como **objetivos principales**:

- Concienciar de la importancia de poder actuar de manera eficiente como primer testigo, en situaciones de crisis cardíacas y accidentes.
- Motivar a los alumnos y alumnas a adquirir conocimientos, destreza y habilidad para saber como actuar desde la responsabilidad social y la seguridad en sus decisiones, ante situaciones de emergencia sanitaria.
- Activar de manera adecuada al Sistema de Emergencias Sanitarias.
- Iniciar de manera correcta maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica.
- Manejar un DEA
- Conocer "que se debe hacer" y "que no se debe hacer" en Primeros Auxilios.

Al finalizar los Cursos los alumnos y alumnas deberán:

- Conocer como se activa de manera adecuada el Sistema de Emergencias Sanitarias
- Identificar una situación de parada cardiorrespiratoria
- Valorar de manera correcta el nivel de conciencia
- Realizar correctamente la apertura de la vía aérea y valorar la respiración y circulación
- Realizar correctamente la técnica de ventilación boca-boca y la de masaje cardíaco externo
- Manejar de manera correcta al paciente para lograr la posición lateral de seguridad
- Realizar de manera correcta las maniobras de desobstrucción de vía aérea
- Usar un DEA
- Actuar de manera adecuada ante situaciones de Primeros Auxilios en términos de resolución o previamente a la posterior asistencia cualificada de profesionales de servicios de salud

INTRODUCCIÓN

Con relativa frecuencia las profesoras y profesores se encuentran en las aulas ante situaciones clínicas o lesiones que padecen sus alumnos y alumnas y que **en un porcentaje muy elevado** de casos se resuelven con medidas sencillas. *El objetivo de estos apuntes es minimizar en lo posible la percepción de estrés que puede surgir cuando sea necesaria una actuación más específica ante situaciones que podemos definir como de "urgencias o primeros auxilios".*

Los profesores y profesoras que participan en este programa también recibirán formación sobre cómo deberían actuar de manera correcta y eficiente en situaciones en las que sea necesario iniciar maniobras de Resucitación Cardiopulmonar Básica y uso de DEA, previa la llegada de los Equipos de Emergencias Sanitarias 061. *Una actuación rápida, aplicando maniobras muy simples y de fácil aprendizaje, disminuyen la mortalidad y la morbilidad (secuelas) ya que multiplican por dos y por tres el porcentaje de sobrevivir.*

La población general y en particular las personas que tratan o que tienen a su cargo un número importante de personas (como ocurre con el profesional

docente de los centros educativos), es clave que tengan una formación mínima en el reconocimiento y actuación inicial ante las patologías y lesiones que con mayor frecuencia pueden producirse en su medio de trabajo.

Adquirir estos conocimientos y habilidades también les permitirá poder actuar en situaciones que ellos presencien y que puedan ocurrir en cualquier otro entorno distinto al de su trabajo.

Con esta guía y los Cursos presenciales, se pretende marcar, de una forma ordenada y eficaz, los pasos a seguir ante las urgencias más frecuentes en los escolares; familiarizándose con la **detección, alerta y las medidas iniciales de atención**.

En la presente guía, se repasan aquellas patologías de mayor incidencia en el entorno escolar, aportándose:

- nociones orientadoras sobre cada patología
- medidas más elementales que debemos adoptar en cada caso
- de manera especial haciendo hincapié en las actuaciones que nunca deben realizarse.

Para facilitar la consulta y recordatorio, se añaden unos cuadros a modo de semáforo resaltando en verde "que se debe hacer en cada caso y en rojo aquello que debemos evitar".





1. PÉRDIDA DE CONCIENCIA: SÍNCOPE-MAREO.

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de las pérdidas de conocimiento son cuadros **Sincopales**, es decir, pérdidas **transitorias de conciencia y del tono muscular (el paciente cae al suelo).**

Estos cuadros se producen como consecuencia de una disminución del riego cerebral por "bajadas de tensión y de la frecuencia cardíaca", es decir, por cuadros vagales. No obstante pueden deberse a otras muchas razones.

Aparecen espontáneamente o pueden ser secundarios a:

- cambios posturales bruscos (más frecuente al pasar de sentado a bipedestación o de estar acostado a levantarse)
- situaciones de estrés
- calor excesivo
- traumatismos en zonas con gran inervación del parasimpático como boca del estomago o genitales.
- mantenimiento prolongado de la bipedestación (típica de paradas militares).etc.

El afectado suele recuperarse en cuestión de segundos o pocos minutos. Tumbado y elevándole los miembros inferiores se facilita el retorno venoso, recuperándose la tensión arterial y el riego cerebral.

QUE DEBEMOS HACER:

Si la persona se nota indispuesta, con sudoración, sensación de mareo, visión borrosa, palidez, zumbido de oídos, **debe tumbarse para evitar que se caiga y se pueda golpear.**

Una vez en el suelo debemos **COMPROBAR QUE RESPIRA**, aflojar ropa y elevarle las piernas y brazos.



Si el cuadro dura desde unos segundos a 1-2 minutos, si la recuperación es total y si conocemos la posible causa (gran estrés, mucho calor, contusión... etc.) o bien tiene antecedentes parecidos y ya estudiados, el afectado puede proseguir su actividad tras unos minutos de descanso, evitando movimientos bruscos. Comunicamos el evento a su familia para que tenga bien informado a su médico / médica de familia.

Tenemos que **alertar de manera inmediata al 061 en caso de:**

- No conocer antecedente, no detectar posible causa o tratarse del primer episodio.
- No recuperación total aunque haya recuperado el nivel de conciencia.

Si presentase náuseas o vómitos, le giraremos la cabeza o lo pondremos en Posición Lateral de Seguridad (PLS).

El proporcionarle aire fresco (abanicar o abrir ventana) o colocarle paños humedecidos sobre frentes y flexura de articulaciones facilitará la recuperación.

Es importante preguntarle al paciente sobre hora y cantidad de la última comida que hizo, ya que en muchas ocasiones se trata de cuadros de hipoglucemia. Si es así o se sospecha, aportar azúcar **(siempre que tenga un adecuado nivel de conciencia que le permita tragar sin riesgo de atragantamiento).**

Cuando recupere conciencia dejar unos minutos tumbado y luego levantar lentamente, pasando a posición de sentado con la cabeza entre las rodillas; posteriormente que se siente erguido y si no hay síntomas puede levantarse y andar, pero acompañado.

NO DEBEMOS HACER:

NUNCA dar por hecho que se trata de un cuadro sincopal sin más importancia, debiendo siempre comprobar ventilación.

NUNCA mantener a la persona afectada de pie o sentada.

NUNCA dejar solo.

NUNCA levantar ni permitir que se levante de forma brusca tras el episodio.

NO agobiar con preguntas.

NO dejar gran número de espectadores.

NO dejar en ambiente caluroso.

SIEMPRE ante primeros episodios consulta con médico.

No dar nada por boca en caso de continuar con alteración de conciencia



DEBEMOS HACER:

- Ante síntomas, tumbarse o ayudarlo a tumbarse (evitar caída)
- Comprobar que respira.
- Aflojar ropa
- Despejar la zona de gente
- Elevar extremidades.
- Refrescar.
- Cuando se recupera mantener tumbado unos minutos y posteriormente levantarse poco a poco.
- Si hace tiempo que comió, dar líquido azucarado cuando recupere conciencia.
- **ALERTAR 061** ante duración prolongada, primer episodio, o causa desconocida.



