

UNIDAD 1

1. NOCIONES BÁSICAS DE ACCIDENTES EN CENTROS EDUCATIVOS

2. PSICOLOGÍA Y NORMATIVA

3. POSICIONES DE SEGURIDAD Y TRASLADO DE AFECTADOS

1. NOCIONES BÁSICAS DE ACCIDENTES EN CENTROS EDUCATIVOS

1.1.- INTRODUCCIÓN

El niño está en continua evolución durante su crecimiento. Además de los cambios corporales típicos de su evolución, va adquiriendo habilidades, desarrollando destrezas y modificando su forma de pensar y de entender el mundo. El conocimiento del comportamiento de los niños en cada edad o etapa evolutiva nos va a permitir adoptar medidas preventivas adecuadas para evitar que se produzcan lesiones graves e incluso la muerte del niño y no podemos adoptar una posición expectante y retrasar su auxilio, pues la gravedad de las lesiones será mayor cuanto más se retrase la ayuda. Nuestra misión como educadores es ir mostrándoles los peligros y dándoles la autonomía adecuada a su grado de desarrollo para que vayan adquiriendo conductas seguras y comprendiendo las consecuencias de sus actos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino para la salud, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza externa que actúa rápidamente y se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales.

Los accidentes constituyen un problema de salud mundial y son la primera causa de muerte en niños mayores de 1 año y adultos jóvenes; por eso se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad.

En el niño pequeño son más frecuentes las lesiones dentro del hogar, tales como: caídas, quemaduras en la boca, en manos por cables eléctricos, asfixia, ahogamiento por sumersión, etc. Según el niño avanza en edad, tras alcanzar la

bipedestación (andar erguido) y la capacidad de marcha, el riesgo de sufrir otro tipo de lesiones o traumas aumenta y encontramos, además de las lesiones anteriormente mencionadas, la ingestión de cuerpos extraños (monedas, juguetes pequeños), caídas de diversa índole, quemaduras por agua en ebullición, quemaduras esofágicas por cáusticos, mordeduras de animales, atropellamiento y recepción de una lesión cuando se viaja en un vehículo en movimiento. Es importante saber que, del total de los accidentes acaecidos en la infancia, el 54 % ocurren en el hogar.

El incremento de los accidentes se debe al desequilibrio existente entre los avances técnicos, el estilo de vida moderno y las medidas de prevención encaminadas a evitarlos. En los países en vía de desarrollo este desequilibrio es más evidente porque se introducen con rapidez nuevas tecnologías que aumentan los riesgos, sin que se establezcan las medidas preventivas para evitarlos. La mayoría de lesiones y muertes por accidentes se producen en el hogar, las calles, el colegio o los lugares de recreo.

Entre los factores favorecedores de los accidentes encontramos por parte de los niños la capacidad cada vez mayor para alcanzar lugares y manipular aparatos peligrosos, la curiosidad por conocer todo lo que le rodea y el desconocimiento del riesgo que conlleva la curiosidad. Por parte de los padres encontramos el incremento de madres trabajadoras fuera del hogar, el delegar el cuidado de los niños en otros menores de edad, el exceso de confianza en la capacidad del niño para evitar accidentes y la dificultad para vigilarlos de forma permanente.

1.2.- ORIGEN (ETIOLOGÍA)

Tanto en el domicilio como en los centros educativos debemos de habilitar un botiquín básico adecuado pues vamos a ir encontrando distintos tipos de sucesos lesivos dependientes de la edad del niño:

1.2.1.- Hasta los 6 meses de edad, dada la escasa movilidad del niño, las lesiones más frecuentes son: las caídas desde altura, los accidentes de tráfico como pasajero y, más rara vez, atragantamientos y quemaduras.

Nunca se debe dejar a los bebés sin vigilancia sobre sillas, camas, sofás, cambiadores, mesas, etc.

Los adornos (cadenas, cintas, cordones, imperdibles) son muy peligrosos y pueden producir daños importantes (como ahorcamientos, pinchazos, heridas penetrantes etc.), especialmente si se llevan en el cuello.

Los juguetes infantiles, si contienen piezas pequeñas se corre el riesgo de que se puedan soltar y llevárselas a la boca y atragantarse.

Tanto en el cochecito como en la sillita o en la trona debe estar siempre sujeto con el arnés, ya que se pueden caer de los mismos.

Las quemaduras también son frecuentes en este rango de edad. Comprobar siempre la temperatura del agua en el baño y mantener los aparatos eléctricos alejados del alcance de los niños. Evitar deambular por aulas y pasillos con líquidos calientes pues podemos tropezar con los niños y causarles un daño corporal importante. Hay que ser cuidadoso con la temperatura de los alimentos, evitar la exposición directa al sol o tener estufas y braseros encendidos que no tengan sistema de protección para niños (en el caso de que no los tengan mantenerlos siempre fuera del alcance de los mismos).

