

PREPARACIÓN DE OPOSICIONES

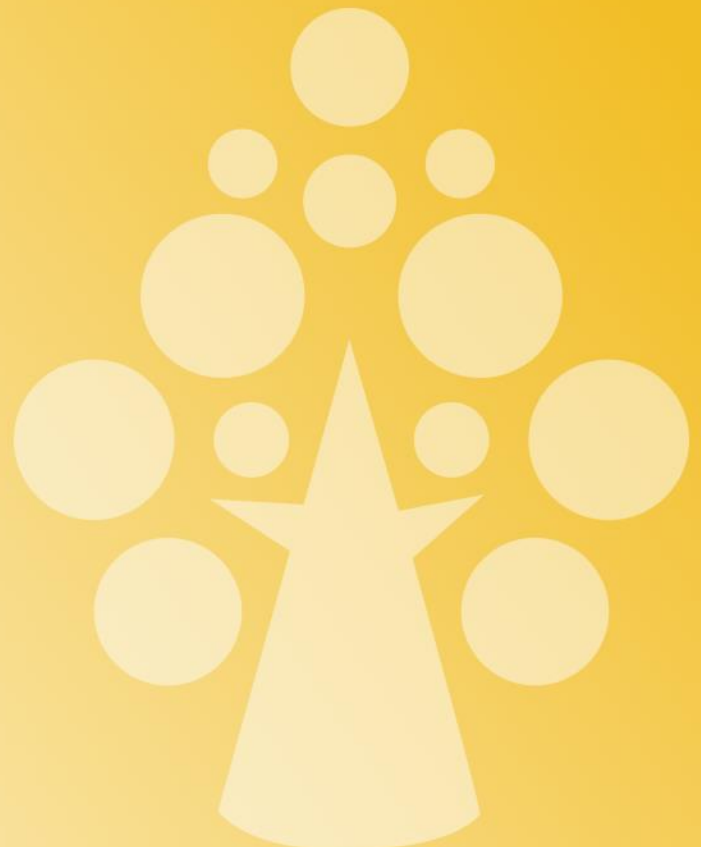
TÉCNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS. EL TRABAJO DEL AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

TEMA 8

AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO DE LA JCCM



integra
oposiciones



1 Técnicas de primeros auxilios.

Se entiende por **primeros auxilios** el conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de un accidentado o con enfermedad de aparición súbita hasta que llega la asistencia médica profesional a fin de que las lesiones que ha sufrido no empeoren (Emergencia anónima, 2010; Servicio de PRL, 2013). Asimismo, se considera que abarcan las técnicas sanitarias básicas que se llevan a cabo en los primeros momentos y que no siempre se pueden realizar con medios sofisticados o especializados y que en la mayoría de las ocasiones se realiza mediante materiales mínimos que son improvisados en el lugar de los hechos (Gutiérrez & Gómez, 2009).

Los objetivos generales de los primeros auxilios son los de *salvar la vida de la víctima, activar el sistema de emergencias, aplicar las técnicas básicas hasta la llegada de los sistemas de emergencia, no hacer más daño e impedir que empeoren las lesiones evitando complicaciones físicas y psicológicas* (De la Fuente et al., 2004) *ayudar a la recuperación y asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial* (Equipo Vértice, 2012). Para cumplir con estos objetivos, cada manual ofrece sus recomendaciones, pero en general, los manuales están de acuerdo con 10 consideraciones que se deben tener en cuenta ante los accidentes (De la Fuente et al., 2004; L. Estrada, Gutierrez, & Hernández, 2017):

- 1) Conservar la calma y llamar a los servicios de emergencia
- 2) Evaluar la situación y evitar aglomeraciones innecesarias que puedan entorpecer la acción del “socorrista”
- 3) Saber imponerse
- 4) Examinar al herido
- 5) No mover (hasta estar seguro de que no hay riesgo de lesiones)
- 6) Tranquilizar al herido y no dejarle solo
- 7) Mantener al herido caliente
- 8) Informar al personal sanitario
- 9) Iniciar un traslado adecuado
- 10) No medicar

De acuerdo con la Federación Internacional de sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2010), se plantean cuatro principios de gestión de los primeros auxilios:

- No asumir riesgos para el socorrista, la persona enferma o lesionada o cualquier testigo de la escena.
- Controlar la situación para que se pueda acceder sin peligro a la persona
- Atender a la persona lesionada o enferma.
- Actuar por etapas.

Dentro de esta actuación por etapas, para actuar ante *situaciones de emergencia* es necesario seguir la premisa **P.A.S. (Proteger, Avisar y Socorrer)** que recogen distintos manuales sobre primeros auxilios (De la Fuente et al., 2004; Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna, 2010; A. B. Martínez & Pedrón, 2016; Servicio de PRL, 2013)(complemento 1 figura 1).



Proteger el lugar de los hechos:

Después de producirse un accidente, puede persistir el peligro que lo originó, por lo tanto, hay que hacer seguro el lugar del accidente cuidando de nuestra seguridad y la de los accidentados; es preferible alejar el peligro que movilizar al accidentado.