NO HACER:

- NO dar por hecho que es un síncope y no comprobar respiración.
- NUNCA intentar aguantar, ya que puede caerse.
- NO dejar solo.
- NO Agobiar con multitud o preguntas.
- NUNCA dejar tumbado boca arriba ante náuseas o vómitos (girar cara o poner en PLS).
- No dar nada por boca si persiste alteración conciencia.

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?





2. CONVULSIONES (Epilepsia):

INTRODUCCIÓN:

Suelen ser movimientos de contracción-relajación sucesivos e involuntarios, de parte o de todo el cuerpo, que pueden acompañarse de afectación del nivel de conciencia. Existen otros tipos como son las ausencias o las crisis atónicas, en las cuales no existen los movimientos espasmódicos. Puede existir relajación esfínteres (incontinencia de la micción o defecación).

En edad escolar hasta los 6 años la causa más frecuente suelen ser las convulsiones febriles y las crisis epilépticas generalizadas.

En ocasiones el paciente puede notar que le va a suceder una crisis y avisa o detectamos actitud o acciones "extrañas" (desorientación, movimientos repetitivos como de chupeteo, bostezos.etc.).

Tras la crisis suelen quedar en un "sueño reparador" que dura desde segundos a pocos minutos, recuperando poco a poco su conciencia y orientación

QUE DEBEMOS HACER:

- Si el paciente o los acompañantes lo han detectado previamente, ayudarlo a tumbarse en zona tranquila (cercana, no hacerlo andar), ofrecerle pañuelo, trapo.etc. (objeto blando) para que lo sujete entre los dientes y muerda en el inicio de la crisis (ANTES DE PERDER LA CONCIENCIA). Una vez perdida la conciencia no tiene sentido intentar introducir algo en la boca ya que posiblemente cuando lo hagamos el paciente se haya mordido la lengua (ocurre al inicio del cuadro).
- Si la crisis ha comenzado, NO intentar abrir la boca ni introducir nada en ella. Muchas personas intentan la apertura bucal con la finalidad de evitar mordidas de lengua, pero estas cuando ocurren suelen ser en los bordes laterales y normalmente de poco alcance (curando rápidamente), Por el contrario corremos el riesgo de mordida e incluso amputación de los

dedos que hemos introducido en boca, o rotura de piezas dentarias si se introduce un objeto duro.

- **Una vez iniciada la crisis DEJAR CONVULSIONAR** despejando la zona circundante de objetos u obstáculos con los que pueda golpearse. Proteger cabeza para evitar traumatismo (poner almohada o ropa doblada bajo ella).
- Si es epiléptico conocido y lleva una cánula rectal de diacepam que se receta para estos casos, debemos aplicársela lo antes posible.
- Indagar sobre forma de inicio entre los testigos. ¿afectan a todo el cuerpo o solo a una parte?
- **ALERTAR 061** aportando la mayor información posible (antecedentes de epilepsia, actividad que realizaba cuando se inicio, tipo de movimiento)
- Tras remisión de crisis comprobar respiración y pulso, colocando a continuación en Posición Lateral de Seguridad (PLS), aflojar ropa y mantener temperatura. En ocasiones la crisis se continua con un "sueño reparador" de unos minutos; dejarlo dormir y acompañar hasta llegada de equipos sanitarios
- Mantenerlo acompañado en sitio tranquilo (sin ruidos, sin multitudes no ajetreo) hasta recuperación total
- No abrumar con preguntas.
- Si el cuadro es de origen febril (CONVULSIÓN FEBRIL): refrescar, retirar ropa de abrigo, aplicar paños humedecidos con agua templada-fría, antitérmicos (vía rectal, nunca oral).

NO DEBEMOS HACER:

- NO introducir nada en boca durante la convulsión (durante la crisis el enfermo no tiene obstrucción de vía aérea con la lengua, ya que los músculos faríngeos y laringeos también están contrayéndose)
- NO agarrar al enfermo para evitar movimientos convulsivos.
- NO sacar lengua
- NO dar nada por boca.
- NO interrogar inmediatamente, se despiertan desorientados, confusos e incluso asustados. Acompañar, responder a sus preguntas, tranquilizar. En los minutos siguientes irá recuperando conciencia y orientación hasta normalidad.



DEBEMOS HACER:

- Dejar convulsionar
- Despejar zona y proteger cabeza.
- Aflojar ropa
- **Alertar 061**
- Si es paciente conocido y tiene prescrito diacepam rectal, DEBEMOS PONERSELO.
- Recoger información.
- Tras crisis:
- PLS.
- Mantener temperatura
- Acompañar y dejar tranquilo.
- No agobiar con preguntas.

CONVULSIÓN FEBRIL:

- Retirar ropa.
- Refrescar (paños en frente, axilas, flexura codos)
- Antitérmicos rectales



NO HACER:

- NO Agarrar para evitar movimientos.
- No intentar abrir boca ni introducir nada en la misma
- NO intentar coger lengua.
- NO dar nada por boca.
- No agobiar con preguntas tras crisis
- NO abrigar en **convulsiones febriles** ni dar antitérmicos orales.



3. HIPOGLUCEMIA

INTRODUCCIÓN:

La hipoglucemia es un descenso de la glucosa en sangre por debajo de los niveles necesarios para que exista un adecuado aporte de energía al cerebro (< 60 mg/dl),

En estos casos aparecen síntomas que **NOS ORIENTAN** como es sensación de hambre, mareo, sudor frío, temblor, debilidad, palpitaciones o comportamientos anormales (incluso agresividad).

Esta situación es mucho más frecuente en personas diabéticas, pero también puede aparecer en otras personas, bien por un aporte deficiente de glucosa (**no haber desayunado adecuadamente**, estar realizando algún tipo de dieta...) o por un consumo aumentado (grandes esfuerzos, deportes intensos...etc.).

LAS PERSONAS DIABETICAS PUEDEN Y DEBEN HACER LA MISMA ACTIVIDAD FÍSICA QUE EL RESTO DE ALUMNOS, SALVO QUE ESTÉ CONTRAINDICADO POR SU MÉDICO.

Ante diabético con alteración de conciencia, clínica o conducta extraña, aplicar glucosa oral aún sin confirmación de hipoglucemia. Si damos glucosa a un paciente diabético solucionamos el cuadro de hipoglucemia. Si el paciente tiene el cuadro como consecuencia de una HIPERGLUCEMIA, la aportación de glucosa NUNCA va a empeorar su estado. Por lo tanto ante paciente diabético con síntomas: DAMOS GLUCOSA (terrón de azúcar en la boca para que se disuelva).

QUE DEBEMOS HACER:

Es muy importante que los docentes y responsables de un grupo conozcan que alumnos son diabéticos para poder estar más alerta.



Si el alumno, o su entorno, detectan alguno de los síntomas anteriores, la persona afectada debe suspender toda actividad y tomar una carga oral de azúcar, como puede ser un zumo con azúcar, vaso de agua con una cucharada de azúcar o chupar un caramelo. Con esta medida recuperará rápidamente el nivel de azúcar. Después es aconsejable que tome hidratos de carbono (pan o galletas).

En los casos que no sea diabético conocido, que no colabore (alteración de conciencia) o que no recupere "normalidad" tras la ingesta de azúcar, tenemos que **ALERTAR 061**.