Durante los trayectos en automóvil, se deben usar los sistemas de retención infantil (SRI) homologados en relación con su peso y talla, aunque sea para trayectos cortos.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), es la muerte repentina e inesperada de un niño de menos de 1 año de edad. Se desconoce su causa. Ocurre con más frecuencia entre los 2 y 4 meses de edad y afecta más a los niños que a las niñas. Es más frecuente durante el invierno y una de las principales causas de muerte en niños menores de un año.

1.2.2.- En niños de 1-3 años de edad: con mayor movilidad y autonomía, las lesiones más prevalentes son los golpes y caídas seguido de intoxicaciones, atragantamientos, quemaduras y los accidentes de tráfico como pasajero o como peatón.

Es primordial conseguir en el niño un equilibrio entre la vigilancia, protección y libertad para que pueda explorar el entorno que le rodea.

Lo primordial es acondicionar aulas y guarderías, no colocar cerca de las ventanas muebles u objetos que el niño pueda utilizar para subirse. Colocar cierres de seguridad en las ventanas, protectores en los accesos a escaleras, sistemas de protección en los laterales de la cama, evitar literas y camas elevadas. Poner protectores en los quicios de las puertas para evitar que se pillen los dedos. Los andadores no son recomendables por el elevado riesgo de accidentes que presentan (niños que fisiológicamente todavía no controlan la marcha se encuentran en una especie de “coche de carreras” sin control; además presentan un riesgo muy elevado de vuelco).

La prevención de heridas se lleva a cabo manteniendo objetos cortantes (tijeras, cuchillos) fuera del alcance de los niños. La asfixia o atragantamientos se evita guardando los objetos pequeños (botones, monedas, pilas...) fuera de su alcance, no darles caramelos o chicles, ni alimentos pequeños y duros como frutos secos o que contengan huesos. Impedir que lleven cosas a la boca mientras corren o juegan, no dejarles jugar con bolsas de plástico ni globos. No deben usar cadenas ni cordones en el cuello.

Las intoxicaciones son muy frecuentes a esta edad. Los niños pueden intoxicarse por vía digestiva (ingiriendo un tóxico tipo lejía), vía respiratoria (inhalando humos) o por la piel (al tocarlo). La vía digestiva es la más frecuente.

La causa más frecuente de intoxicación infantil son la ingesta de medicamentos seguido de la intoxicación por productos de limpieza, donde el riesgo añadido es que cabe la posibilidad de que además de ser un producto venenoso, sea cáustico, con lo que durante el paso por el aparato digestivo el producto ingerido quemará la mucosa de la boca, el esófago y el estómago provocando lesiones y consecuencias muy graves. En estos casos no se debe provocar el vómito del producto pues se agravaría la lesión con la regurgitación del mismo (ya que el cáustico pasaría dos veces por el mismo sitio). Debemos intentar diluirlo y neutralizarlo al máximo dándoles de beber leche o agua a pequeñas dosis, pero continuas, hasta que lleguen los servicios médicos que se avisarán de inmediato.

La intoxicación por monóxido de carbono también es relativamente frecuente por lo que se deben mantener en buen estado estufas, chimeneas e instalaciones de gas, así como tener bien ventiladas las habitaciones donde estén dichos aparatos. El monóxido de carbono resulta tóxico para el organismo humano porque tiene más afinidad que el oxígeno por el grupo hemo de la hemoglobina, formando carboxihemoglobina y disminuyendo la concentración de oxihemoglobina, con ello, la difusión de oxígeno a los tejidos del organismo es menor. Producen la muerte del niño de forma indetectable pues presenta una coloración rosada de la piel y las mucosas, que le dan un cierto aspecto de vitalidad. Las livideces son muy extensas, y su color se suele describir como *rojo cereza*. Con frecuencia, aparece el fenómeno conocido como *livideces paradójicas* (no aparecen en las zonas declives del cuerpo sino en otras zonas).

Quemaduras: prestar especial atención al niño en la cocina. Debemos tener cuidado con el horno y la vitrocerámica calientes, vigilar los mandos del gas, utilizar los fuegos de la parte posterior y colocar los mangos de sartenes y cazos hacia atrás. No se deben dejar líquidos calientes en el borde de la mesa. La protección de enchufes es fundamental. Cuidado con la plancha, puede tirar del cable de la misma tirándosela encima (además de la quemadura tendríamos un golpe). Colocar enchufes de seguridad y desenchufar los aparatos eléctricos una vez utilizados. Poner barreras delante de estufas, chimeneas y no dejar al alcance de los niños cigarrillos, mecheros ni cerillas.

La protección solar debe realizarse con productos que lleven un factor de protección adecuado. Restringir y limitar la exposición al sol, sobre todo en las horas centrales del día.

Los ahogamientos también son frecuentes en estos tramos de edad por eso no debemos dejar nunca al niño sólo en la bañera o en la piscina (basta 2 cm de altura de agua para que se pueda ahogar).