Avisar a los servicios de socorro (112 o 061):

Siempre **hay que dar aviso a los servicios sanitarios** (médico, ambulancia...) de la existencia del accidente y así activar el **sistema de emergencia**. Si hay más de un socorrista, uno de empezará a socorrer mientras otro activará este sistema de emergencia. El teléfono de urgencias es el 112 o 061, de numeración gratuita y prefijada. Los teléfonos móviles pueden llamar al 112 o 061 siempre que haya cobertura de algún operador, aunque no sea éste quien ofrece servicio al llamante, porque todas las redes atienden este tipo de llamadas gratuitamente.

Es necesario:

- Identificarse
- Informar acerca del lugar exacto
- Especificar el tipo de accidente y circunstancias que puedan agravar la situación (intoxicación, fuego, etc.)
- Informar acerca del número de heridos y estado aparente (conscientes, sangran, etc.)
- Es importante mantener la línea telefónica libre.
- No se debe dejar solo al accidentado durante este proceso.
- Mientras se espera la ayuda, se puede empezar a socorrer

Socorrer aplicando los conocimientos sobre primeros auxilios:

Antes de cualquier actuación es imprescindible valorar al accidentado y en caso de accidentes múltiples no atender al primer herido que se encuentre o al que más grite; se debe atender siguiendo unas prioridades para salvar la vida y evitar que se agraven las lesiones:

Prioridad inmediata: problemas respiratorios, paros cardíacos, hemorragias graves, inconsciencia, shock, tórax abierto o heridas abdominales, quemaduras del aparato respiratorio o heridas con más de una fractura importante.

Prioridad secundaria: Quemaduras graves, lesiones de columna vertebral, hemorragias moderadas, accidentados conscientes con lesiones en cabeza.

Prioridad terciaria: Fracturas leves, contusiones, abrasiones y quemaduras leves

Última prioridad: defunciones.

Una vez que hemos protegido, avisado a emergencias y valorar la prioridad del accidentado, se procederá a actuar sobre el accidentado, efectuando el reconocimiento de sus **signos vitales: consciencia y respiración.**



1.1 Valoración de las lesiones de un accidentado

La evaluación inicial (figura 2, complemento 1) de un accidentado consiste en realizar una valoración global de su estado, el **objetivo** es **determinar** el alcance de sus **lesiones**. Esto, a su vez, nos permitirá establecer prioridades de actuación adoptar las medidas necesarias en cada caso (Escobar, López, & Marchante, 2016).

Esta valoración se realiza en el lugar de los hechos y consta de dos fases sucesivas:

1.1.1 1º. Valoración primaria

Tiene por objetivo identificar las situaciones que suponen una *amenaza inmediata* para la vida del accidentado.

El estado de consciencia se valora preguntándole al accidentado qué le ha pasado.

Si el accidentado responde, se le preguntará qué es lo que ha sucedido y se comenzará la exploración secundaria en busca de posibles lesiones, signos de hemorragia y/o shock.

Si no contesta, se le realizarán las siguientes acciones:

- 1) Habrá que darle ligeros golpes en la zona de los omóplatos, sin realizar movimientos bruscos por si hubiera lesiones de la columna cervical.
- 2) **Si no existe ningún tipo de reacción** significa que la persona está inconsciente, por lo que inmediatamente y sin moverlo, **comprobaremos su respiración** y pediremos ayuda inmediatamente.

Actualmente, en las nuevas recomendaciones publicadas por la *European Resuscitation Council* (2010) se recomienda a las personas que no estén entrenadas no perder el tiempo en comprobar la respiración de la persona accidentada. Ante una situación de una persona que no responde, iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en las condiciones que veremos más adelante en este tema.

Luego se iniciará la valoración en cuatro **pasos ABCD** para comprobar todos los trastornos amenazadores para la vida:

A. Vía Aérea con control de la columna cervical.

Hay que evaluar la vía aérea superior para determinar su permeabilidad. Se comprobará que no exista una obstrucción de la vía por cuerpos extraños, fracturas del maxilo-facial, tráquea y laringe, considerando la protección de la columna cervical.

B. Respiración y ventilación.

La permeabilidad de la vía aérea no asegura una ventilación eficiente. Para comprobar si el accidentado **respira**, se observa la zona torácica o abdominal y acercando la mejilla o el dorso de la mano a la boca-nariz del accidentado. Si existe respiración, observará el movimiento torácico o abdominal, escuchará la salida del aire y notará en su mejilla el calor del aire exhalado. Si el accidentado no respira, hay que comenzar inmediatamente con la “respiración artificial” la RCP, por el método “boca a boca” para hacer llegar oxígeno a sus pulmones.



C. Circulación con control de hemorragias.

Es necesaria la evaluación del estado hemodinámico del accidentado siguiendo los parámetros:

Nivel de letargo: Al disminuir el volumen sanguíneo la persona puede entrar en estado de somnolencia, letargo, inconsciencia o coma.

Color de la piel: cuando existen pérdidas hemáticas severas, la piel se vuelve pálida.

Pulso: los más accesibles son el carotideo y el femoral, cuando son filiformes o no palpables, indica un estado hemodinámico grave. El pulso suele tomarse durante 15 segundos y multiplicar por 4, con los dedos índice, corazón y anular.