Si no colabora (está agitado, desorientado...) o tiene una disminución del nivel de conciencia NUNCA administrar nada por boca, ya que podríamos atragantarlo. En estos casos mientras llegan los servicios sanitarios podríamos aplicar pequeña cantidad de azúcar en reborde gingival (detrás de labio inferior y por delante de los dientes); ya que en estas zonas hay una amplia red de capilares que facilitan la absorción de la glucosa que pongamos.

NO DEBEMOS HACER:

NO hacerle andar cuando presenta los síntomas.

NO permitir que continúe con la actividad que estaba realizando aún cuando haya recuperado niveles adecuados de glucosa

NO dejarlo solo.

NUNCA administrar comida o bebida en contra de su voluntad **o estando con nivel de conciencia disminuida**



DEBEMOS HACER:

- Conocer alumnos diabéticos
- Ante aparición síntomas dejar en reposo.
- **Paciente CONSCIENTE y colaborador (Conocido):**
 - Aportar azúcar oral (agua + azúcar o zumos, seguido de alimento sólido).
 - Abrigar
 - **Si no recuperación o no diabetes conocida ALERTAR 061**
- **Paciente INCONSCIENTE o NO colaborador (o desconocido):**
 - **ALERTAR 061**
 - PLS
 - Si disponemos del material y conocimientos es de gran ayuda el realizar un control de glucemia.
 - **Si** el enfermo dispone de Glucagón y sabemos manejarlo, lo administraremos
 - Abrigar



NO HACER:

- NUNCA dejar solo.
- NUNCA continuar actividad física ante estos síntomas.
- NO dejar el aporte de glucosa para "más adelante".
- NUNCA reiniciar actividad aún habiendo recuperado glucemia.
- NUNCA dar comida o bebida forzándolo o cuando está inconsciente.

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



4. TRAUMATISMOS (CONTUSIONES, ESGUINCES, LUXACIONES FRACTURAS)

INTRODUCCIÓN:

Contusión: todo golpe sobre la superficie corporal que no produce herida abierta.

Esguince: distensión de los elementos estabilizadores de las articulaciones (Ligamentos). En grados avanzados puede existir rotura de ligamento.

Luxación: salida de un hueso de su habitáculo natural.

Fractura: Rotura de un hueso

No siempre existe relación entre el dolor y la gravedad, **pudiendo existir contusiones poco importantes pero muy dolorosas.**

Normalmente todos ellos se acompañan de mayor o menor grado de inflamación y dolor. Si se han roto pequeños vasos podrá aparecer un hematoma.

Si un traumatismo ha sido craneal o sobre columna vertebral, y el paciente refiere molestias en cuello o extremidades **NO mover cuello ni espalda del afectado y Alertar 061.**

QUE DEBEMOS HACER:

Dependiendo de la energía de un golpe y de la zona afectada pueden producirse alguna de las lesiones descritas.

Pedir al afectado que mueva la zona lesionada (nunca moverla nosotros) y si no puede, no forzarlo.

Cuando todo queda en una **contusión**, esta puede acompañarse de inflamación de la zona y rotura de vasos apareciendo un hematoma. Para que esta inflamación y el hematoma sean de menor intensidad aplicamos frío (bolsa con hielo) sobre la zona afectada.

En el caso de los **esguinces** se debe inmovilizar la articulación, aplicando frío y dejándola en reposo. Debe ser valorada por servicios sanitarios, no siendo necesario un traslado urgente inmediato. Puede esperar a la llegada de los padres, estando en reposo y con el miembro elevado.

Las **luxaciones y fracturas** son muy dolorosas y pueden llevar a ocasionar una impotencia funcional. La inmovilización es el mejor método de analgesia, la cual realizaremos sin manipular la zona afectada, respetando la posición que tenga el enfermo **(Alertar 061)**.

Por el dolor que provocan las lesiones algunos enfermos pueden llegar a perder transitoriamente el conocimiento: comprobamos inmediatamente la respiración: ¿respira? ¿no respira?.

No dar nada por boca por si fuese preciso intervenir quirúrgicamente.

Ante traumatismos craneales o de columna acompañados de síntomas (mareo importante, dolor de cuello o espalda, hormigueo o dificultad de movimiento de extremidades), DEJAR en reposo, manteniendo cuello y columna como una "línea rígida", NO movilizándolo la misma y **(Alertar 061)**

NO DEBEMOS HACER:

NO movilizar para explorar.

NO dejar parte afectada en posición declive

NO mover al paciente.

NO movilizar Fracturas o luxaciones.

Ante Trauma Craneal o de columna de gran energía o con síntomas:

NO mueva al paciente.

NO permita que se levante.

NO abandone movilización manual de cuello



DEBEMOS HACER:

- Dejar en reposo
- Aplicar frío.
- No manipular la zona.
- Comprobar pulso distal.
- Si impotencia funcional o dolor a Movilización por el propio paciente, inmovilizar (incluyendo articulación proximal y distal) y **Alertar 061**.
- Si deformidad y dolor: inmovilizar en la postura encontrada (no manipular) rellenando los posibles huecos con mantas, sábanas o ropa, para evitar que el miembro quede bamboleando.
- Si Trauma Craneal o en Columna Espinal (importante o con "síntomas"), INMOVILIZAR como si cabeza, cuello y espalda fuese un bloque rígido. Fijar manualmente cuello.



NO HACER:

- NO aplicar calor inicialmente (aumentaría la inflamación).
- No seguir con la actividad: Hay que poner la zona en reposo.
- NO movilizar para explorar.
- NO dejar parte afectada en posición declive
- NO mover al paciente.
- NO movilizar Fracturas o luxaciones.
- Ante **Trauma Craneal o de columna** del gran energía o con síntomas:
 - NO mover al paciente.
 - No permita que se levante

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



5. HERIDAS / HEMORRAGIAS

INTRODUCCIÓN:

Las causas de hemorragia pueden ser múltiples, pero en el medio escolar las causas más frecuentes son:

- * heridas (**erosiones** por caída y deslizamiento, **inciso-contusas** secundarias a caídas, **incisas** por objetos cortantes, **punzantes** por clavarse algún objeto como la punta de lápiz o bolígrafo, etc.)

- * **las epistaxis** (hemorragias nasales) bien sean espontáneas o por traumatismo.

En las pequeñas heridas las hemorragias suelen ser por lesión de capilares o venas superficiales (sangrado continuo, sangre oscura), NO revistiendo habitualmente mayor importancia y siendo fáciles de cohibir mediante presión directa (**PRESIÓN**).

Por el contrario, hay ocasiones en que el vaso dañado es una arteria (sangrado pulsátil de sangre más roja); Estas hemorragias arteriales siempre deben ser ATENDIDAS por los servicios de salud.

QUE DEBEMOS HACER:

Ante heridas y sangrado, la persona que le acompañe debe lavarse las manos antes de actuar.

La **heridas superficiales** como son las erosiones sangran poco pero suelen doler mucho y tenemos el riesgo de que dejen tatuaje (pequeñas incrustaciones de arena y grava bajo la piel), por lo que **debemos limpiarlas con abundante agua a chorro, secándolas** a continuación con gasas y aplicar desinfectante, cubriéndolas posteriormente con gasa estéril.

La mayoría de las hemorragias se controlan realizando compresión directa con gasa o paños limpios sobre el punto sangrante durante unos minutos.

