



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“EFICACIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL
DE CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN
ESTUDIANTES DEL PRIMERO DE SECUNDARIA DE LA
I.E. MONSEÑOR LEÓNIDAS BERNEDO MÁLAGA,
YARABAMBA 2017”**

**Tesis presentada por la Bachiller:
HUAMANI SALAS, CARLA KATERINA**

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería**

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación primeramente va dedicado a Dios que gracias a él todo es posible.

A mis padres que con su apoyo incondicional y económico fue posible concluir la carrera profesional de enfermería.

A mis abuelos Gerarda y Aristeres que gracias a sus grandes esfuerzos hoy soy lo que soy profesionalmente.

A mis docentes que con sus enseñanzas, lograron encaminarme en la carrera de enfermería y hoy en día con su paciencia y dedicación hicieron posible concluir con el proyecto.

Carla.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, en especial a la Escuela de Enfermería por abrirme sus puertas, y permitirme concluir con mis estudios universitarios satisfactoriamente.

A MI FAMILIA, Que con su incondicional apoyo y motivación me condujeron a luchar por alcanzar mis metas, sueños, a levantarme en los momentos difíciles y seguir adelante venciendo todas las adversidades que se presentaban, y toda esa fuerza hizo que concluyera satisfactoriamente la carrera.

A MIS ASESORES, Que con su paciencia y dedicación supieron conducirme, apoyarme, moralmente, intelectualmente, para seguir adelante y vencer todo los obstáculos que se presentaron durante todo este tiempo.

A LA INSTITUCION EDUCATIVA, Monseñor Leónidas Bernedo Málaga en especial para los alumnos del primero de secundaria, los cuales me permitieron y apoyaron en la ejecución del proyecto.

Muchas gracias a todos

RESUMEN

El presente proyecto de investigación denominado “Eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga ,Yarabamba 2017”, tuvo como **Objetivo** Determinar la eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria, el **Método** empleado en el proyecto de investigación fue de estudio cuantitativo, diseño Pre experimental , la población de estudio estuvo constituida por 28 estudiantes del primero de secundaria, el instrumento utilizado fue un cuestionario de conocimientos (pre y pos test), el cual utilizo antes y después de la aplicación del programa educativo , el procesamiento de los datos se realizó en el programa estadístico IBM SPSS -22.0 para el análisis se usó la prueba estadística T- Student. Los **Resultados** obtenidos fueron que antes de la aplicación del programa educativo (pre test) el 89.3% de la población de estudio tenía un nivel de conocimientos sobre primeros auxilios deficiente y regular, donde no se apreciaba conocimientos excelentes sin aplicar el programa educativo, mientras que después de la aplicación del programa educativo (pos test), el 82.1% de la población incremento sus conocimientos a bueno y excelente y ningún estudiante presenta conocimientos deficientes, así mismo en relación a la significancia p- valor 0 .000 se concluye que hay una diferencia significativa entre el pre test y post test, por lo que se afirma que el programa educativo es eficaz, viable y aplicable para la población estudiantil.

Palabras claves: Eficacia, Programa educativo, conocimiento, primeros auxilios, Estudiante.

ABSTRACT

The present research project called "Efficiency of an educational program in the level of knowledge about first aid in students of the first year of high school of the I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017 ", **aimed** to determine the effectiveness of an educational program in the level of knowledge of first aid in students of the first year of high school, the **method** used in the research project was quantitative study, Pre experimental design , the study population consisted of 28 students from the first year of high school, the instrument used was a questionnaire of knowledge (pre and post test), which I used before and after the application of the educational program, the processing of the data was made in the statistical program IBM SPSS -22.0 for the analysis the statistical test T-Student was used. The most relevant **results** obtained were that before the application of the educational program (pre-test) 89.3% of the study population had a level of knowledge about poor and regular first aid, where excellent knowledge was not appreciated without applying the educational program, while after the application of the educational program (post test), 82.1% of the population increased their knowledge to good and excellent and no student presented deficient knowledge, likewise in relation to the significance p-value 0.000 it is concluded that there is a Significant difference between the pre-test and post-test, so it is affirmed that the educational program is effective, viable and applicable for the student population.