Lesiones por tráfico:

-**peatones** no debemos soltarles de la mano, ni dejarles jugar en lugares poco vigilados o inseguros.

- en los trayectos en **automóvil** deben usar los sistemas de retención infantil (SRI) homologados en relación con su peso y talla, aunque sea para trayectos cortos.

1.2.3.- En niños de 3-6 años de edad: En esta etapa cobra especial importancia la prevención de accidentes, dada la importante movilidad y actividad física del niño y su gran curiosidad. Los problemas que vamos a encontrar son los mismos que en la etapa anterior, pero los golpes serán más fuertes, las caídas se producen desde más altura y además con mayor frecuencia. Las medidas de prevención son similares a las comentadas en la etapa anterior.

1.2.4.- Niños de 6-12 años de edad: el niño de esta edad está bien capacitado. El desarrollo cognitivo les permite centrar su pensamiento. Aparece el pensamiento lógico. Los amigos empiezan a cobrar importancia. Generalmente se agrupan según sexos, los niños con los niños y las niñas con las niñas y se distancian de los del sexo contrario. Al final de esta etapa aparecen las pandillas.

Las lesiones que se producen con más frecuencia en este rango de edad son los golpes y caídas, muchas veces relacionados con la práctica deportiva; también son frecuentes las quemaduras, ahogamientos y los accidentes de tráfico como pasajero, como peatón o como conductor. A esta edad las medidas preventivas deben ir encaminadas, fundamentalmente, hacia el conocimiento y respeto de las normas, así como a la aplicación de medidas protectoras adecuadas. El papel de los padres y profesores será el de irles dando cada vez una mayor autonomía, aunque todavía requieren supervisión por un adulto.

Mucho cuidado con el fuego, la electricidad, el gas y los juegos peligrosos en general. Es importante enseñarle a valorar el riesgo y a tomar sus propias decisiones y a evitar los juegos violentos y las peleas.

Si se baña en piscinas, en el mar, lagos o ríos, debería saber nadar y respetar las normas, además de hacerlo siempre vigilado por un adulto. Tampoco se les ha de permitir nadar cuando haya mala mar o en lugares donde haya corrientes rápidas. Mucho cuidado con flotadores y colchonetas hinchables: les van a permitir alejarse a distancias o zonas que supongan mayor peligro para ellos (pueden encontrarse de repente con que no llegan al suelo, o estar a mayor distancia de la que pueden cubrir nadando).

Conviene enseñarle a amar y respetar a los animales y a no provocarlos ni hacerles daño.

1.2.5.- A partir de los 12 años, las etapas de la preadolescencia y adolescencia, presentan unas características evolutivas bastante diferenciadas según el sexo y es

una etapa de inestabilidad emocional. Aparecen conflictos entre padres e hijos. Suele haber tendencia a no respetar las normas. Las lesiones por colisiones de vehículos a motor y bicicletas son más frecuentes. También es frecuente la experimentación con sustancias como el alcohol y otras drogas, que pueden modificar el riesgo de sufrir una lesión a través de mecanismos muy variados (caídas, colisiones de vehículos, agresiones...).

A estas edades se observa un incremento de las intoxicaciones, a veces autoinfligidas de forma intencionada, mientras que otros mecanismos son prácticamente indetectables.

1.3.- NOCIONES BÁSICAS

Antes de hablar de atención de primeros auxilios hay que tener en cuenta una serie de nociones básicas que nos ayudarán a decidir el criterio de actuación ante las diferentes situaciones conflictivas.

Cuando encontramos una situación de urgencia, lo primero es valorar a la persona afectada mediante una exploración primaria que nos determine como están sus funciones vitales y que supongan una amenaza para la vida:

- ¿está consciente?
- ¿respira?
- ¿qué ha ocurrido?

Posteriormente se realizará una exploración secundaria del resto de lesiones o síntomas menos graves.

Para valorar ambas situaciones hay que conocer primero la normalidad.

- **Estado de consciencia:** indica el grado de afectación del cerebro. Se mide fácilmente sometiendo al afectado a distintos estímulos y viendo si responde (consciente) o no (inconsciente).

La Escala de Coma de Glasgow es el instrumento utilizado por el personal entrenado ante una emergencia para valorar dicho estado. Consiste en medir los siguientes parámetros:

Respuesta apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
A estímulo doloroso	2
No hay respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientada	5
Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta	1
Mejor respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retira al dolor	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
No movimientos	1

Cuanto menor es la puntuación mayor es la gravedad del afectado, siendo la puntuación mínima de 3 puntos lo que indicaría su muerte. La nota máxima es 15 y no implica gravedad alguna mientras que una puntuación por debajo de 8 es indicativa de gravedad importante.

Una de las situaciones más frecuentes que podemos encontrar en los niños que nos alarma pero que carece de gravedad es la **lipotimia**, cuadro de pérdida de consciencia leve, ligera y de corta duración (de segundos o minutos) pero con respiración y pulso conservados. Es debido a una disminución repentina del flujo sanguíneo del cerebro. Su tratamiento consiste en dejar al niño tumbado en el suelo bocarriba, en un ambiente aireado, aflojarle la ropa en cuello y cintura y levantarle las piernas para favorecer la llegada de sangre al cerebro.