Dedicar unos segundos a valorar el tipo de sangrado. El sangrado pulsátil indica lesión arterial. El sangrado continuo suele indicar lesión venosa o capilar.

Ante **heridas importantes** o en zonas "delicadas" (cara, cara interna de articulaciones, palma de manos...), o cuando existe sangrado abundante o con sangrado arterial, se debe **ALERTAR AL 061**.

Mantener presión durante al menos 10-15 minutos y en el caso en que se empape el paño utilizado, **NUNCA QUITAR** ya que arrastraríamos el posible coágulo que se esté formando, por lo que pondríamos más gasas u otro paño sobre las primeras. Muy útil aplicar un vendaje compresivo.

En los casos que sea posible, elevar la zona de la herida sobre el nivel del corazón (si es en una pierna tumbar al herido y elevar pierna) con lo que disminuye la presión intravenosa disminuyendo la hemorragia.

Si la herida ha sido por contusión o erosión, limpiar por arrastre poniendo la zona bajo chorro de agua.

Es de gran ayuda que se haga un cálculo de la sangre perdida en caso de hemorragias abundantes.

Si la herida se ha producido por **objeto clavado**, NUNCA EXTRAERLO, alertaremos a los servicios sanitarios e inmovilizaremos el objeto fijándolo con vendas o esparadrapos a la superficie corporal para que no se mueva.

En caso de **hemorragia nasal (epistaxis)**, el origen suele ser venoso. Se controla en la mayoría de los casos dejando al paciente en reposo con la cabeza inclinada hacia delante (también se puede inclinar hacia atrás teniendo precaución de que no caiga sobre vía respiratoria) y ejerciendo presión de alas nasales contra tabique (PRESIONAMOS CON LOS DEDOS LAS ALAS NASALES CONTRA EL TABIQUE NASAL). Aplicar paños fríos sobre la frente mientras ejerce esta compresión ayuda a la detención de la hemorragia. Si no se controla podemos introducir torundas alargadas de algodón empapadas en agua oxigenada. Si no cede, trasladar a centro sanitario. Si la hemorragia es por traumatismo nasal y se acompaña de inflamación y dolor a la palpación se debe trasladar para estudio radiológico.

NO DEBEMOS HACER:

NO tapar sin valorar tipo de sangrado.

NO realizar Torniquetes

NO quitar las gasas que colocamos inicialmente para poner otras nuevas.

NO dejar en miembro en declive

NO poner vendaje muy apretado que impida circulación.

NO retirar objetos clavados, ya que se puede producir mas daño al salir.

NO mantener de pie ni en ambientes muy caluroso (evitar sol) a los afectados de epistaxis.



DEBEMOS HACER:

Heridas:

- Limpiar con suero o agua a chorro
- Comprimir herida con una gasa o trapo limpio (no utilizar algodón)
- Si la herida es pequeña y el sangrado mínimo, secar y aplicar Povidona Yodada.

Hemorragia y heridas importantes:

- Valorar importancia de la hemorragia y tipo de sangrado (pulsátil o continuo).
- Petición ayuda 061
- Tranquilizar al herido.
- En caso de **objeto clavado**, fijarlo para que no se mueva.
- En herida sobre cara o cavidad oral colocar al herido de forma que se evite atragantamiento por la hemorragia.
- Si es en una extremidad elevarla
- **Epistaxis:** Comprimir e inclinar cabeza hacia delante. Paños fríos frente.



NO HACER:

- No poner torniquete (salvo sangrado importante e imposibilidad de control de hemorragia por otros métodos).
- Nunca retirar compresa o trapo con el que estamos comprimiendo. En caso de estar empapado poner otro sobre este.
- NO dejar de comprimir hasta pasados 10-15 min.
- NO aplicar cremas, mercurio...etc.
- NO retirar objetos clavados (fijarlos).

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



6. CUERPOS EXTRAÑOS

OJO:

Desde pestañas hasta partículas de madera, metal...etc. Los orígenes pueden ser múltiples. Van a producir molestias, picor, irritación e incluso dolor intenso y fotofobia (MOLESTIAS A LA LUZ). En estos casos, probablemente, se haya producido una úlcera.

Aunque la tendencia natural es la de frotarse los ojos, ésta técnica está TOTALMENTE contraindicada, ya que solo puede originar erosiones o úlceras por deslizamiento del cuerpo extraño sobre la córnea.

El tratamiento inicial debe ser el arrastre del cuerpo extraño mediante chorro de agua (utilizar el mismo chorro del grifo o mediante una jeringuilla cargada con agua).

Si la persona afectada es portadora de lentillas, retirar las mismas antes de lavar con chorro o antes de intentar eliminar el cuerpo extraño.

Si el cuerpo extraño es visible, podemos utilizar la punta de un pañuelo o tela limpia, para intentar extraerlo.

En los casos que no se consiga extraer o se trate de una esquirla metálica debemos tapar el ojo y trasladar a un centro sanitario para valoración y extracción.

En ocasiones aún habiéndose extraído el cuerpo extraño permanece la molestia, que puede deberse a erosiones o úlceras producidas en córnea. En estos casos debe acudir a un centro sanitario para valoración y tratamiento de estas lesiones.

NARIZ:

No es inusual que niños de corta edad a modo de juego se introduzcan en la nariz objetos de pequeño tamaño, los cuales no pueden sacar e incluso los introducen más al intentar extraerlos con los dedos.

Para su extracción, debemos tranquilizar al niño, pedir que tome aire por boca y que lo expulse con fuerza por la nariz, mientras que tapamos el orificio nasal no afectado. De esta forma la mayoría de los cuerpos extraños son expulsados.

Si no sale de este modo tumbar al niño y mirar por fosa nasal; si el objeto es visible y accesible se puede intentar su extracción con pinzas.

Si no se ha podido extraer o no es visible, trasladar a centro sanitario para valoración y extracción.

OIDO:

En ocasiones los niños se introducen objetos de pequeño tamaño en conducto auditivo como juego, para rascarse..etc. quedando el objeto o parte de él en dicho conducto.

Traccionando del pabellón auditivo hacia arriba y atrás se ve algo mejor parte del trayecto del conducto auditivo externo, pudiendo en ocasiones verse el objeto introducido. Si se encuentra muy externo y accesible podríamos intentar extraerlo con unas pinzas. NO intentar extracción si el objeto está profundo o es redondo, ya que lo único que conseguiremos es impactarlo más profundamente.



DEBEMOS HACER:

Ojos:

- Lavar con chorro de agua.
- Si tiene lentillas: retirar.
- Mirar y eliminar con punta de pañuelo.
- Cubrir y trasladar.
- En esquirlas metálicas siempre trasladar para valoración.

Nariz

- Tomar aire por boca y expulsar por nariz fuertemente (tapando lado sano).
- Sonarse.
- Mirar y extraer con pinzas si es accesible.
- Trasladar ante objeto no visible.

Oídos

- Si lo vemos, es muy externo y accesible, extraer con pinzas.

Si no se consigue extraer o no lo vemos, debemos de trasladar al niño a centro sanitario para su valoración y extracción.

Nunca manipular a ciegas ya que podemos lesionar tímpano u ocasionar heridas en conducto auditivo.



NO HACER:

Ojos

- NO frotar.
- NO dejar sin valoración médica en caso de esquirlas metálicas.

Nariz:

- NO Hurgarse con los dedos.
- NO intentar extraer con pinzas sin verlo.

