

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE UNA EMERGENCIA INDIVIDUAL

PRIMEROS AUXILIOS



- ✚ CONVULSIÓN
- ✚ RCP
- ✚ ANAFILAXIA
- ✚ ATRAGANTAMIENTO
- ✚ ATENCIÓN A NIÑOS/AS CON DIABETES EN LA ESCUELA

La rápida intervención ante un accidente puede **salvar la vida de una persona o evitar el empeoramiento de las posibles lesiones que pueda padecer.**

Existen **10 consejos** que se deben tener en cuenta, siempre, como actitud a mantener ante los accidentes:

- 1.- Conservar la calma. No perder los nervios es básico para poder actuar de forma correcta, evitando errores irremediables.
- 2.- Evitar aglomeraciones. No se debe permitir que el accidente se transforme en un espectáculo.
- 3.- Saber imponerse. Es preciso hacerse cargo de la situación y dirigir la organización de la situación hasta que llegue el equipo médico
- 4.- No mover al herido. Como norma básica no se debe mover a nadie que haya sufrido un accidente, hasta estar seguro de que puede realizar movimientos sin riesgos de empeorar las lesiones ya existentes. Posición lateral de defensa.
- 5.- Examinar al herido. Se debe efectuar una evaluación primaria, que consistirá en determinar aquellas situaciones en las que exista la posibilidad de la pérdida de la vida de forma inmediata. Posteriormente, se procederá a realizar la evaluación secundaria o, lo que es lo mismo, controlar aquellas lesiones que pueden esperar la llegada de los servicios profesionales.



6.- Tranquilizar al herido. Los accidentados suelen estar asustados, desconocen las lesiones que sufren y necesitan a alguien en quien confiar en esos momentos de angustia.

7.- Mantener al herido caliente. Cuando el organismo humano recibe una agresión, se activan los mecanismos de autodefensa implicados, en muchas ocasiones, la pérdida de calor corporal. Esta situación se acentúa cuando existe la pérdida de sangre, ya que una de las funciones de ésta es la de mantener la temperatura interna del cuerpo.

8.- Avisar a personal sanitario. Este consejo o recomendaciones se traducen como la necesidad de pedir ayuda con rapidez, a fin de establecer un tratamiento médico lo más precozmente posible.

9.- Traslado adecuado. Es importante acabar con la práctica habitual de la evacuación en coche particular, ya que si la lesión es grave, no se puede trasladar y se debe atender "in situ" y si la lesión no es grave, quiere decir que puede esperar la llegada de la ambulancia.

10.- No medicar. Esto es facultad exclusiva del personal médico.

Ante cualquier accidente hay que **ACTIVAR EL SISTEMA DE EMERGENCIA (P.A.S.)**. Este procedimiento está formado por las iniciales de tres actuaciones para empezar a atender al accidentado:

PROTEGER ---> AVISAR ---> SOCORRER

- **PROTEGER**→ Antes de actuar, hay que asegurarse que tanto el accidentado como nosotros, estamos fuera de todo peligro. Por ejemplo, ante un ambiente tóxico, no atiendas al intoxicado sin antes proteger nuestras vías respiratorias (uso de máscaras con filtros adecuados), pues de lo contrario nos accidentaríamos nosotros también.
- **AVISAR**→ Siempre que sea posible hay que avisar a los servicios **sanitarios**.
- **SOCORRER**→ Una vez haya protegido y avisado, se procederá a actuar sobre el accidentado, reconociendo sus signos vitales ¡SIEMPRE! por este orden:

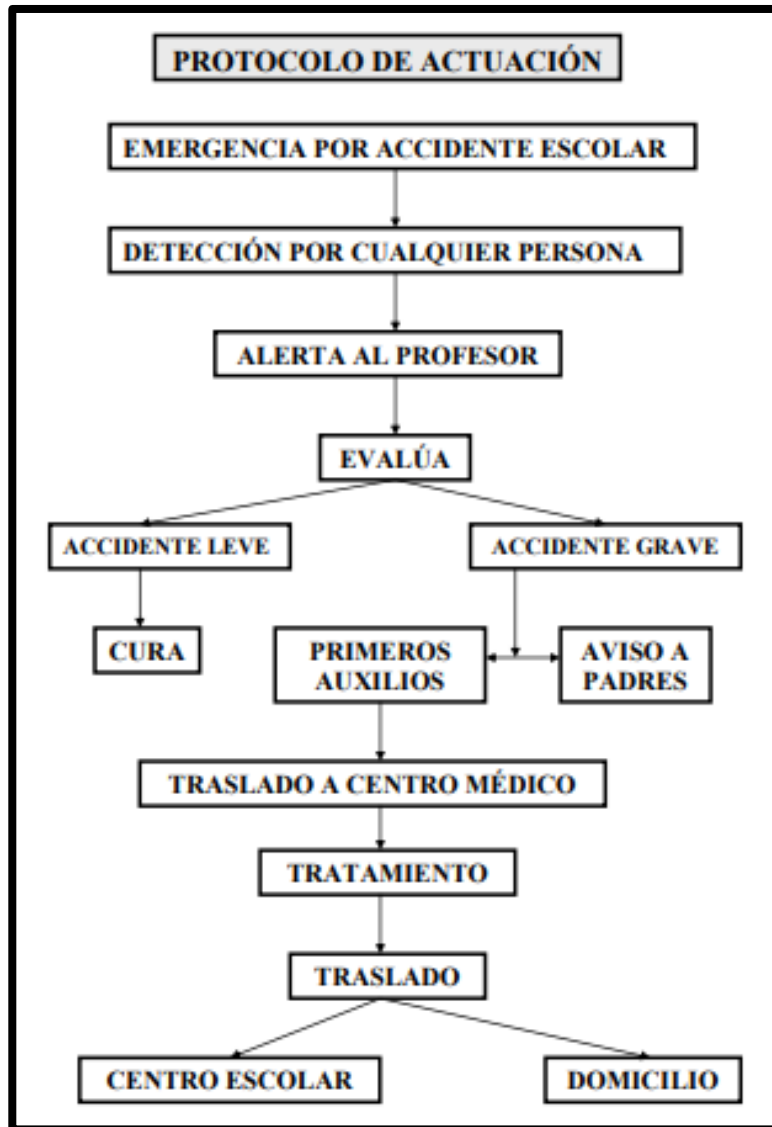
1. Conciencia.

2. Respiración

3. Pulso

Información obtenida de: <http://www.prevenciondocente.com/auxilios.htm>

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE UNA EMERGENCIA INDIVIDUAL



MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Paciente sin lesiones vitales ni potenciales fracturas

A estos pacientes se les debe proporcionar seguridad y confort y el tipo de movilización dependerá si es colaborador o no.

Paciente con posibles lesiones en columna vertebral y potenciales fracturas: POLITRAUMATIZADOS



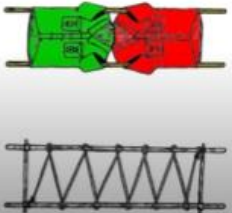
Estos pacientes, por su potencial gravedad, deben ser movilizados con sumo cuidado, ya que de la realización correcta de las técnicas de movilización inmovilización depende que no empeoren las lesiones que presenta, así como no provocar otras nuevas.