Keywords: Efficiency, Educational program, knowledge, first aid, Students

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INDICE	iii
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS	v
INTRODUCCION	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivos generales	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación.	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	14
2.3. Definición de términos	73
2.4. Hipótesis	75
2.4.1. Hipótesis general	75
2.4.2. Hipótesis específica	76
2.5. Variables	77
2.5.1. Definición conceptual de las variables	77
2.5.2. Definición operacional de las variables	78
2.5.3. Operacionalización de las variables	79

CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	81
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	82
3.3. Población y muestra	82
3.4. Técnicas e instrumento para la recolección de datos	83
3.5. Validez y confiabilidad de instrumento	84
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	86
CAPITULO IV: RESULTADOS	87
CAPITULO V: DISCUSIÓN	96
CONCLUSIONES	.99
RECOMENDACIONES	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	110

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	Pág.
Tabla 1	88
<i>Población en estudio según edad, I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.</i>	
Tabla 2	89
<i>Población en estudio según sexo, I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.</i>	
Tabla 3	90
<i>Población en estudio según nivel de conocimientos antes de la aplicación del programa educativo sobre primeros auxilios, I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.</i>	
Tabla 4	92
<i>Población en estudio según nivel de conocimientos después de la aplicación del programa educativo sobre primeros auxilios, I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.</i>	
Tabla 5	94
<i>Población en estudio según la magnitud de la diferencia antes y después de la aplicación del programa educativo sobre primeros auxilios, I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga Yarabamba 2017.</i>	

INTRODUCCIÓN

Las instituciones educativas son espacios donde se producen diversos accidentes derivados principalmente de la práctica de actividad física, juegos entre otros, esto conllevando a una frecuencia elevada de lesiones importantes, lo que supone todas las visitas anuales a los establecimientos de salud del servicio de emergencia. Por otro lado, algunos datos actuales indican que los programas escolares en diversos temas en salud dan lugar a un aumento de conocimientos sobre seguridad en los escolares.

El Plan Nacional Concertado de Salud del Perú 2007-2020 en, el noveno objetivo sanitario nacional, se enfoca en reducir la mortalidad por accidentes y lesiones intencionales donde en su primera estrategia e intervención se basa en incorporar en la currícula educativa escolar, tecnológica y universitaria, la prevención de accidentes, primeros auxilios y medios de ayuda inmediata en casos de accidentes.

La Educación para la Salud es uno de los denominados temas transversales que deben incluirse en todas las áreas; es un proceso social para que los individuos tomen medidas en defensa de la salud individual y colectiva. En la Educación para la Salud se incluyen temas como alimentación, drogas, información sexual, higiene, primeros auxilios, actividad y descanso, etc.

Se denominan Primeros Auxilios a aquellas actuaciones o medidas que se adoptan inicialmente con un accidentado o enfermo repentino, en el mismo lugar de los hechos, hasta que llega asistencia especializada. En la mayoría de los casos, la primera persona que actúa ante una situación de urgencia o de emergencia no es personal sanitario.

Uno de los roles de enfermería comunitaria o asistencial es el de docente la cual se apoyada en la teoría de Nola Pender enfocada en la promoción de salud.

El trabajo de investigación se divide en V capítulos entre ellos tenemos:

El capítulo I: Se menciona la introducción, se da a conocer el planteamiento y objetivos de la base de investigación, así mismo como la justificación del estudio se detalla el porqué del proyecto y finalmente las limitaciones que se tuvo en dicho proyecto.

En el capítulo II: Se da a conocer el marco teórico, el cual se incluye los antecedentes internacionales, nacionales y locales, a la vez se hace mención las bases teóricas, tomando en cuenta la teoría de enfermería, desarrollo del tema, así mismo se definirá los términos más usados que esto a la vez llevara a la realización de la hipótesis y finalmente a la Operacionalizacion de las variables.

En el capítulo III: Se consta de la metodología a usar como el tipo, nivel de la investigación, población de estudio, técnica e instrumentos de recolección de datos , la validez y confiabilidad del instrumento, así mismo el plan de recolección y procesamiento de los datos.

En el capítulo IV: Se dará a conocer los resultados con sus respectivas tablas que se obtenidos del proyecto de investigación.