Oídos:

- NO intentar sacar con dedos.
- NO intentar sacar si está profundo o es redondo.

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



7. CRISIS DE ANSIEDAD; HIPERVENTILACION

INTRODUCCIÓN:

En situaciones de gran ansiedad hay personas que hacen un mal control de su respiración presentando respiraciones rápidas superficiales y entre cortadas (hiperventilación). La consecuencia será una **eliminación excesiva del dióxido de carbono sanguíneo, que se** traduce en sensación de mareo, "hormiguillas" en todo el cuerpo y agarrotamiento de pequeñas articulaciones (dedos de manos, pies...etc.).

En ocasiones refieren dolor de cabeza, palpitaciones y pueden llegar a presentar desvanecimiento e incluso parecer una convulsión (son típicos los movimientos de cabeza hacia los lados y "sacudidas pélvicas" o de cintura escapular), aunque suelen responder a estímulos táctiles.

A diferencia de las pérdidas de conciencia reales, suelen ocurrir en presencia de otras personas y en situaciones de conflicto emocional. No suelen tener caída brusca al suelo, si intentamos abrir ojos notaremos resistencia a dicha apertura, si pellizcamos brazo notaremos que lo retira...etc.

QUE DEBEMOS HACER:

- **Si está con crisis de ansiedad:**

Llevar a sitio tranquilo (evitar espectadores).

Acompañar solo 1 o 2 personas de confianza que le transmitan tranquilidad y apoyo. No abrumar con preguntas o "apoyo excesivo"

Ofrecer infusión tranquilizante (Tila, Valeriana).

Hablar, razonar e intentar buscar soluciones o dar apoyo a la situación, nunca restándole importancia o reprimiendo.

- **Si está hiperventilando:**

Retirar de zona de conflicto (si es que existía) acompañada de 1 o 2 personas de confianza que le hablen de manera sosegada, explicándole que debe respirar de forma más tranquila y profunda (como si inflase un globo).

El acompañante respirará tranquila y profundamente pidiéndole a la persona afectada que lo haga a su mismo ritmo y forma.

Si presenta hormigueo y agarrotamiento de dedos de mano, mareos..etc., le ofreceremos una bolsa para que respire dentro de ella, permitiendo que cada pocas respiraciones tome aire del ambiente (retirando la cara de la bolsa).

ALERTAR 061

- **SI se ha desvanecido:**

Estimular para reconocer nivel de conciencia.

Apertura de vía aérea y comprobar respiración (detenerse unos segundos ya que en ocasiones hacen apneas voluntarias).

Intentar poner en PLS (Posición Lateral de Seguridad), aunque con frecuencia detectaremos resistencia.

Dejar a la persona afectada con uno o dos acompañantes de confianza, los cuales le hablarán tranquilamente (evitar reproches, enfados o angustias) dándole confianza y explicándole que se le va a ayudar.

ALERTAR 061; aportando la mayor información posible

NO DEBEMOS HACER:

NO dar medicaciones sin consultar.

NO restar importancia, aunque le haya sucedido en otras ocasiones ("un día puede ser verdad").

NO intentar agarrar si realiza movimientos "como convulsiones"

NO meter nada en boca.

NO regañar o enfadarse.

NO dejar muchos "espectadores", esto refuerza su actitud.



DEBEMOS HACER:

Ansiedad-Hiperventilación:

- Tranquilizar, ofrecer infusión si es posible (Tila, valeriana)
- Dejar con 1-2 acompañantes
- Hablarle de forma pausada explicándole que le vamos a ayudar.
- Dejar que lllore y se desahogue
- Si agarrotamiento manos Que respire en una bolsa (permitir que tome aire ambiente de vez en cuando).

• **ALERTAR 061**

Si desvanecimiento:

- Comprobar conciencia y respiración.
- **ALERTAR 061**
- Dejar tranquila y poner en PLS
- Hablarle tranquilizando y apoyando



NO HACER:

Ansiedad-Hiperventilación:

- NO enfadarse ni reprenderle
- NO dejar muchos espectadores
- NO minimizar importancia
- No agarrar si realiza movimientos "como convulsiones"
- NO dar medicación sin prescripción

Ante desvanecimiento:

- NO confiarse, comprobar conciencia y respiración.
- NO dejar boca arriba, poner en PLS

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



8.-PATOLOGÍA POR EL CALOR (AGOTAMIENTO, SINCOPE, GOLPE DE CALOR)

INTRODUCCIÓN:

La temperatura ambiental elevada hace que nuestro organismo ponga en marcha una serie de mecanismos que impiden que se eleve nuestra temperatura corporal: se dilatan los vasos más superficiales para eliminar calor; la sudoración refresca la superficie corporal.

Con el sudor además de agua perdemos minerales que si no los reponemos adecuadamente darán lugar a cuadros de **calambres musculares** y **agotamiento por calor** (debilidad, cansancio, mareo, náuseas, cefalea, vómitos..). Si continuamos en ambiente caluroso y no reponemos estas pérdidas, llegará un momento en que los sistemas compensadores fracasan y se instaura el **Golpe de calor**.

La Temperatura se elevará más de 39°, los mecanismos reguladores están agotados (NO suda), se produce una alteración de nivel de conciencia pudiendo llegar al coma, así como una serie de fracasos multiorgánicos que pueden llevar a la muerte.

QUE DEBEMOS HACER:

Evitar ejercicio intenso en horas de mayor temperatura del día.

Usar vestimenta adecuada: camisetas que permitan transpiración, gorros para proteger cabeza; cremas protectoras.

Hidratarse con mucha frecuencia, aun cuando no tengamos sensación de sed, bebiendo agua o mejor aún bebidas isotónicas (aportan minerales y vitaminas): zumos o frutas son nuestros mejores aliados.

Realizar pausas en la actividad, buscando zonas frescas y con sombra.

Ante aparición de síntomas siempre **ALERTAR 061**.

Cuando aparecen los síntomas de **calambres musculares**, la persona debe suspender toda actividad física, ponerse en lugar fresco e hidratarse con bebidas isotónicas, mientras se realiza la consulta sanitaria.

El **agotamiento por Calor** es una urgencia que precisará de ingreso hospitalario, ya que se deberá reponer líquidos y minerales mediante sueros

intravenosos. No esperar a ver como evolucionan lo síntomas, se **debe llamar al 061** donde nos dirán la actuación a seguir.

El **golpe de calor** es siempre una Emergencia sanitaria, ya que supone un riesgo vital para la persona afectada. Ante sospecha, Siempre **ALERTAR 061**.

NO DEBEMOS HACER:

NO realizar actividad en horas de máxima calor.

NUNCA hacer actividades intensas o deporte con el torso desnudo.

 DEBEMOS HACER:

- Evitar horas de máxima calor.
- Llevar camisetas y pantalones que permitan transpiración.
- Llevar gorra.
- Realizar pausas en sitios frescos a la sombra.
- Hidratarse con frecuencia aun sin tener sed.
- Tomar fruta para reponer sales y minerales.
- Ante síntomas, **ALERTAR 061**
- Si aparecen **calambres**: tomar bebidas isotónicas.
- Si **Agotamiento**: poner en lugar fresco y **alertar 061**
- **GOLPE de Calor**: poner en lugar fresco y **alertar 061**

 NO HACER:

- NO hacer deporte ni actividad física intensa en horas de calor.
- NUNCA hacer actividad sin ropa adecuada.
- NO salir sin tener presente la necesidad de hidratación constante.
- No realizar descansos.
- NO debemos esperar sin consultar con médico ante la aparición de síntomas

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



8. DISNEA: ASMA, OBSTRUCCIÓN vía aérea.

INTRODUCCIÓN:

Disnea es un término médico utilizado para referirse a un síntoma que implica dificultad respiratoria. Puede definirse como sensación subjetiva (de la persona afectada) de falta de aire y dificultad para conseguir una respiración eficaz. Puede variar desde leve a grave.