D. Déficit neurológico

La revisión primaria concluye con una rápida evaluación neurológica. Comprobando el estado de consciencia: que entraña la facultad de orientarse en espacio y tiempo. Para valorar el estado neurológico se le pregunta cómo se llama, seguido de si se acuerda como se produjo el accidente y si le duele.

1.1.2 2º. Valoración secundaria.

El examen detallado de la víctima solo debe hacerse después de haber emprendido la acción vital que se necesite. En ocasiones, es necesario quitarle o desabrocharle la ropa, pero asegurándose de no mover a la víctima más de lo estrictamente necesario. Comenzar por la cabeza y descender comprobando:

- **Cabeza**

Pasar las manos por el cuero cabelludo para detectar hemorragias, hinchazones o depresiones que indiquen una posible fractura. No mover la nuca sobre todo si está inconsciente. Hablar al herido para ver si puede escuchar y observar si existe sangre o fluido en el oído. Comprobar, si los ojos están abiertos, el tamaño pupilar buscando cuerpos extraños y sangre. Comprobar si la nariz tiene sangre o fluidos que puedan ser indicativo de daño cerebral. Valorar si la respiración es fácil, difícil, ruidosa, etc. Inspeccionar la boca, estado de los dientes y buscar heridas o en labios o irregularidades. Observar color, temperatura y estado de la piel, si es pálida, fría y sudorosa podría haber conmoción; si está caliente puede ser por fiebre o insolación y si presenta un color azulada es por falta de oxígeno.

-TEMA RECORTADO PARA MUESTRA- AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA – TEMA RECORTADO PARA MUESTRA

1.2 Reanimación Cardiopulmonar (RCP)(Fernández Lozano et al., 2016)

La respiración y la circulación sanguínea son dos funciones vitales cuya afección o detención originan un problema inmediato para la supervivencia. Un paro respiratorio o cardiorrespirato-



rio es la detención total de los movimientos respiratorios y latido cardíaco o disminución de la frecuencia y calidad hasta el punto que no son suficientes para mantener la vida por mucho tiempo (Escobar et al., 2016).

Hemos visto que existen varias razones por las que una persona puede dejar de respirar: asfixia, ahogamiento, electrocución, atragantamiento... En el caso de los niños, la causa más habitual es la falta de oxígeno en la sangre. Como características presenta una respiración débil y entrecortada y un pulso débil y de baja frecuencia.

La **RCP** es el conjunto de maniobras estandarizadas de desarrollo secuencial destinadas a evitar una parada cardiorrespiratoria y salvar a la víctima evitando la muerte biológica por lesión irreversible de los órganos vitales (principalmente el cerebro). Lo que se hace es dar oxígeno y distribuirlo emulando la acción mecánica del corazón. Estas maniobras deben hacerse antes de los cuatro minutos del paro, ya que aumenta la posibilidad de sacar a la víctima del estado de parada cardiorrespiratoria, se comprueba que la probabilidad de recuperar la circulación espontánea disminuye entre un 7 y un 10% por cada minuto que pasa desde que la víctima presente la parada cardiorrespiratoria hasta que se inician las medidas de RCP (Fernández Carmona, 2016). La Gráfica llamada **curva de Drinker** (complemento 1, figura 3) expone la posibilidad de sacar a la víctima de la parada cardiorrespiratoria conforme van pasando los minutos.

La mayoría de manuales de primeros auxilios recomiendan **utilizarla siempre** salvo contadas ocasiones (Unión de Mutuas, 2019): Nunca se realizará si la RCP puede poner en peligro a las personas implicadas; si la parada es consecuencia de una enfermedad terminal, existen signos de muerte biológica: rigidez, livideces o el paciente lleva más de diez minutos en parada sin haber recibido RCP básica. Casos excepcionales para una recuperación sin secuelas son ahogamientos, hipotensión o intoxicación por barbitúricos.

Existen varias modalidades de Reanimación CardioPulmonar: En la *RCP básica* solo se utilizan las manos y la boca para salvar a la víctima. En la *RCP Instrumentalizada*, se utiliza material adicional como complemento (desfibriladores) y en la *RCP Avanzada* además es necesaria la presencia de personal y material especializado (servicio de emergencias).

Antes de aplicar **RCP es necesario considerar** la edad y peso de la persona a la que se atenderá considerando la edad y peso del niño, pues la forma y frecuencia de la aplicación de las compresiones difiere del adulto al niño (L. Estrada et al., 2017). Además, existe un algoritmo universal para el empleo de las técnicas de RCP recomendado por la American Heart Association (AHA, 2010) (complemento 1, figuras 4 y 5).



Figura 1. Técnica para abrir la vía aérea

En RCP básica se enseña el ABC de la reanimación que consiste en:



- A- Airway: permeabilidad de las vías aéreas.
- B- Breathing: facilitación de la respiración:
- C- Circulation: la conservación de la circulación.

Permeabilidad de las vías aéreas. Abrir las vías aéreas.