El cuadro contrario por su gravedad sería el **coma**, donde la pérdida de consciencia es prolongada y no responde a estímulos externos (hablarle, tirarle pellizcos) aunque mantiene la respiración y el pulso carotídeo (radial y pedio pueden estar ausentes). Su tratamiento consiste en avisar a urgencias, aflojarle la ropa, controlar pulso y respiración con frecuencia, ponerlo en posición lateral de seguridad y taparlo para evitar la hipotermia.

Ante un accidente que involucre a más de un niño, hay que realizar un buen **triaje**, (método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres. Evalúa la prioridad de la atención a emplear. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención al paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención, por tanto evalúa el riesgo inmediato de muerte y las posibles complicaciones derivadas de la espera) y atender primordialmente al niño que se queja menos ya que si grita o chilla y anda sabemos que está bien, si no dice nada puede estar inconsciente indicando mayor gravedad por lo que será más urgente atenderlo, y si está muerto tampoco podremos hacer nada así que se dedica

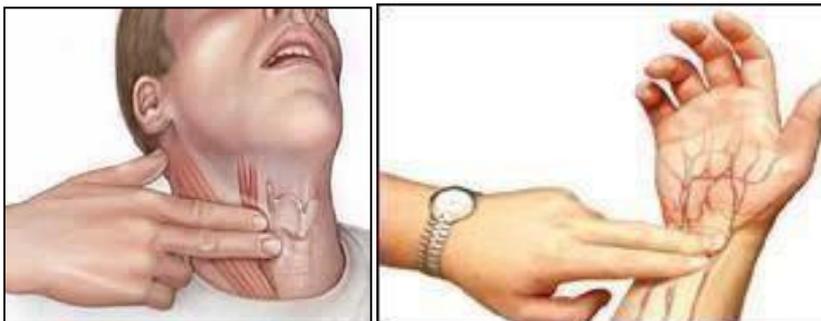
la atención al individuo que podemos salvar antes de que la situación se haga irreversible o muera.

- **Frecuencia respiratoria:** consiste en el número de veces que una persona inspira aire en un minuto. La mediremos contando las veces que se mueve el tórax en un minuto. La frecuencia respiratoria normal según la edad sería la siguiente:

Recién nacido- 1 año	30-53 respiraciones por minuto (rpm)
1-2 años	22-37 rpm
3-5 años	20-28 rpm
6-11 años	18-25 rpm
12 en adelante	12-20 rpm

Por debajo de 12 respiraciones por minuto se denomina **bradipnea** y por encima de 20 en un adulto **taquipnea**. Ambas situaciones extremas indican gravedad.

- **Frecuencia cardiaca:** Es el número de veces que el corazón bombea sangre de manera efectiva durante un minuto. La mediremos tomando el pulso en las arterias carótidas (en el cuello), radial o mediana (en el brazo).



La frecuencia cardiaca normal según la edad sería la siguiente:

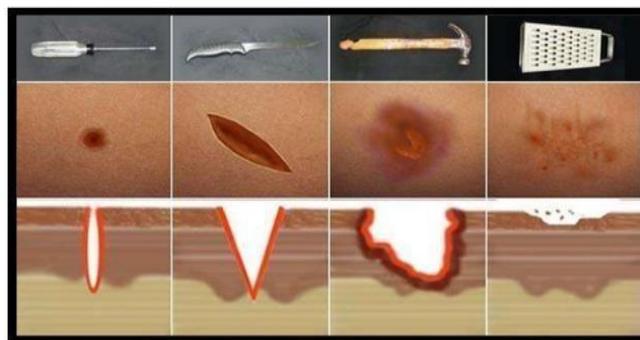
0 a 1 mes	70-190 latidos por minuto (lpm)
1-11 meses	80-160 lpm
1-2 años	80-130 lpm
3-4 años	80-120 lpm
5-6 años	75-115 lpm
7-9 años	70-110 lpm
> 10 y adultos	60-100 lpm

Consideraciones a tener en cuenta:

- ✦ Nunca tomar el pulso con el dedo pulgar, ya que tiene pulso propio y podríamos estar midiendo el nuestro
- ✦ No hacer demasiada presión, ya que podemos cortar el flujo sanguíneo y por lo tanto no notar el pulso
- ✦ En el cuello se sitúa la arteria carótida: se puede sentir a cada lado en la parte frontal del cuello, debajo del ángulo de la mandíbula, por delante del músculo esternocleido-mastoideo.
- ✦ En la muñeca, buscamos el latido de la arteria radial que se puede sentir por debajo de la base del dedo pulgar.
- ✦ Tomaremos el pulso durante un minuto completo, o bien durante 15 segundos y multiplicamos por 4.