En el entorno escolar las causas más frecuentes son:

- crisis de ansiedad (ver apartado correspondiente)
- obstrucción de vía aérea superior por cuerpo extraño
- y episodios de broncoespasmo en pacientes asmáticos o alérgicos

Ante cuadro de **obstrucción** el niño va a presentar tos, disnea, sensación de sofoco y en ocasiones "ruidos" al inspirar o espirar aire (estridor respiratorio).

El **ASMA** es una estrechez de las vías aéreas producida por espasmo e inflamación. El paciente nota opresión torácica, dificultad para llenar pulmones, pitidos al respirar y gran ansiedad

QUE DEBEMOS HACER:

OBSTRUCCIÓN Vía Aérea: (Se verán y haremos maniobras en las clases prácticas presenciales).

Animar a **toser**.

Si tos débil o ineficaz indicar que le vamos a ayudar dando 5 golpes interescapulares. Si no obtenemos resultado, nos situaremos detrás del paciente y apoyando nuestro pecho contra su espalda, lo rodearemos con nuestros brazos por debajo de costillas y apoyando los puños de la mano en punto intermedio entre ombligo y abdomen realizaremos 5 compresiones hacia atrás y arriba (**Maniobra de Heimlich**). Repetiremos estos ciclos de 5 golpes interescapulares hasta que expulse cuerpo extraño o pierda conocimiento. **Alertar 061.**

En paciente inconsciente realizar **maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica**, revisando cavidad oral cada vez que abrimos vía aérea. Si el **objeto es visible** y fácilmente alcanzable lo **retiraremos** con el dedo a modo de gancho

ASMA:

El más frecuente en los colegios es el asma estacional (reacción a pólenes) o el secundario a ácaros (polvo).

Si es por pólenes, retirarlo del exterior y ponerlo en habitación cerrada. Si es secundario a ácaros abrir ventana o llevarlo al exterior.

Dejarlo en **reposo**, **aflojar ropa que le oprima**, no agobiarlo, no hacerle hablar innecesariamente.

Estos pacientes suelen disponer de **sprays** con efecto broncodilatador, se los deben aplicar e incluso le ayudaremos a ello.

Si no mejoría **Alertar 061**

En Andalucía el Programa Aire está diseñado para que niños con problemas graves de ASMA o ANAFILAXIA estén registrados sus datos en todos los Centros de Coordinación del 061. Los familiares pueden solicitar la Tarjeta, cumplimentarla y enviarla a la dirección específica para este Programa.

Una vez inscritos sus datos en los Centros de Coordinación, ante cualquier demanda de asistencia emergente en cualquier punto de Andalucía, en el Centro de Coordinación se sabrá que ese niño es un paciente Asmático y se enviará el recurso adecuado de manera inmediata, disminuyéndose el interrogatorio que normalmente se realiza para cualquier llamada telefónica al 061.

Información: Teléfono 902 20 20 61 / www.epes.es

NO DEBEMOS HACER:

NO interferir tos.

NUNCA retrasar ayuda cuando veamos que tos es imposible o ineficaz.

NO hurgar a ciegas en cavidad oral buscando cuerpo extraño.

NO agobiar al afectado demostrando nerviosismo o abrumando con preguntas.

No dar nada por boca hasta que paciente controle su respiración

Ante crisis asmática:

NO continuar realizando actividad: rápidamente reposo.

NO tumbar, permitir que adopte la postura en la que más cómodo se sienta.

NO retrasar aplicación de broncodilatadores.

NO hacerle hablar



DEBEMOS HACER:

- Aflojar la ropa,
- Posición de sentado o semisentado.
- Tranquilizar al paciente:.
- **Obstrucción:**
 - Animar a toser
 - Golpes interescapulares.
 - Heimlich
 - **Avisar 061**
- **Asma:**
 - Llevar a habitación (en caso de reacción a polen) o llevar al exterior (en caso de ácaros).
 - Dejar en reposo.
 - Aflojar ropa
 - Aplicar sprays
 - Si no mejoría **alertar 061**



NO HACER:

- NO continuar con actividad
- NO interferir tos.
- NO dejar de ayudar con golpes interescapulares y Heimlich ante tos ineficaz o ausente.
- NO dar nada por boca
- NO hacer hablar innecesariamente.
- NO mantener en el exterior en caso de asma estacional
- NO dejar en clase en caso de alergia a ácaros (polvo).
- NO impedir que se aplique su spray.

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



9. PICADURAS, REACCIONES ALÉRGICAS

INTRODUCCIÓN:

Son pequeñas heridas producidas por insectos que inoculan sustancias tóxicas, produciendo habitualmente una reacción local de intensidad variable. Cuando la persona es alérgica, puede llegar a presentar cuadro de picor generalizado, picor ocular, shock, disnea e incluso Parada Cardiorrespiratoria (PCR).

Cuando las picaduras son múltiples en cara y/o cuello, o afecta al interior de la boca o afectan a un recién nacido, siempre deben ser consideradas como graves y valoradas por un médico.

Las reacciones alérgicas pueden ser muy variables. Van desde eritema (enrojecimiento de la zona), picor e inflamación localizado hasta una urticaria general, sofoco y temblor, pudiendo presentar problemas para deglutir o respirar (estos son síntomas de gravedad).

Es muy importante que en la ficha de cada niño se recoja si presenta asma o alergias y más aún si es portador de adrenalina cutánea precargada.

QUE DEBEMOS HACER:

En caso de picadura por insecto, separarse del lugar donde se encuentre (panal, avispero...etc.). No realizar movimientos bruscos ya que puede aumentar agresividad de otros insectos.

Si existe aguijón, retirarlo con pinzas o con los dedos, pero estando protegidos con guantes.

Lavar con agua fría a chorro, para que cualquier resto o aguijón no visible sea arrastrado.

Aplicar frío local o paños empapados en ácido acético (vinagre) o aplicar solución diluida de amoníaco (After Bite®).

Se puede aplicar crema antihistamínica o corticoides locales.

En caso de antecedentes de Alergia o picaduras orales-faciales, se debe alertar inmediatamente al 061

Cuando la picadura es oral mientras es trasladado o atendido por sanitario, debe chupar un cubito de hielo para evitar que se produzca o progrese la inflamación.

Reacciones alérgicas:

Deben siempre ser valoradas por personal sanitario.

Mantener siempre acompañado.

No dar nada por boca salvo prescripción médica.

Vigilar aparición de síntomas respiratorios o alteraciones de conciencia.

Si Parada Cardiorrespiratoria iniciar maniobras de Resucitación Cardiopulmonar Básica , alertando equipos de emergencias sanitarias 061.

Si es alérgico conocido y tiene prescrita y además suele llevar la adrenalina subcutánea precargada, debemos ayudarlo a administrársela.

NO DEBEMOS HACER:

Evitar zonas donde existan panales o avisperos, así como no acercarse a zonas donde haya contenedores de basura o restos de alimento, ya que atraen a insectos.