En primer lugar, habrá que realizar la limpieza de la boca manualmente con el “dedo gancho” buscando objetos que puedan obstruir la vía aérea. Se limpiarán también restos que se hallen en la boca con la ayuda de gasas, pañuelos...

Para realizar la apertura de la vía aérea, primero *se coloca* una mano en la frente del accidentado y la otra en el mentón, y se empuja la cabeza hacia atrás con suavidad (Figura 1), luego se utiliza el dedo índice en forma de gancho para extraer los posibles objetos que obstruyan la vía (Figura 2).



Figura 2. Técnica del “dedo gancho” para extraer cuerpos extraños de la vía aérea.

A. Facilitación de la respiración.

Si al *abrir las vías aéreas*, la víctima vuelve a respirar de forma autónoma, se le colocará en la posición lateral de seguridad (Figura 3), para ello:

1. El rescatador se arrodillará a un costado de la víctima y estirará hacia atrás el brazo más cercano a él.
2. A continuación, flexionará por la rodilla la pierna más lejana, se cogerá al accidentado con una mano por la muñeca que no se ha movido y con la otra, por la rodilla flexionada, tirando hacia sí mismo con suavidad hasta que rote.
3. Se reajusta la posición de la cabeza para favorecer la respiración.
4. Se comprueba que los brazos y piernas están firmemente apoyados en el suelo y se permanece junto a él vigilando sus constantes vitales

La técnica de **respiración artificial**, tiene por objeto que el aire llegue hasta los pulmones. Existen tres técnicas de respiración artificial: “boca a boca”, uso de un ambú y ventilación mecánica. En RCP básica, se emplea la técnica de boca a boca, que consigue un aporte de aire de cerca de 1000 centímetros cúbicos con cada insuflación, además permite apreciar la distensión del tórax lo que permite al rescatador comprobar si la inspiración es buena o existen obstáculos que impiden la entrada de aire a los pulmones.

La postura para realizar la respiración boca a boca (o boca a nariz) del accidentado es de cubito supino (boca arriba), el rescatador se coloca arrodillado a un lateral de la víctima, cierra las fosas nasales (la boca en el caso de la boca a nariz) con el dedo pulgar e índice de la mano



que quede más cerca de la coronilla del accidentado y con la mano opuesta, utilizando los mismos dedos, sujeta la mandíbula tirando de ella hacia arriba. El rescatador inspira profundamente, sella con su boca a la del accidentado y le insufla el aire. Después se retira la boca para permitir la salida del aire. En cada insuflación se comprueba que la ventilación sea la adecuada por los movimientos de la pared del tórax. Se deben repetir las insuflaciones con una frecuencia de 16-20 por minuto (Figura 4)(L. Estrada et al., 2017).



Figura 3. Maniobra para llevar al accidentado a la posición lateral de seguridad

Puede que al inicio de este procedimiento no existiese parada cardíaca, si existe, se pasaría al siguiente paso.

B. Masaje Cardíaco

Antes de llevar a cabo el masaje cardíaco, debemos comprobar si hay pulso en la víctima. En el niño mayor y en el adulto, se busca la arteria carótida del cuello, hay que localizarla en la cara anterior del cuello, con la cabeza en hipertensión. Si el accidentado no tiene pulso carotídeo, significa que su corazón ha dejado de bombear sangre y hay que iniciar inmediatamente el bombeo artificial mediante **compresiones torácicas externas**.

Esta técnica consiste en comprimir el corazón contra la columna vertebral ejerciendo la presión en el tercio inferior del esternón. Para llevarla a cabo (figura 5), el accidentado deberá estar de cúbito supino. El rescatador se colocará como antes, a un lado del accidentado de rodillas, se localiza la punta del esternón y se coloca el talón de una de las manos dos dedos por encima del final del esternón; el talón de la otra mano se sitúa sobre la primera, entrecruzando los dedos. Es importante que las palmas de las manos no toquen el pecho del accidentado. En esta postura se deja caer el propio peso del cuerpo del rescatador haciendo fuerza sobre el talón de la mano.



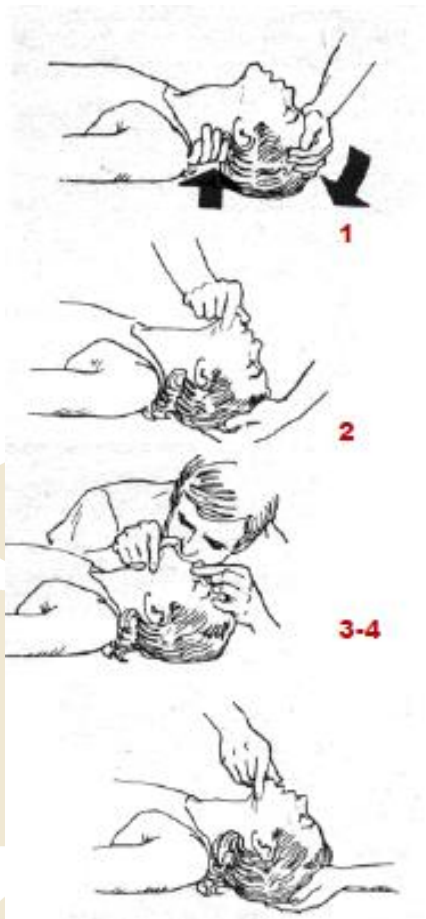


Figura 4. Técnica de respiración boca a boca

Las compresiones se harán de forma rítmica y continuarán hasta que haya pulso o aparezcan los profesionales del servicio de emergencias a coger el relevo. Cuando el masaje cardíaco y la ventilación asistida la lleva a cabo la misma persona, se realizará en ciclos de **30 compresiones**