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Arrastre

Carga

Improvización de Camilla

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS



PROTOCOLO EN CASO DE CONVULSIÓN

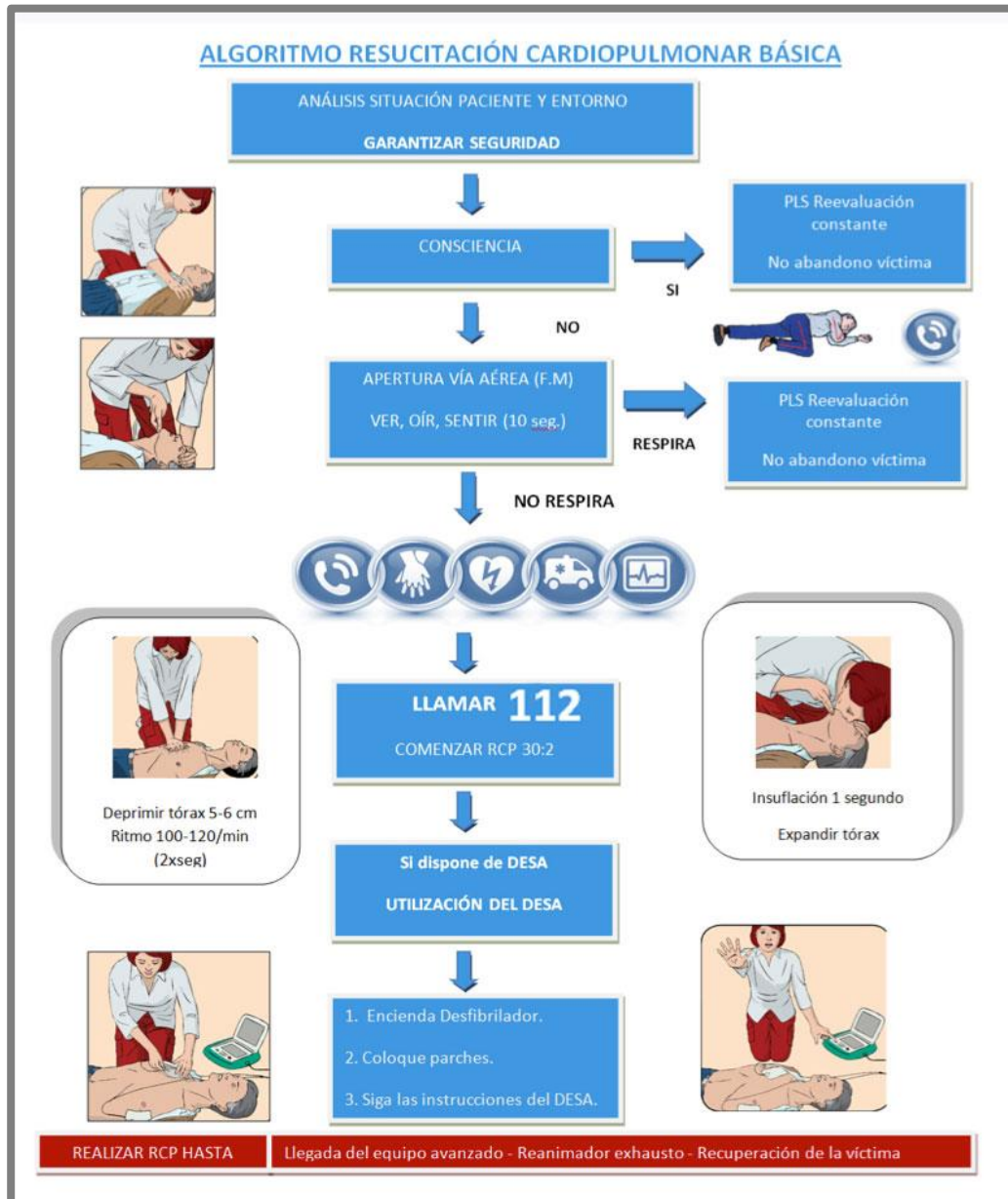
A continuación, se indican una serie de acciones a seguir en el caso de que una persona esté convulsionando (por ejemplo, ataque epiléptico):

- Lo fundamental es conservar la calma.
- Se debe colocar a la persona afectada tumbada sobre una superficie blanda y alejar de ella cualquier objeto con el que pueda hacerse daño (mesas, sillas, etc). Una vez tumbada debemos colocar su cabeza de lado para impedir ahogos.
- No se debe sujetar a la persona que está convulsionando, salvo que los movimientos provoquen golpes en la cabeza.
- No introducir jamás ningún objeto dentro de la boca. La colocación de cualquier objeto (palo o similar) puede lesionar los labios, la lengua o los dientes
- La mayoría de las veces, la crisis se interrumpe espontáneamente en los primeros 15 minutos. Sacudir a la persona o estimularla de cualquier otra forma no ayuda a que la convulsión termine antes y podría hacerle daño.
- Si dispone de medicación (micro enema de STESOLID®) deberá administrárselo. Coloque a la persona de lado e introduzca la cánula hasta la mitad (marca circular) si tiene menos de 3 años, o completa si tiene más de 3 años.
- Cuando la convulsión haya finalizado, o si esta dura más de 10 minutos, deberá trasladar al paciente al servicio de urgencias más cercano. No conviene lanzarse precipitadamente a la carrera.