NO usar perfumes fuertes en las salidas al aire libre

NO hacer movimientos bruscos

No dejar sola tras una picadura a una persona alérgica.

En caso de reacción alérgica NO DAR NADA POR BOCA salvo indicación médica.



DEBEMOS HACER:

En caso de picadura

- Abandonar lugar.
- No realizar movimientos bruscos.
- Si existe aguijón, retirarlo con pinzas.
- Lavar con agua fría a chorro.
- Aplicar frío local o paños empapados en vinagre o aplicadores de amoníaco diluido.
- Aplicar crema antihistamínica o corticoides locales.
- Alérgico conocido o picaduras orales-faciales, **alertar 061**
- Picadura oral, chupar un cubito de hielo.

Reacción alérgica:

- **Alertar 061**
- Mantener al enfermo vigilado.
- No administrar nada por boca
- Vigilar aparición disnea o pérdida conciencia o PCR



NO HACER:

- No tocar nidos de avispas ni colmenas.
- Evitar zonas donde existan panales o avisperos,
- Evitar zonas donde haya restos de alimento.
- NO usar perfumes fuertes
- NO hacer movimientos bruscos
- NO dejar solo persona alérgica.

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



10. QUEMADURAS

INTRODUCCIÓN:

La importancia de una quemadura vendrá definida por la extensión, profundidad y localización de la misma. Son de especial importancia las quemaduras que aún siendo de pequeña extensión afectan cara, cabeza, palmas de manos y plantas de pies.

Se definen como quemaduras de **primer grado** las que afectan a capas superficiales de la piel y se acompañan de eritema (enrojecimiento) y dolor (típicas quemaduras solares); de **segundo grado** cuando afectan capas profundas y se manifiestan con dolor intenso y formación de ampollas (típica por contacto con llama o salpicadura de líquidos calientes) y por último las de **tercer grado** que afectan a todo el espesor de piel, tejido graso subcutáneo e incluso músculo y hueso (*curiosamente no suelen doler, ya que se han destruido las terminaciones nerviosas*).

Las quemaduras superficiales denominadas de **primer grado** no revisten gravedad y son frecuentes ya que suelen ser las que se originan por acción del sol. No precisan actuación médica salvo que afecten a una gran superficie corporal y se acompañen de fiebre.

QUE DEBEMOS HACER:

Toda quemadura química o eléctrica debe ser valorada por médico.

Quemaduras de primer grado por acción del sol lo que precisan es una hidratación adecuada del paciente, hidratación de la piel mediante la aplicación paños frescos o cremas hidratantes .

Las que se producen por llama, o salpicadura de líquidos, se deben enfriar rápidamente colocando inmediatamente bajo chorro de agua fría la zona afectada.

ALERTAR 061 ante quemaduras de 2ª y 3ª grado, así como aquellas de primer grado que se acompañen de fiebre y afectan a una gran superficie corporal

MUCHO CUIDADO EN CASO DE ACIDOS O ALCALIS (productos que pueden utilizarse en laboratorio escolar) que pueden reaccionar con el agua e intensificar su acción corrosiva.

Retirar anillos, pulseras, collares...etc. que se encuentren en la zona afectada, ya que mantienen el calor.

Quemaduras debido a llama en la ropa, pelo...etc., apagarla sofocándola con un trapo a ser posible una manta o sábano húmedas.

Cubrir zona quemada con paño limpio húmedo.

Igual haremos con las quemaduras por congelación que suelen ocurrir en laboratorio cuando se utilizan líquidos o gasas a muy baja temperatura (ejem. Nitrógeno líquido)

NO DEBEMOS HACER:



DEBEMOS HACER:

Toda quemadura eléctrica o química debe ser vista por un médico.

Quemaduras solares no extensas superficiales (1^{er} grado):

- Poner en sitio fresco
- Hidratar oralmente.
- Aplicar cremas hidratantes

Quemaduras 1^{er} grado extensas y las de 2º y 3er:

- Enfriar inmediatamente bajo chorro de agua
- **Llamar 061**
- Quitar ropa NO adherida a piel.
- Retirar abalorios
- Enfriar bajo chorro de agua fría.
- Cubrir zona quemada con paño limpio humedecido
- En quemaduras muy extensas, cubrir con sábana y mantener temperatura (evitar enfriamiento)
- En quemaduras de cara o que afectan vía aérea, valorar respiración.

NUNCA correr si se nos ha prendido con llama la ropa, pelo...etc., ya que se avivaría la llama.

NO aplicar productos sobre la quemadura salvo indicación médica (en las de primer grado si se puede aplicar crema hidratante)

NO retirar ropa adherida a piel

NO romper ampollas.

NO dar nada por boca en quemaduras de segundo y tercer grado o en las de primer grado que afecten una gran superficie corporal



NO HACER:

- NO retirar ropa adherida.
- NO aplicar pomadas ni cremas sobre la quemadura salvo indicación médica
- NO romper ampollas.
- NO continuar al sol en quemaduras solares (buscar sitio reservado y fresco).
- NO aplicar alcohol ni vinagre sobre quemaduras solares

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



12. ELECTROCUCIÓN:

INTRODUCCIÓN:

Se denomina electrocución a aquella situación de pérdida de conciencia debida al paso de la corriente eléctrica por el organismo humano. Si el trayecto de la electricidad ha afectado órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones) puede ocasionar incluso una parada cardiorrespiratoria.

En ocasiones aparecen quemaduras en el punto de entrada y salida de la corriente eléctrica.

Puede ocurrir que el paso de corriente eléctrica produzca una contractura de los músculos, lo que hace que el afectado no pueda soltar el cable o instrumento que le esta dando la descarga (lo que popularmente se conoce como "quedarse pegado a la corriente")

Si la descarga eléctrica ha sido mantenida y más aún si tienen punto de entrada y salida, el afectado debe ser valorado por un médico aún estando sin síntomas, ya que estos pueden aparecer más tarde o tener lesiones internas no visibles.

QUE DEBEMOS HACER:

Tener la precaución suficiente de no manipular instrumentos o instalaciones eléctricas sin haber cortado el suministro eléctrico o con la protección adecuada.

Deberían disponer todos los enchufes o dispositivos eléctricos de fusibles de seguridad que corten el suministro eléctrico en caso de cortocircuito.

Desconectar la corriente antes de tocar a la persona electrocutada. Si no podemos desconectar la corriente, utilizaremos material no conductor para separar a la persona del punto de corriente o para retirar este. Es útil un palo, una manta o plástico; igualmente con extrema precaución podríamos cogerlo de la ropa (asegurarse de que no está mojado) y tirar de él.

Alertar inmediatamente 061, en ocasiones aún sin evidenciarse lesiones externas existen lesiones internas.

Comprobar signos vitales: conciencia, respiración, circulación

Ante Parada Cardiorrespiratoria, iniciar maniobras de Resucitación Cardiopulmonar Básica.

Ante aturdimiento o recuperación de conciencia dejar en reposo hasta llegada de equipos sanitarios.

Si se ha producido quemadura en los puntos de entrada o salida, tratarla como cualquier otro tipo de quemaduras (limpieza con agua a chorro y cubrir con apósito estéril).

NO DEBEMOS HACER:

NUNCA manipular instalación eléctrica hasta corte de suministro eléctrico.