- **Herida:** es la pérdida de la continuidad (rotura) de la piel o mucosas como consecuencia de un golpe o traumatismo y se incluyen también en esta clasificación los cortes, arañazos y picaduras de insectos, pero las incisiones quirúrgicas, las suturas y los puntos también causan heridas. Las heridas menores no suelen ser serias. Es importante limpiarlas muy bien. Debe buscarse atención médica si la herida es profunda, anfractuosa (de bordes irregulares, con pérdida de tejido muscular y piel), infectada, si no puede cerrarse por sí sola, si no puede detener la hemorragia o si no se cura.

TIPOS DE HERIDAS



- **Hemorragia:** es la salida al exterior de sangre desde los vasos sanguíneos.

Puede ser:

- interna: la sangre no sale al exterior (por ejemplo, un moretón)
- externa: la sangre sale al exterior por una herida
- exteriorizada: la sangre sale al exterior por un orificio natural (por ejemplo el oído).

- **Contusión:** lesión por impacto contundente de un objeto con el cuerpo, que no produce pérdida de continuidad de la piel (herida) pero sí lesión debajo de la misma. Puede ir acompañado o no de hemorragia.

- **Fiebre:** consiste en el aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal, acompañado de un aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, y que manifiesta la reacción del organismo frente a alguna enfermedad generalmente de tipo infeccioso. Es un signo de alerta que indica enfermedad, aunque hay situaciones fisiológicas en el niño en las que aparece fiebre (dentición, estreñimiento, etc.).

La temperatura normal es de 36.5-37° C, y varía según la hora del día (es más baja de madrugada y sube más por la tarde) y el lugar donde se tome (si se toma a nivel rectal mide 0.5°C más), por eso es importante valorar como empieza y cuando se le quita.

Tipos:

Febrícula: cuando la temperatura axilar se encuentra entre 37-37.5 °C, o la rectal se encuentra entre 38- 38.5 °C.

Fiebre: la temperatura axilar se encuentra entre 37.5- 41 °C y rectal entre 38.5 - 42 °C.

Hiperpirexia: la temperatura axilar es igual o mayor que 41 °C y rectal es igual o superior a 42 °C.

Hay que tratar la fiebre cuando la temperatura sea superior a 38.5°C. Se debe bañar al niño con agua tibia durante unos 5 minutos y cubrirlo inmediatamente con una sábana o toalla. Mantenerlo en una zona fresca y ventilada. No abrigarlo pues sube más la temperatura. Iniciar hidratación oral. Si a pesar de ello no disminuye la fiebre darle algún antipirético indicado por su pediatra.

La **crisis febril** es “un fenómeno de la lactancia o de la infancia, que habitualmente se produce entre los tres meses y cinco años de edad, relacionado con la fiebre, pero sin datos de infección intracraneal o causa identificable, quedando descartadas las convulsiones con fiebre en niños que han experimentado anteriormente una crisis convulsiva afebril. Hay que distinguir las convulsiones febriles de la epilepsia, que se caracteriza por “crisis convulsivas afebriles recidivantes”.

Las Crisis Febriles (CF) son el problema más común de la edad pediátrica. Su prevalencia es del 4-5% de todos los niños y una incidencia anual de 460 / 100.000 niños en el grupo de 0 a 4 años, y una ligera mayor incidencia en varones que en mujeres (1,5:1). Su causa exacta no se conoce, pero se postula la asociación

de varios factores, como el aumento en la circulación de toxinas y productos de reacción inmune, la invasión viral o bacteriana del Sistema Nervioso Central (SNC), la posible existencia de un relativo déficit de mielinización en un cerebro inmaduro, entre otros.

2. PSICOLOGÍA Y NORMATIVA APLICADA A LOS PRIMEROS AUXILIOS.

2.1 PSICOLOGÍA.

En situaciones de emergencia hay que tener una psicología especial, hay que mantener la calma para que el problema no se escape de las manos y se cree un circo mediático. Hay que mantener la calma y dominar la situación.

Se deben tener en cuenta una serie de consejos a llevar a cabo ante accidentes en centros educativos por la población diana especial a la que van dirigidos:

1.- Debemos Conservar la calma, no debemos perder los nervios. Esto es básico para poder actuar correctamente, evitando así errores irreparables o dañinos para el afectado, el profesor o el resto de la clase, a la que momentáneamente dejamos aparte, para dedicarnos en exclusiva a atender al accidentado. Debemos de asegurarnos que el resto de los niños no corren ningún peligro adicional. Para atender a una persona que ha sufrido un accidente, sobre todo en el caso de que se trate de un niño, hay que intentar:

- Tranquilizar al accidentado, ya que el niño puede estar asustado y dolorido. Hay que hablarle pausadamente, con voz suave y adaptando nuestro lenguaje a la edad del niño, explicándole paso a paso lo que vamos a hacer y avisarle si en algún momento alguna de las maniobras que realicemos van a producirle dolor.
- En los traumatismos graves, no realizar maniobras innecesarias ni movilizar al accidentado salvo que su vida corra peligro. Si no se tiene claro lo que hay que hacer, es mejor no actuar, pedir ayuda y quedarse junto al niño.