PROTOCOLO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BÁSICA

- Lo haremos con 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones de rescate.
- Se debe comprimir el tórax a un ritmo de 100 lpm (latidos por minuto) y con una profundidad de 5-6 cm sobre el tórax.

- El tiempo por insuflación en la RCP será de un segundo y debemos comprobar la expansión del tórax.



POSICIONES DE ESPERA Y SEGURIDAD

Las posiciones de seguridad y espera a los servicios de emergencias son posturas en las que se deja a la víctima para que se reponga hasta la llegada del personal sanitario.

Estas van a depender :

- De las características de la lesión
- Estado de las funciones vitales de la víctima
- Estado de consciencia

Las más destacadas son:

- Posición Lateral de Seguridad
- Decúbito supino
- Decúbito supino en flexión
- Posición semisentada
- Decúbito prono
- Posición antitrendelemburg
- Posición Trendelemburg
- Posición antishock



PROTOCOLO EN CASO DE ANAFILAXIA

Los síntomas de la anafilaxia aparecen de forma general en las primeras dos horas tras la exposición al alérgeno, afectan a varios órganos de manera simultánea y pueden poner en peligro la vida del pequeño.

Esencialmente se expresa a nivel de piel (exantema, urticaria o angioedema); aparato respiratorio (rinorrea, broncoespasmo, edema laríngeo o sibilancias); síntomas abdominales (dolor cólico abdominal, diarrea o vómitos) y/o manifestaciones cardiovasculares (taquicardia, cambios en la presión arterial como hipotensión con pérdida de conocimiento).

Es primordial que, ante esta sintomatología, se actúe de forma rápida con la administración de adrenalina intramuscular.

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE UNA ANAFILAXIA EN CENTROS EDUCATIVOS

| | | | | |
|-----------------|----------------------|----------------------------|----------------------|-------------|
| Alumno/a: | <input type="text"/> | Padre/Madre/Representante: | <input type="text"/> | FOTO |
| Edad: | <input type="text"/> | Peso: | <input type="text"/> | |
| Centro escolar: | <input type="text"/> | Teléfono de aviso: | <input type="text"/> | |
| Cursa: | <input type="text"/> | Profesor/a tutor/a: | <input type="text"/> | |
| | | Lugar de medicación: | <input type="text"/> | |

Alérgico/a a:

Asmático/a: NO SI (Riesgo alto a reacciones graves)

➤ 1º PASO: EVALUAR Y TRATAR
El especialista debe rellenar esta hoja

| | | | |
|-------------------|------------------|---------------------------|--|
| VIGILAR | 1 2 3 4 | Afecta a un solo órgano. | ➤ Ronchas o habones en la cara, enrojecimiento, picor en boca o en labios. <input style="width: 100%;" type="text"/> ➤ Hinchazón de: labios, párpados, manos u otra parte del cuerpo. <input style="width: 100%;" type="text"/> ➤ Dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarreas. <input style="width: 100%;" type="text"/> ➤ Picor de ojos o de nariz, estornudos frecuentes, mucosidad abundante, ojos rojos o lagrimeo. <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| EMERGENCIA | 5 6 7 | Afecta a 2 o más órganos. | ➤ Opresión en garganta, voz ronca o afónica, tos repetitiva. <input style="width: 100%; border: 1px solid red;" type="text"/> ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300 ➤ Respiración dificultosa, voz entrecortada, tos seca repetitiva, ahogo, pitos, piel o labios azulados. <input style="width: 100%; border: 1px solid red;" type="text"/> ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300 ➤ Palidez, pulso débil, pérdida de conocimiento, mareo, sensación de muerte inminente. <input style="width: 100%; border: 1px solid red;" type="text"/> ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300 |

➤ 2º PASO: SI SOSPECHA DE ANAFILAXIA, AVISE AL 061 Ó AL 112 Y SIGA INSTRUCCIONES

1

2

3

4

5

6

Información a compañeros:

- Es importante que los compañeros conozcan la situación del niño alérgico para:
- Evitar situaciones de riesgo.
 - Crear un clima de solidaridad y respeto: Explicar a los compañeros qué significa "ser alérgico" clarificando posibles contradicciones (ej. si bebes leche crecerás, pero si tu compañero no puede beber leche, crecerá también).