NUNCA tocar directamente a la persona afectada hasta que se haya cortado la electricidad.

NO dar poca importancia a aquellas electrocuciones que afectan nivel de conciencia o que han producido quemadura en entrada o salida.



DEBEMOS HACER:

- Cortar corriente antes de aproximarnos y tocar
- En caso de no poder cortar corriente retirar a la persona de la zona de peligro utilizando un objeto aislante.
- **ALERTAR 061**
- Valorar y controlar conciencia y respiración.
- Si se han producido quemaduras, cubrirlas con paño limpio humedecido
- abrigo



NO HACER:

- NUNCA tocar hasta confirmar corte de corriente.
- NUNCA dar poca importancia a descargas importantes o que han afectado nivel de conciencia (aunque se haya recuperado totalmente)
- NUNCA dejar de consultar cuando exista quemadura en la entrada o salida



13.INTOXICACIONES – DROGAS

INTRODUCCIÓN:

Se denomina intoxicación a la acción lesiva que produce en el organismo un producto exógeno, el cual puede ser de naturaleza muy diversa (medicamentos, productos de limpieza, pinturas, pegamentos o disolventes....).

El **tóxico** puede entrar al organismo por vía aérea (gases, humos, vapores), vía digestiva (sólidos o líquidos), vía cutánea o vía conjuntival.

Las **drogas** son tóxicos que producen efectos sobre sistema nervioso central creando sensaciones irreales de bienestar, actuando negativamente sobre la salud y creando dependencia.

QUE DEBEMOS HACER:

Ante un cuadro de conducta anómala (euforia, delirio, agresividad, somnolencia...), de alteración del nivel de conciencia o incluso de coma se debe sospechar e indagar en el posible contacto de sustancia tóxica.

ALERTAR INMEDIATAMENTE 061. En la medida de lo posible identificar producto y cantidad.

La eliminación y neutralización del tóxico es prioritario: **HAY QUE EXTREMAR NUESTRA SEGURIDAD:**

-**Tóxico en PIEL** (por ejemplo si se le ha derramado o caído producto encima) liberarse de ropa impregnada, **SIN SACAUDIRLA**. Lavar piel con abundante agua a chorro: **MUCHO** cuidado con determinados ácidos y sustancias (como la sosa caustica que pueden aumentar efecto corrosivo al contacto con el agua).

-**Tóxico en CONJUNTIVA:** Retirar inmediatamente gafas o lentillas (lavarse primero las manos y protegerse); Lavar con abundante agua.

- **Tóxico INHALADO:** retirar de ambiente tóxico. Si son varias las personas afectadas y nos encontramos en espacio cerrado, debemos

desalojarlo en prevención de que sea una sustancia existente en ese lugar (pinturas volátiles, fuga de gas...etc.)

Si sospechamos persona intoxicada por gases y las personas afectadas se encuentran en una habitación, debemos tomar precauciones como protegernos boca y nariz con pañuelo o trapo humedecido y realizar una entrada y salida muy rápidas. Si valoramos que el rescate puede prolongarse, ser muy peligroso, debemos esperar la llegada de bomberos.

Si la persona intoxicada o que ha ingerido sustancia tóxica entra en Parada Cardiorrespiratoria extremar precaución al realizar ventilación boca-boca, ya que la existencia de restos del producto puede afectar al reanimador (utilizar métodos e barrera).

- **Toxico por VÍA DIGESTIVA:**, NO INDUCIR VÓMITO, NI DAR NADA POR BOCA salvo indicación médica.

Si el afectado presenta vómitos espontáneos estaremos alerta para impedir atragantamiento

Si conocemos el producto responsable anotaremos nombre o cogeremos recipiente si es posible

En caso de Parada por intoxicación o drogas, extremar precaución en el contacto y boca-boca.

NO DEBEMOS HACER:

NUNCA provocar vómito sin asesoramiento especializado.

NUNCA ir al rescate de personas afectadas sin asegurarnos que el tóxico no está presente o tras haber adoptado medidas de seguridad.

NUNCA comenzar medidas de reanimación en ambiente posiblemente tóxico. Trasladar a sitio seguro.

NO dar líquidos ni alimentos sin asesoramiento médico



DEBEMOS HACER:

- Alto índice de sospecha
- **Alertar 061**
- Coger nombre o muestra
- Antes de socorrer siempre protegerse
- Control de constantes vitales
- Si PCR iniciar RCP (usar método barrera para boca-boca)
- Si Inconsciente pero respira, colocar en PLS
- **Intox Cutánea:**
 - Quitar ropa
 - Lavar con agua chorro
- **Intox Conjuntival:**
 - Retirar gafas-lentillas
 - Lavar con agua chorro.
- **Intox por inhalación:**
 - Retirar de ambiente tóxico.
 - Sospecha gas inflamable, evitar llamas y contactos de luz
- **Intox. Vía Digestiva:**
 - Evitar dar bebidas, alimentos
 - NO inducir al vómito.



NO HACER:

- NUNCA olvidar nuestra propia seguridad.
- NUNCA iniciar valoración o ayuda en ambiente tóxico.
- NO provocar vómito salvo indicación médica
- NO dar alimento ni bebida salvo indicaciones.
- NO eliminar muestras o envases que nos orienten sobre el producto responsable de la intoxicación

Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?



14. GLOSARIO:

APNEA: Ausencia de Respiración.

BRONCOESPASMO: Dificultad respiratoria debida a una estrechez de la vías respiratorias.

CONJUNTIVA: Membrana mucosa transparente que tapiza el globo ocular.

DEA: Desfibrilador Externo Automático

DISNEA: Sensación por parte del enfermo de respiración dificultosa, anormal

EPISTAXIS: Sangrado nasal.

FOTOFOBIA: Intolerancia o molestia ocular a la luz.

HIPERVENTILAR: La excesiva respiración produce bajos niveles de dióxido de carbono en la sangre, lo cual causa muchos de los síntomas de la hiperventilación. Es un fenómeno respiratorio que suele aparecer en personas que sufren ataques de pánico o ansiedad.

INTOX.: Intoxicación

MANIOBRA DE HEIMLICH: Compresión abdominal con la finalidad de favorecer la desobstrucción de la vía aérea superior.,

PLS: posición Lateral de Seguridad.

PCR: Parada Cardio Respiratoria.

RCP: Reanimación Cardio Respiratoria.

PALPITACIONES: Sensación de latido cardiaco Rápido o Irregular.

SHOCK: deterioro circulatorio en el que se produce una disminución de órganos vitales.

SÍNCOPE: es una pérdida brusca de consciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea.

ANEXOS

URGENCIA: problema de causa diversa que genera la conciencia de atención inmediata por parte del sujeto que la sufre ó acompañantes. Requiere atención médica en **1-2 horas.**

EMERGENCIA: es una urgencia que pone en peligro de inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Requiere atención médica **en 15 minutos.** Como ejemplos: INCONSCIENTE, PCR PRESENCIADA, PARADA RESPIRATORIA, ASFIXIA, HEMORRAGIA IMPORTANTE, QUEMADO GRAVE, HERIDA PENETRANTE CABEZA-CUELLO-TORAX-ABDOMEN-PARTE PROXIMAL MIEMBROS, AMPUTACION MIEMBROS

PROBLEMA DE SALUD NO URGENTE: será aquel que pueda ser atendido en otro momento.



Primeros Auxilios: ¿Qué hacer? ¿Qué no hacer?