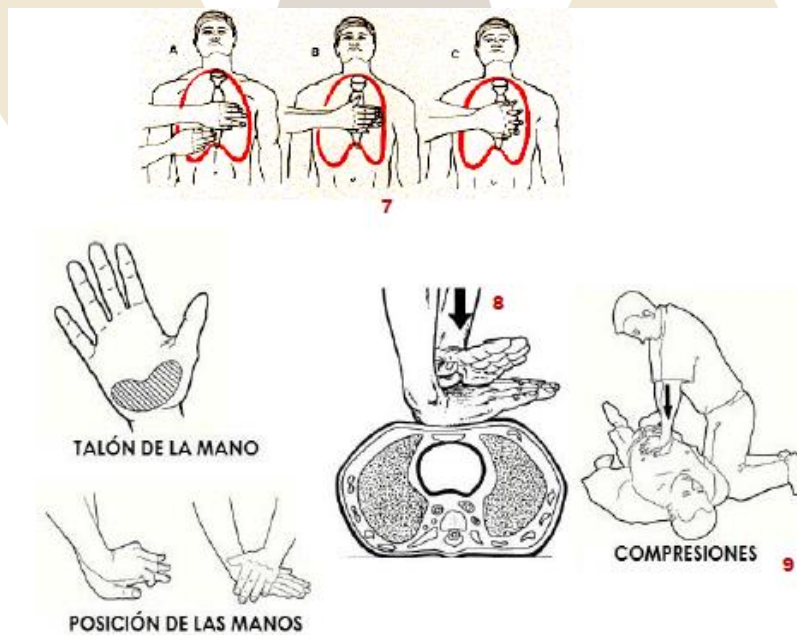


Figura 5. Pasos para la elaboración del masaje cardíaco



y 2 ventilaciones hasta un total de 5 ciclos, una vez concluidos los cuales, se realizará valoración de pulso (L. Estrada et al., 2017; Unión de Mutuas, 2019). El ritmo de compresión será 100 compresiones por minuto (unos manuales indican de 80 a 100 y otros de 100 a 120).

Recomendaciones pediátricas del ERC-Consejo Europeo de Resucitación 2015 (Fernández Lozano et al., 2016)

La misma situación y técnicas de RCP aplicadas a los adultos pueden ser aplicables a niños y adolescentes y niños mayores de 8 años, dependiendo del peso (L. Estrada et al., 2017). En el caso de los niños más pequeños, las técnicas de RCP básica tienen aspectos diferenciales.

-TEMA RECORTADO PARA MUESTRA- AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA – TEMA RECORTADO PARA MUESTRA

De mayor a menor frecuencia de ocurrencia, en el centro escolar se pueden producir los siguientes accidentes:

a) Caídas y golpes

Son la principal causa de accidente y se pueden producir:

Al mismo nivel: producidas, normalmente por mal estado de los suelos, presencia de obstáculos o incorrecta disposición del mobiliario. Más frecuentes en los patios de juego y algunos espacios interiores como el gimnasio.

A distinto nivel: por mal estado de las escaleras o presencia de obstáculos. También como consecuencia de la actividad deportiva o mal uso de los aparatos de juego.

Golpes en la cabeza:

Si el niño se golpea en la cabeza y se queda *inconsciente*: hay que llamar *inmediatamente al médico* y si el ATE (o el adulto que esté cuidando de él) decide trasladarlo tendrá que tener en cuenta:

- No moverlo bruscamente y solicitar ayuda.
- Si se puede, hay que conseguir una tabla del largo del cuerpo del niño, colocarla a su lado y, entre dos personas, sujetar al niño de manera simultánea por cabeza, hombros y piernas y, manteniendo la línea recta de la cabeza a los pies, de manera sincronizada hay que levantarlo y colocarlo sobre la tabla; se levanta la tabla con cuidado de que el niño no rote o se caiga y se traslada.
- Si no se consigue un elemento rígido, y se hace imprescindible el traslado, hay que llevarse al niño trasladándolo de la manera indicada anteriormente, manteniendo la línea recta de la cabeza a los pies, sin realizar movimientos bruscos hasta que se pueda acostar para su traslado en, por ejemplo, el suelo de una camioneta.

Si el ATE (o el adulto que esté cuidando de él) decide esperar en el lugar del accidente a que venga el auxilio, se debe abrigar al niño y no moverlo.



- Si mientras están esperando el auxilio el niño despierta, el adulto le contendrá, tratará de mantenerlo acostado hablándole suavemente.
- Si intenta levantarse el adulto le acompañará y realizará movimientos lentos.
- Antes de realizar cualquier movimiento el adulto y el niño comprobarán si aparece dolor.