La atención educativa al niño alérgico se regirá por el principio de integración y no discriminación, asegurando, en todo momento, su participación segura en todas las actividades del centro, sin que su alergia sea motivo de exclusión.



Identificación del niño alérgico/aspectos previos

Los docentes deberán tener identificados a los alumnos con alergia mediante una ficha con su foto y datos personales donde se especifiquen los alérgenos causantes de su alergia, así como los síntomas, el mecanismo desencadenante y el tratamiento pautado. Esta ficha puede ser copia de la existente en el centro.

PROTOCOLO EN CASO DE ATRAGANTAMIENTO

Personas inconscientes

La principal causa de obstrucción de la vía respiratoria en personas inconscientes es la caída de la lengua hacia la retrofaringe.

Personas conscientes

Generalmente, en este caso, el motivo de obstrucción es la «comida», suceso conocido popularmente como atragantamiento y que puede ocurrir en los comedores de cualquier empresa. Esta obstrucción por cuerpo sólido se produce por la aspiración brusca (risa, llantos, sustos...) de la comida que está en la boca. En el momento de producirse la inspiración, la epiglotis (estructura anatómica que separa el tubo digestivo del respiratorio) deja libre el paso respiratorio introduciéndose el aire y la comida en la tráquea.

La obstrucción puede ser de dos tipos: incompleta y completa.

Obstrucción incompleta o parcial

El cuerpo extraño no tapa toda la entrada de aire, por lo que se pone en funcionamiento el mecanismo de defensa y la persona empieza a toser.

ACTUACIÓN

- Dejarlo toser (los mecanismos de defensa funcionan).
- Observar que siga tosiendo o que expulse el cuerpo extraño.
- NO golpear nunca la espalda, ya que se podría producir la obstrucción completa o introducirse más el cuerpo extraño.

Obstrucción completa o total

En este caso la persona no tose, ni habla. Esto indica que no entra ni sale aire, pues las cuerdas vocales se mueven gracias a la vibración que produce el aire al respirar.

Generalmente, el accidentado se lleva las manos al cuello y no puede explicar lo que le pasa, emitiendo sonidos afónicos. Presenta gran excitación, pues es consciente de que no respira: tiene la sensación de muerte inminente. El objetivo de la maniobra de Heimlich es empujar el cuerpo extraño hacia la tráquea y, por ende, hacia la salida mediante la expulsión del aire que llena los pulmones. Esto se consigue efectuando una presión en la boca del estómago (abdomen) hacia adentro y hacia arriba para desplazar el diafragma (músculo que separa el tórax del abdomen y que tiene funciones respiratorias) que a su vez comprimirá los pulmones, aumentando la presión del aire contenido en las vías respiratorias (tos artificial).

Actuación:

- 1.** Actuar con rapidez.
- 2.** Coger al accidentado por detrás y por debajo de los brazos. Colocar el puño cerrado, justo en la línea media del abdomen. Colocar la otra mano sobre el puño.



Localización del punto de compresión abdominal

- 3.** Reclinarlo hacia adelante y efectuar una presión abdominal centrada hacia adentro y hacia arriba, a fin de presionar (de 6 a 8 veces) el diafragma. De este modo se produce la tos artificial. Es importante resaltar que la presión no se debe lateralizar. Ha de ser centrada.