2.- Evitar las aglomeraciones. No permitir que el accidente se transforme en un espectáculo, y por lo tanto hay que saber imponerse, es preciso hacerse cargo de la situación y dirigirla hasta que llegue el equipo médico.

3.- No se debe mover al herido hasta estar seguro de que puede realizar movimientos sin riesgo de empeorar las lesiones ya existentes.

4.- Examinar al herido, efectuar una evaluación primaria para determinar situaciones en las que exista la posibilidad de 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 médicos.

5.- Avisar al personal sanitario, pedir ayuda con rapidez, a fin de establecer un tratamiento médico lo más precozmente posible.

6.- Tranquilizar al herido, pues 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 y relajado ya que en situaciones de estrés se activan mecanismos de autodefensa implicados en la pérdida de calor corporal. Esta situación se acentúa si además existe pérdida de sangre (una de sus funciones es la de mantener la temperatura interna del cuerpo) lo cual podría poner en peligro la vida del accidentado.

8.- Traslado adecuado del mismo. Es importante acabar con la práctica habitual de la evacuación en automóviles particulares, ya que si la lesión es grave no se debe trasladar, se debería atender "in situ" (donde se accidentó) y si la lesión no es grave, puede esperar la llegada de la ambulancia y profesionales médicos. Tampoco se debe medicar, esto es facultad exclusiva del personal médico.

2.2 NORMATIVA

La Consejería de Educación de la Junta de Andalucía desarrolló el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, en la que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros educativos exceptuando universidades, y mediante la Orden de 16 de abril de 2008 se regula este Plan de Autoprotección, que viene a desarrollar la acción del 1^{er} Plan de Salud Laboral aprobado el 19 de septiembre de 2006. Para mayor información de contenidos y funciones pinche en el siguiente link:

<http://www.prevenciondocente.com/normativaautopranda.htm>

3. POSICIONES DE SEGURIDAD Y DE TRASLADO DE AFECTADOS

3.1.- INTRODUCCIÓN

Para atender a un niño que ha sufrido un accidente, por su seguridad y por la nuestra, es recomendable seguir una conducta ordenada en tres pasos que se resumen en el acrónimo PAS (Proteger, Alertar y Socorrer).

La Conducta PAS incluye:

- **Proteger:** consiste en asegurarnos de que el escenario en que nos encontramos sea seguro. Si bien esto es así en la mayoría de los accidentes, puede no cumplirse siempre y hay que tenerlo en cuenta en situaciones como accidentes de tráfico, incendios, etc.
- **Avisar:** la mayoría de los accidentes infantiles provocan lesiones leves y no precisan atención médica urgente. Si el accidente reviste gravedad hemos de llamar al teléfono de emergencias (061).
- **Socorrer**

En nuestro día a día, existen ocasiones en las que se nos puede pasar por alto la importancia que tiene sobre la salud del paciente algo tan intrascendente como el hecho de adoptar una correcta postura (antes, durante y después del traslado). Sin embargo, una amplia bibliografía muestra los beneficios que el tratamiento postural tiene sobre la clínica de algunas patologías. Puede observarse como mejora de la función respiratoria, el estado hemodinámico (circulación), ayuda a prevenirla aparición de nuevas lesiones y, lo más importante, favorece la comodidad del paciente.

Otros consejos a tener en cuenta son:

- Conservar la calma. El nerviosismo se contagia y dificulta la toma de decisiones acertadas.
- Evitar aglomeraciones
- Estudiar el lugar del accidente por si el riesgo pudiera persistir y fuese imprescindible evacuar a todas las personas allí presentes.
- Mantener al niño caliente si es posible.
- Ponerlo en posición de seguridad.
- No proporcionarle medicamentos, alimentos ni bebida.

Las posiciones de traslado de pacientes, son el conjunto de medios y métodos que se utilizan para trasladar a las víctimas de un accidente desde el lugar de los hechos hasta un sitio más seguro y/o un centro asistencial.

Se debe garantizar que las lesiones no se aumenten, por lo cual deberemos evitar la realización de movimientos innecesarios o usar medios y métodos inadecuados para las características del paciente o del personal auxiliador.

Se debe procurar prestar la atención en el sitio de accidente, a menos que exista peligro inminente para la vida de la víctima y del auxiliador.

3.2. TIPOS DE POSICIONES

3.2.1.- Posición lateral de seguridad (decúbito lateral) o de SIMS

Esta posición es un procedimiento de primeros auxilios. Como su nombre indica consiste en colocar a la persona acostada sobre uno de sus lados lo que mantiene la permeabilidad de la vía aérea al mismo tiempo que reduce el riesgo de que la persona se atragante con vómitos, sangre etc.