En cualquier caso, la **recomendación** es la de **esperar el auxilio especializado**.

Si el niño se golpea la cabeza y se queda *consciente*, el adulto deberá:

- Revisar al niño en busca de cortes o chichones, si los encuentra, comprimirá el hematoma con hielo y consultará con un médico.
- Si hay sangrado, el adulto deberá lavar la herida con abundante agua, pasará una gasa con desinfectante, cubrirá la herida y consultará con un médico.
- Si no hay cortes o hematomas serios, el adulto mantendrá al niño tranquilo y en observación. Si no vomita, no hay pérdida del equilibrio, etc. se avisará a la familia para que consulte con un médico al finalizar el turno escolar.

Golpes en el cuello y/o espalda:

Si se sospecha de lesión en el cuello o en la espalda y el niño está inconsciente hay que proceder como si de un golpe en la cabeza se tratase, sin movilizar al niño. Si el niño está consciente hay que verificar primero que no hay lesiones que se agraven con la movilización e ir comprobando el movimiento de las extremidades una a una.

Si el niño logra moverse ha de hacerlo despacio y acompañado en todo momento, si no mueve los dedos de las extremidades se deberá de inmovilizar al niño y esperar a los servicios de emergencia.

Golpes o fracturas en miembros

Si hay hematoma o hinchazón de partes blandas o articulaciones se procederá a inmovilizar el miembro en la posición menos dolorosa para el niño:

- Para ello habrá que entablillarlo con algún material firme (tablas, papel de periódico bien enrollado, etc.) habrá que colocar dos piezas: una por encima y otra por debajo de la zona afectada.
- Si hay sangrado, se aplicará un vendaje compresor, no se hará torniquete.

Si hay fractura expuesta, habrá que lavar la herida con agua limpia, desinfectarla, cubrirla con gasa esteril, vendar la zona, inmovilizar el miembro y trasladarlo al médico.

Si no hay cambios locales, habrá que inmovilizar el miembro y esperar a que recupere la movilidad de manera espontánea.

Golpes en los dientes

Si el niño sufre un traumatismo en los dientes sin rotura, hematoma o sangrado, solo hay que lavar con agua, darle agua fría o que chupe un hielo y avisar a la familia.



Si existe rotura parcial, hay que tratar de recuperar el pedazo de diente (porque puede ser reparado), colocarlo en un vaso con agua y avisar a la familia para que sea atendido lo antes posible.

Si el diente se desprende totalmente:

- Si el diente es permanente, hay que recuperar la pieza y lavarla.
- Conservar el diente en agua y sal, leche, suero, solución de lentes de contacto o saliva.
- Limpiar la boca de forma suave, aplicar hielo envuelto en un paño, no más de 10 minutos si hay tumefacción y edema
- Si existe hemorragia, realizar compresión con gasa al menos durante 5 minutos. Si la hemorragia persiste **llamar al 112 o 061**
- Avisar a los padres para que lo lleven al dentista e implantarle el diente en las siguientes dos horas.
- Cosas que **NO SE DEBEN HACER**:
 - No se debe manipular el diente ni tocar la raíz
 - No se debe lavar el diente con agua o solución antiséptica
 - No se debe secar el diente con gasas
 - No se debe transportar el diente en agua o en seco
 - No se debe demorar la derivación del niño al odontólogo

b) Cortes y heridas

Pueden estar producidos por objetos cortantes o punzantes de uso común, cremalleras, o como producto de un golpe o caída.

-TEMA RECORTADO PARA MUESTRA- AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA – TEMA RECORTADO PARA MUESTRA

1.3 El botiquín (complemento 1 figura 9)

Para llevar a cabo las tareas en primeros auxilios se hace imprescindible contar con una herramienta que ordene y facilite el acceso a los utensilios y materiales más indispensables. Según el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril (Gobierno de España, 1997b) el **botiquín** tiene que tener unas condiciones mínimas que vienen reguladas en el anexo VI de este Real Decreto, que son:

- Un botiquín portátil debe contener como mínimo desinfectantes y antisépticos autorizados, gasas estériles, algodón hidrófilo, venda, esparadrapo, apósitos adhesivos, tijeras, pinzas y guantes desechables.
- Este material de primeros auxilios se revisará periódicamente y se repondrá cuando caduquen o sea utilizado.
- Deberá estar claramente señalizado.

El *botiquín escolar* es el conjunto de materiales precisos para realizar pequeñas curas de urgencia o aliviar síntomas hasta que el niño sea atendido por un Servicio de Urgencias o trasladado a un Centro Sanitario. Debe de contener los objetos y medicamentos necesarios para



proporcionar los primeros auxilios en caso de accidente o enfermedad y resolver los pequeños problemas derivados de lesiones de poca importancia (Bocanegra et al., 2019). Existen dos tipos de botiquín, uno fijo y otro portátil.