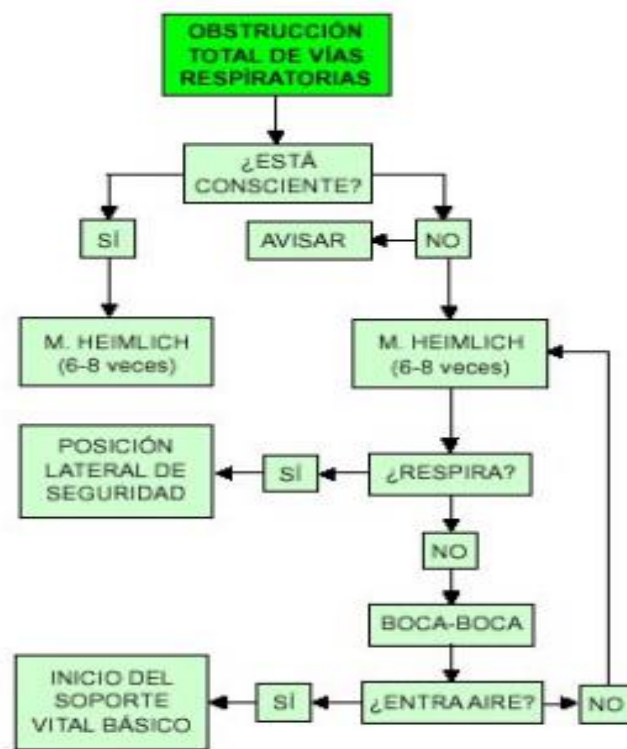
Postura del accidentado (consciente) y del socorrista, ante la obstrucción completa

4. Seguir con la maniobra hasta conseguir la tos espontánea o hasta la pérdida de conocimiento.

5. En caso de pérdida de conocimiento, se coloca al accidentado en posición de S.V.B. (Soporte Vital Básico), con la cabeza ladeada, y se sigue con la maniobra de Heimlich en el suelo.



Postura del accidentado (inconsciente) y del socorrista, ante la obstrucción completa



PROTOCOLO DE ATECIÓN A NIÑOS CON DIABETES EN LA ESCUELA



La **diabetes mellitus** (DM) constituye un problema de salud crónico cada vez más frecuente en todo el mundo, también en nuestra ciudad. La afectación de niños y adolescentes, además de las connotaciones afectivas que a todos nos afectan, conlleva la creación de situaciones potencialmente complejas y la posibilidad de aparición de complicaciones en edades tempranas, a las que hay que dar respuesta y prevenir.

La DM es un síndrome que se caracteriza principalmente por la presencia de unos niveles de glucosa en sangre (lo que se denomina "glucemia") elevados, considerándose valores normales, en ayunas, entre 70 y 110 mg/dl

La insulina, una hormona producida en el páncreas, ayuda al organismo a producir energía gracias a que induce la entrada de glucosa en las células, para lograr su



aprovechamiento como fuente de obtención de energía. En la DM el páncreas no produce suficiente insulina o la insulina no tiene el efecto deseado, lo que, en ambos casos, conduce a esa elevación de la glucemia. Entre otros síntomas, suele cursar con poliuria (producción y excreción de gran cantidad de orina), polidipsia (necesidad de beber con frecuencia y abundantemente), polifagia (excesivo deseo de comer), adelgazamiento y otros trastornos generales.

La elevación mantenida de la glucemia conduce a complicaciones, al dañar órganos como los ojos, riñones, sistema nervioso, corazón y vasos sanguíneos, entre otros.

Se distinguen fundamentalmente **dos tipos de DM**:

Tipo 1. Es consecuencia de la destrucción de las células que producen insulina en el páncreas; se da sobre todo en niños y jóvenes. La destrucción se provoca por el ataque del sistema de defensa a las células β del páncreas, encargadas de producir insulina, debido a cierta predisposición genética, y desencadenado por una infección vírica, toxinas u otros factores. El resultado es un déficit absoluto de la secreción de insulina.

Tipo 2. También se denomina DM no insulino dependiente (DMNID) o DM del adulto, aunque cada vez es más frecuente a menor edad (11). En este tipo de DM existe un déficit relativo de insulina.

Para controlar la DM se precisa:

- **La determinación de glucemia varias veces al día** a través de la medición de glucosa en una gota de sangre obtenida por punción digital.
- **Ejercicio físico planificado y controlado.** - Alimentación planificada. - Administración correcta de la pauta de insulina u otro tratamiento que se precise.