NUNCA se debe poner a la persona en esta posición si sospechamos una lesión cervical pues la agravaríamos, ni si la persona no respira ya en ese caso deberemos iniciar rápidamente la resucitación cardiopulmonar (RCP).

El reanimador se pondrá de rodillas junto al individuo, previamente retirará todos los objetos que puedan producir lesiones y se asegurará que no existe ningún riesgo para los dos. Colocará el brazo del paciente más próximo a él en ángulo recto hacia la cabeza con la palma de la mano hacia arriba, el brazo contrario lo pondrá doblado sobre el tórax hasta que la palma de la mano se apoye sobre el hombro más cercano al reanimador.



A continuación, flexionará la pierna opuesta apoyando el pie en el suelo, y sujetando al individuo por el hombro más alejado y el hueco de la rodilla del mismo lado lo atraerá girando hacia sí 90°.

Es la posición estándar para trasladar a un accidentado inconsciente. Evita que si vomitase se produzca una aspiración y que la lengua obstruya las vías respiratorias.

Es muy importante actuar con cuidado evitando cualquier presión sobre el tórax que dificulte la respiración e intentando no agravar otras lesiones. Si la víctima

debe permanecer en esta posición durante más de 30 minutos, es conveniente girarla al lado opuesto para aliviar la presión en el antebrazo.

Si es un bebé deberemos acunarlo en brazos con la cabeza inclinada hacia abajo para evitar que se atragante con la lengua o aspire el vómito y controlaremos los signos vitales (conciencia, respiración y pulso) hasta que llegue la asistencia médica.

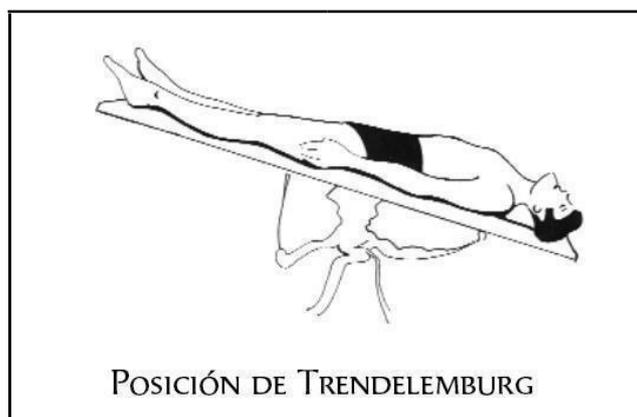
<https://www.youtube.com/watch?v=xpoPin4bS7U>

3.2.2.- Posición Antishock o de Trendelenburg:

Consiste en colocar al individuo en decúbito supino (bocarriba) con la cabeza a menor altura que las extremidades. Asegura el riego sanguíneo de órganos vitales en detrimento de las extremidades ya que se facilita por el efecto de la gravedad, el retorno de un gran volumen de sangre desde el sistema de la vena cava inferior al corazón. Se utiliza para el traslado de pacientes en estado de shock o con gran pérdida de sangre.

Sus indicaciones son:

- Mejora de la circulación cerebral sanguínea.
- Lipotimias o síncope.
- Conmoción o shock.
- Para el drenaje de secreciones bronquiales.
- Evitar las cefaleas después de una punción lumbar.
- Hemorragias.
- Cirugía de los órganos pélvicos.

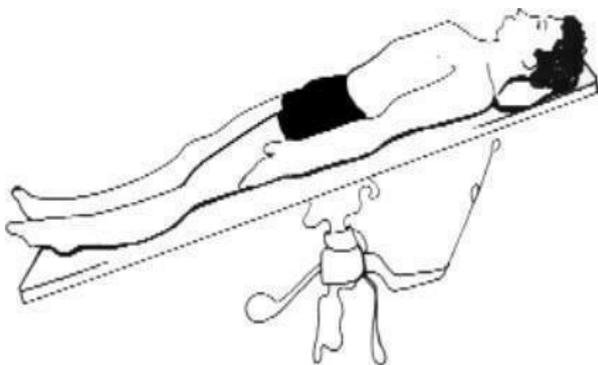


3.2.3.- Posición de Anti Trendelemburg:

Existe la posición inversa o Anti Trendelemburg, en la que el paciente se encuentra en posición de decúbito supino (bocarrriba) con la cabeza más alta que los pies. Al igual que en el Trendelemburg, se preserva la alineación espinal. Sin embargo, el giro se invierte, y es la cabeza la que se eleva por encima del plano de los MMII. Está recomendada en casos de traumatismos craneoencefálicos, sospecha de daños cerebrales y lesiones torácicas que impliquen, a su vez, problemas a nivel medular.

Sus indicaciones son:

- Exploración radiográfica.
- Facilita la circulación sanguínea a nivel de las extremidades.
- Para algunas intervenciones quirúrgicas (Tiroides, Vesícula, Vías biliares).
- En caso de problemas respiratorios.
- En caso de hernia de hiato.