Características del botiquín portátil:

- Caja con asa transportable de bajo peso; debe de ser sólido y manejable.
- Debe de ser de fácil identificación y estar en un lugar seguro, lejos del alcance de los niños.
- Se debe de poder cerrar herméticamente, dificultando el acceso de los niños, pero sin llave ni candado.
- Debe de estar guardado en un lugar fresco, seco y preservado de la luz
- Es necesario que el botiquín lleve pegada una lista actualizada en el frente para conocer los medios y elementos de los que disponemos que, además, debe de ser actualizada dos veces al año, por lo menos.
- Los medicamentos deben de ir en sus estuches originales con su prospecto, hay que vigilar la fecha de caducidad de los mismos periódicamente.
- Tras su uso hay que guardarlo de nuevo en su lugar, comprobar el material utilizado y reponerlo.
- De la localización del botiquín deben de tener conocimiento todos los trabajadores escolares del centro: maestros, portero, limpiadores...
- En su tapa, además del listado de materiales, debe de disponer de un listado de teléfonos de urgencia:

Urgencias:112

Policía Nacional 091

Policía Local 092

Centro de Atención Toxicológica: 915620420

Centro de Salud de Atención Primaria que corresponda al centro escolar

-TEMA RECORTADO PARA MUESTRA- AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA – TEMA RECORTADO PARA MUESTRA

2 El auxiliar técnico y la prevención de riesgos laborales en el centro escolar.

Normalmente, se asocia la palabra riesgo en los Centros docentes a las situaciones ocurridas a los alumnos, sin embargo, ese concepto está asociado a la tarea diaria de maestros y cuidadores. El trabajo diario está sometido a gran cantidad de riesgos que pueden materializarse en forma de incidentes o accidentes laborales.

Para Eichel y Goldman (2001) un elemento importante en la promoción de la prevención en las escuelas debe de responder a la cuestión de qué se necesita para modificar e integrar nuestro comportamiento diario. La respuesta, nos viene dada a partir de tres aspectos:



- *Qué tipo de procesos comunicativos y de participación se deben exponer para promover el concepto de seguridad y salud en la escuela.*
- *Cómo reforzar una actitud positiva hacia un comportamiento preventivo que ha sido aprendido.*
- *Cómo despertar el interés del sujeto para hacer uso del conocimiento y capacidades preventivas adquiridas y que estas se traduzcan en acciones que promuevan la seguridad y la salud en su realidad social.*

Estos aspectos tienen que ver con lo que tiene que conocer un ATE en la implantación de medidas de prevención laboral en el centro escolar. En este apartado vamos a ver los conceptos básicos y normativa en *materia* de prevención de riesgos laborales en el entorno docente, así como las técnicas de prevención que se aplican en estos contextos.

2.1 Conceptos básicos

2.1.1 Trabajo y salud

El *trabajo* puede definirse como aquella actividad que realiza el ser humano dirigida a la obtención de recursos con los que pueda cubrir determinadas necesidades.

La salud es “el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o daño” (World Health Organization, 1998)

Algunos conceptos relacionados con la seguridad y la salud en el trabajo son:

Peligro: Son fuentes de posible lesión o daño para la salud, al medio ambiente o ambos (Norma UNE, 1996).

El **riesgo** puede definirse como la combinación de la frecuencia, probabilidad y consecuencias que podrían derivarse de la materialización de un peligro. El **riesgo laboral** es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de la gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

El **factor del riesgo laboral** es el elemento o conjunto de elementos que encierran una capacidad potencial de producir una disminución en la salud del trabajador porque se encuentran presentes en las condiciones laborales.

La **prevención** es el conjunto de actividades o medidas adoptadas en todas las fases de la actividad de una empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

-TEMA RECORTADO PARA MUESTRA- AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA – TEMA RECORTADO PARA MUESTRA

2.2 Marco normativo

La constitución española encomienda a los poderes públicos “velar por la seguridad e higiene en el trabajo” (Cortes Generales, 1978). La norma básica en la materia es la ley 31/1995



de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)(Gobierno de España, 1995). Por otra parte, el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (Gobierno de España, 1997a) ha desarrollado la LPRL en aspectos como la planificación de la actividad preventiva en la empresa y la organización de recursos para la realización de actividades preventivas.

En la administración pública de Castilla-La Mancha, en el caso del personal laboral, el VI convenio colectivo se ocupa de la “salud laboral” en la sección segunda del capítulo XI, así como la aprobación de convenios por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Unión Europea en materia de prevención de riesgos laborales y que vinculan a España.

La **Orden 31/08/2009** de la consejería de Educación y ciencia por la que se crea la Coordinación de Prevención de Riesgos Laborales en los Centros Docentes Públicos no universitarios de Castilla-La Mancha (Gobierno de Castilla-La Mancha, 2009) tiene como objetivo fomentar la cultura de la prevención e integrar de manera efectiva la prevención de los riesgos laborales en los sistemas de gestión de la empresa son objetivos esenciales y básicos de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

La **ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales** reconoce a los trabajadores los siguientes **derechos**:

A la protección *eficaz* en materia de seguridad y salud en el trabajo que es extensible a las Administraciones públicas.

El derecho de *información*: los trabajadores han de recibir toda la información necesaria en relación con los riesgos presentes en su puesto y su centro de trabajo.

El derecho a la *formación*: la administración y la Junta de comunidades de Castilla-La Mancha deben de garantizar que cada trabajador recibe formación teórica y práctica suficiente y adecuada en materia preventiva.