Los niños y adolescentes deben ser capaces de adquirir progresivamente hábitos de autonomía que les capaciten para manejar su DM en el entorno escolar. En este sentido conviene tener en cuenta que:

- En **Educación Infantil**, lo usual es que el niño/a sea incapaz de utilizar el glucómetro o de administrarse insulina autónomamente, aunque a partir de los 4 años de edad debería colaborar adecuadamente en el control glucémico.
- En **Primaria**, el niño debe estar dispuesto a colaborar en todos los aspectos. A los 8 años muchos niños pueden realizarse determinaciones de glucemias; a los 10 años, algunos pueden administrarse la insulina; en ambos casos, con supervisión.



El centro debe tener en el expediente del alumno con DM los siguientes documentos:

- Documentos identificativos
- Tarjeta sanitaria y Cartilla del Alumno/a con DM
- Informe médico.
- Modelo de autorización firmado por la familia.

Además, en el botiquín del centro se dispondrá de:

- Azúcar o bebidas azucaradas.
- Glucómetro, lancetas y tiras reactivas (para sangre y orina).
- Glucagón.
- Insulina y material para la inyección. - Ha realizado, y revisado, junto a los padres, un plan de tratamiento completo, con horarios, que deberá constar en la Cartilla del niño con DM. De especial interés es la consideración de:
 - No saltarse las comidas.
 - Prevenir los retrasos en el horario de comidas
 - Vigilar el exceso de ejercicio para adecuar la dosis de insulina y la dieta.
 - Llevar siempre insulina, suplementos de hidratos de carbono y glucagón.



| Antes del ejercicio (medirse la glucemia y...) | |
|--|---|
| • Si está entre 100-200 mg/d | Iniciar el ejercicio con normalidad |
| • Si está entre 70-100 mg/dl | Tomar alimentos antes de empezar (p. ej. un zumo). |
| • Si presenta síntomas de hipoglucemia | No empezar |
| • Si está en 240 mg/dl o más | No realizar ejercicio |
| • Si cetona en sangre (u orina) | No realizar ejercicio |
| • Si el ejercicio es prolongado | Tomar un suplemento de 10-15 gr. de hidratos de carbono cada 30 minutos (p. ej. galletas o pequeño bocadillo) |
| Durante el ejercicio | |
| El niño/adolescente con diabetes debe tener acceso fácil a alimentos para tratar o prevenir las hipoglucemias | |
| Después del ejercicio | |
| El niño/adolescente con diabetes debe controlarse la glucemia | |
| Si ejercicio no habitual y no puede hacerse glucemia, tomar algún alimento | |
| Los ejercicios muy intensos y prolongados (más de 30 minutos) pueden hacer subir momentáneamente la glucemia pero luego tienden a bajarla. En estas situaciones NO hay que poner suplementos de insulina | |

Normas: antes, durante y después del ejercicio físico

Situaciones urgentes

Hipoglucemia

Aunque la definición de hipoglucemia es controvertida, se ha aceptado como aquel nivel de glucosa en sangre por debajo de 60 mg/dl, siendo una definición genérica la siguiente: situación en la que el aporte de glucosa a los diferentes tejidos es insuficiente.

Los síntomas pueden ser variados y diferentes en cada alumno/a: sudores fríos, temblor, palidez, visión borrosa, mareos, náuseas, irritabilidad, palpitaciones, falta de concentración, etc.

Causas más frecuentes de hipoglucemia:

- Comida insuficiente o tardía.
- Dosis excesiva de insulina.
- Ejercicio físico mal programado (excesivo)
- Vómitos.



Abordaje (tutor/a, personal docente y /o miembros del equipo directivo)

Si no se puede realizar glucemia, deberemos proceder como si hubiésemos confirmado hipoglucemia dadas las graves consecuencias que pudieran aparecer. La hipoglucemia hay que tratarla de forma inmediata, urgentemente, pero sin prisas y sin pausas, con la dinámica que nos permita hacerlo bien.