3.2.4.- Posición de abdomen agudo:

Consiste en tumbar al individuo en decúbito supino con las piernas flexionadas con lo que disminuye la presión en la pared abdominal anterior.



3.2.5.- Posición de insuficiencia respiratoria o de FOWLER:

Posición estándar para el traslado de pacientes con dificultad respiratoria de cualquier causa. Consiste en trasladarlo semisentado, con el cabecero de la cama elevado en un ángulo de al menos 45° ($45-80^{\circ}$), con las piernas extendidas o ligeramente flexionadas. Puede colocarse una almohada en la espalda apoyando la curvatura lumbar y otra en la cabeza y hombros.



POSICIÓN DE FOWLER

Indicada para el traslado de:

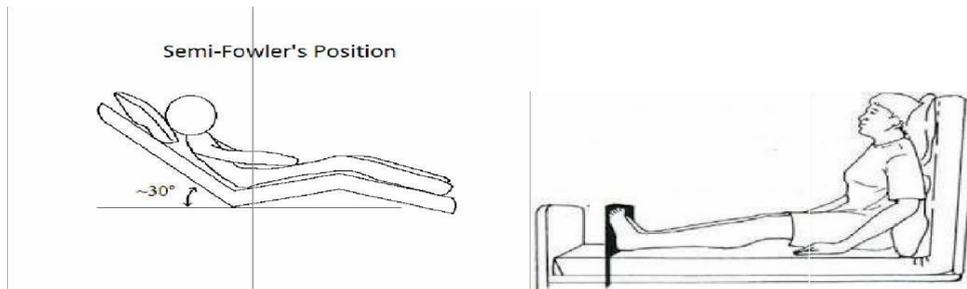
- individuos con lesiones penetrantes en tórax, fracturas costales,
- pacientes con problemas respiratorios (asma, EPOC, etc.) o cardíacos, ya que permite la expansión máxima del tórax y un mejor aporte de aire a los pulmones.
- pacientes con hernia de hiato
- cambios posturales, para dar de comer al paciente que no puede hacerlo por sí mismo y para la alimentación nasogástrica
- exploraciones de cabeza, cuello, ojos, oídos, nariz, garganta y pecho
- favorecer el drenaje después de operaciones abdominales - administración de oxígeno.

Se pueden trasladar con una variante de esta posición apoyándolos en el lado de la lesión para sujetarla y favorecer la función respiratoria en el pulmón sano.

<https://www.youtube.com/watch?v=ZdnR1LF1aI0>

Existen variantes de la posición Fowler:

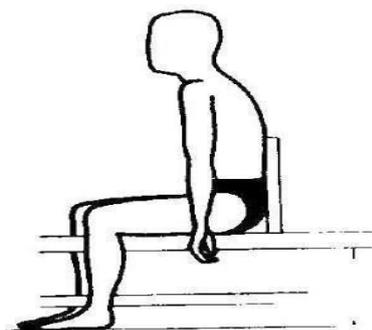
Semi-Fowler: la elevación del cabecero es de 30°. El paciente se encuentra semi- incorporado, formando un ángulo de 30° respecto al eje horizontal. Muy empleada para traslados estándar, es decir, enfermos sin problemas ventilatorios, circulatorios o neurológicos. Esta posición suele ser cómoda para el paciente pues minimiza la cinetosis (vómitos) por el movimiento del vehículo asistencial.



Fowler-alta: el paciente se encuentra en sedestación, la elevación del cabecero es de 90°. Recomendado en situaciones de disnea severa (ahogo severo), pacientes obesos con dificultad respiratoria, así como en caso de náuseas con posibilidad de vómito sin afectación del nivel de consciencia.

3.2.6.- Posición de miembros inferiores en el aire

El paciente se encuentra sentado con sus piernas colgando en el borde de la camilla. De este modo se consigue evitar una sobrecarga de volemia en casos de edema agudo de pulmón e insuficiencia cardíaca. El líquido secuestrado en el tercer espacio (generalmente edemas) permanece en los MMII y no se reincorpora a la circulación sistémica y así disminuye el ahogo del paciente.



3.2.7.- Posición de embarazadas con amenaza de parto

Gestantes con dinámica de parto: la paciente se encontrará en posición de SemiFowler pero en sentido contrario a la marcha.

Para favorecer la posibilidad de alcanzar el hospital antes de que se produzca el parto, insistir a la parturienta que intente cruzar las piernas para frenar la salida del niño.

Si existiese sospecha de prolapso del cordón umbilical, con extremo cuidado se ha de colocar a la mujer en posición genupectoral o mahometana para intentar impulsar la presentación hacia la parte superior del canal del parto y, a su vez, disminuir la presión de la presentación sobre el cordón umbilical:

Se colocará a cuatro patas sobre la camilla.

Inclinará el tronco hasta que el tórax quede en contacto con la camilla.

Debe ladear la cabeza a la vez que queda apoyada sobre la mano en una posición que le resulte cómoda.