-TEMA RECORTADO PARA MUESTRA- AUXILIAR TÉCNICO EDUCATIVO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA – TEMA RECORTADO PARA MUESTRA

Bibliografía

- AHA. (2010). *Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association*. Texas.
- Bocanegra, A., García, J. J., González, M., López, E., Rosell, F., & Yáñez, A. (2019). *Guía de primeros auxilios*. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud y Familias.
- Casado, J., & Jiménez, R. (2017). *Guía práctica de primeros auxilios para padres*. Majadahonda (Madrid): Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- Cortes Generales. (1978). *La constitución española*. Madrid: Hauser y Menet, S.A.
- De la Fuente, I., Comín, E., Gracia, A., Hernández, J. L., Ibarz, J. A., & Pardillos, J. M. (2004). *Guía práctica de primeros auxilios en la empresa*. MAZ Departamento de prevención.



- Eichel, J. D. S., & Goldman, L. (2001). Safety makes sense: a program to prevent unintentional injuries in New York City public schools. *Journal of School Health*, 71(5), 180–183.
- Emergencia anónima. (2010). *Primeros Auxilios. Guía básica para actuar ante una emergencia*. Buenos Aires: Apolo 3.
- Equipo Vértice. (2012). *RCP básica y primeros auxilios*. Málaga, España: Editorial Vértice.
- Escobar, M., López, R., & Marchante, F. (2016). *Temario Auxiliar Técnico Educativo* (M. Ediciones, Ed.).
- Estrada, C., Esteban, C., García, P., & Lorente, B. (2017). *Guía para la prevención de accidentes en centros escolares*. Madrid: Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.
- Estrada, L., Gutierrez, L., & Hernández, I. (2017). *Manual básico de primeros auxilios*. Retrieved from http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_2017.pdf
- Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna. (2010). *Manual del Voluntario. Salud y Primeros Auxilios Comunitarios (SAPC) en acción*. Suiza.
- Fernández Carmona, A. (2016). *Formación de la población general en técnicas de resucitación cardiopulmonar básica. Plan Salvavidas. Análisis de Impacto*.
- Fernández Lozano, I., Urkía, C., Lopez Mesa, J. B., Escudier, J. M., Manrique, I., de Lucas García, N., ... Núñez, M. (2016). Guías de resucitación cardiopulmonar 2015 del Consejo Europeo de Resucitación: puntos clave. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 588–594.
- Freudenberger, H. J. (1977). Burn-out: Occupational hazard of the child care worker. *Child and Youth Care Forum*, 6(2), 90–99. Springer.
- Gobierno de Castilla-La Mancha. (2009). *La Orden 31/08/2009 de la consejería de Educación y ciencia por la que se crea la Coordinación de Prevención de Riesgos Laborales en los Centros Docentes Públicos no universitarios de Castilla-La Mancha*. Toledo: BOCM.
- Gobierno de España. (1994). *Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*. BOE.
- Gobierno de España. (1995). Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial Del Estado*, 10, 32590–32611.
- Gobierno de España. (1997a). *Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención*. BOE.
- Gobierno de España. (1997b). Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. *BOE Núm. 97, 2341997*.
- Gobierno de España. (2006). *Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro*. BOE.



- Gutiérrez, E., & Gómez, J. (2009). *Primeros auxilios*. España: Editex.
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2018). Instrucciones para la Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales en Los Centros Docentes No Universitarios - curso 2018/2019. Retrieved July 11, 2019, from Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales en los Centros Docentes. Instrucciones y documentos. website: <http://www.educa.jccm.es/profesorado/es/prevencion-riesgos-laborales/documentacion-organizacion-gestion-prevencion-riesgos-labor/gestion-prevencion-riesgos-laborales-centros-docentes-instr>
- Martínez, A. B., & Pedrón, C. (2016). *Conceptos Básicos En Alimentación* (Nutricia Advanced Medical Nutrition, Ed.). Retrieved from <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-06/conceptos-alimentacion.pdf>
- Martínez, R., Moreno, M. de la E., Garnica, B., Tomás, A., & Martínez, L. F. (2017). *primera actuación ante urgencias en centros educativos. Guía para la comunidad educativa*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.
- Norma UNE. (1996). Vocabulario en prevención de riesgos del trabajo. *UNE 81902 EX*.
- SAMUR. (2019). *Guía de primeros auxilios*. Protección Civil.
- Servicio de PRL, U. R. (2013). Manual de primeros auxilios. Retrieved July 11, 2019, from http://www.iet.es/wp-content/uploads/2013/03/manual_primeros_auxilios.pdf
- Soar, J., Monsieurs, K. G., Ballance, J. H. W., Barelli, A., Biarent, D., Greif, R., ... Ringsted, C. (2010). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 section 9. Principles of education in resuscitation. *Resuscitation*, *81*(10), 1434–1444.
- Unión de Mutuas. (2019). *Manual de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar básica*. Retrieved from <https://www.uniondemutuas.es/wp-content/uploads/2019/02/Manual-primeros-auxilios.pdf>
- World Health Organization. (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st century a vision for all*.