. Si el niño/adolescente está **consciente**, deberá tomar algún alimento rico en hidratos de carbono de absorción rápida. Detener cualquier tipo de actividad. En 5 a 15 minutos los niveles de glucemia deben comenzar a elevarse.

Si el estudiante se recupera adecuadamente, ingerir alguna porción de alimento de hidratos de carbono de absorción lenta y el estudiante puede volver a sus actividades de clase.

Si no se normaliza, volver a tomar algún alimento rico en hidratos de carbono de absorción rápida y avisar al personal sanitario (112) y a los padres/tutores.

Si estuviera **inconsciente**, dado que es muy importante actuar lo antes posible para evitar secuelas, llamar al personal sanitario de urgencias, teléfono 112. Mientras se acude al frigorífico a por el GLUCAGÓN (debidamente identificado con el nombre del alumno/a). Seguir pautas indicadas en el informe médico. Avisar también a la familia.

| HIPOGLUCEMIAS CON NIÑO/ADOLESCENTE CONSCIENTE | |
|--|---|
| Inicialmente | |
| • Sensación de hambre | • Palidez |
| • Dolor de cabeza | • Dolor abdominal |
| • Sudoración fría | • Cambio de carácter (irritabilidad, mal humor) |
| • Temblores | • Falta de concentración |
| • Palpitaciones | • Taquicardia |
| • Debilidad | |
| Si no se corrige | |
| • Cambios de comportamiento (agresividad, mal humor, etc.) | • Alucinaciones |
| • Visión borrosa | • Mareos |
| | • Náuseas |
| • Somnolencia (adormecimiento) | • Sudoración |
| • Confusión | • Amnesia del episodio |
| HIPOGLUCEMIAS CON NIÑO/ADOLESCENTE INCONSCIENTE | |
| Se puede llegar a | |
| | • Coma |
| • Convulsiones | • Incapacidad para tomar algo por vía oral |



Hiperglucemia

Se **define** como cifras de glucemia superiores a 240-300 mg/dl. Se define como cifras de glucemia superiores a 240-300 mg/dl

Sus causas pueden ser varias: porque se haya puesto poca insulina, porque aumenten las necesidades de ésta por una enfermedad intercurrente (anginas, gripe, catarro, fiebre, etc.) o por exceso de comida.

Los **síntomas** son: sed intensa, necesidad de orinar frecuentemente, cansancio, fatiga, actitud pasiva, dolor abdominal, vómitos. La instauración de estos síntomas es progresiva y, generalmente, no constituyen una situación de emergencia, salvo que aparezcan vómitos,

No obstante, es importante tratar la hiperglucemia apenas se detecte, con el fin de evitar la aparición de cuerpos cetónicos.

Abordaje. Ante los síntomas descritos, realizar glucemia si es posible, para confirmar o descartar la hiperglucemia. Si no es posible la realización de glucemia, actuar como si existiera una situación de hiperglucemia: avisar a los padres y a los profesionales sanitarios. Cuando existe hiperglucemia, el estudiante puede sentirse mal, con mucha sed y necesidad de orinar con frecuencia. En estas situaciones, además de necesitar beber líquidos sin hidratos de carbono, puede precisar la administración de una dosis extra de insulina. Por ello hay que facilitarle el acceso a los líquidos y a los lavabos siempre que lo necesite. La bebida más indicada es el agua.

Cetoacidosis diabética

Es una complicación aguda de la DM, relativamente muy poco frecuente, grave, caracterizada por un incremento importante de cuerpos cetónicos, hiperglucemia y acidosis metabólica, consecuencia de una deficiencia grave de insulina. La deficiencia de insulina provoca que el organismo pase a metabolizar grasas (triglicéridos) en lugar de la glucosa para obtener energía, lo que provoca la acumulación de esas sustancias de desecho (cuerpos cetónicos en sangre y orina), elevación de los niveles de glucemia y deshidratación

Los **síntomas** son, entre otros, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Puede progresar a hipotensión, edema cerebral, coma y muerte, si no es tratada

Abordaje. Ante la presencia de síntomas, avisar a los profesionales sanitarios y a los padres.