En el capítulo V: Se presenta la discusión de los resultados, confrontados con los antecedentes y marco teórico.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los accidentes y las lesiones traumáticas constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes cada año en casi todos los países, las lesiones traumáticas son la primera causa de mortalidad en niños, adolescentes y adultos. (1)

A nivel mundial los accidentes son problemas de salud, la mayor parte de afectados son los niños y adolescentes. La OMS en el año 2008 indica que los accidentes más frecuentes son de tráfico: En donde mueren 260 000 niños al año y sufren lesiones cerca de 10 millones, son la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 19 años y una de las principales causas de discapacidad en los niños. El ahogamiento: Se estima que mueren más de 175 000 niños al año y al que sobreviven unos 3 millones, las lesiones cerebrales que deja en algunos supervivientes hacen que el ahogamiento no

mortal sea el tipo de lesión con mayor impacto sanitario y económico para toda la vida. (2)

En Perú el INEI muestra altos porcentajes de accidentes: “De acuerdo con las estadísticas de INEI del año 2007 las causas de morbilidad fueron por traumatismos, envenenamientos y causas externas en el grupo etario de 15 y 24 años teniendo las cifras de 108 158 varones y 73 711 mujeres”. (2)

Actualmente el Ministerio de Salud, como ente rector de la salud en el país, tiene la responsabilidad de conducir, regular y proteger la salud, garantizando la prestación de servicios y la identificación de prioridades sanitarias, consideradas como daños a la salud pública, en día se ven incidencias de riesgos y accidentes. Para ello, presentó sus lineamientos de política de salud 2007-2020, en el noveno objetivo nacional de los lineamientos, nos habla de Reducir la morbimortalidad de las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades inmunoprevenibles y aquellas originadas por factores externos. Se debe optar por incorporar en la currícula educativa escolar, tecnológica y universitaria, la prevención y promoción de la salud, enfocados en primeros auxilios como medio de ayuda inmediata en caso de accidentes. (3)

Primeros auxilios son acciones inmediatas que se realiza para salvaguardar la vida del accidentado ante una emergencia con la finalidad de estabilizarlo hasta que llegue el personal especializado. Mundialmente existen organizaciones como el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Cruz Roja y la Media Luna Roja, los cuales son símbolos de primeros auxilios en el mundo, siendo los difusores en técnicas de asistencia primaria, cuya formación y educación son esenciales para salvar vidas. (4)

La Cruz Roja tiene como propósito inculcar a la juventud en promover el mejoramiento de la salud, así como la formación de un espíritu de solidaridad humana y cívica desarrollando el sentido, la práctica de ayuda mutua; además se quiere promover en las escuelas, programas de adiestramiento en la prevención de accidentes. (4)

En países como África, Medio Oriente y otras regiones existen redes de Primeros Auxilios establecidas con el fin de crear foros para el intercambio de experiencias. Las Sociedades Nacionales trabajan juntas para una armonización de las técnicas y desarrollan herramientas de sensibilización, promoción, implementación, supervisión, etc. La Red Europea de Primeros Auxilios, con la participación de más de 50 Sociedades Nacionales, ha aceptado especificaciones basadas en planes de estudio básicos, requisitos educativos mínimos y evaluación requerida, para establecer el nivel de educación sobre primeros auxilios en Europa. (2)

En América Latina y el Caribe, los accidentes, lesiones y traumatismos son las principales causas de muerte entre el grupo etario de 5-19 años de edad. Los accidentes en general tienen un gran impacto en la sociedad, desafortunadamente se pierde la vida o dejan secuelas imborrables por consecuencias del alcohol, la velocidad, y el estrés. (4)

La UNICEF define al adolescente como todo ser humano menor de 19 años, la adolescencia se divide en tres etapas: adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia mediana de 14-16 y la tardía 17-19. La adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos y la propia edad tiende a buscar su identidad y relacionarse con los amigos, los juegos, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio. (5)

Según a la problemática planteada, se pretende realizar el presente trabajo de investigación titulado **“Eficacia de un Programa Educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017”**.

La finalidad del proyecto de investigación es identificar la Eficacia de un Programa Educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en los estudiantes del primero de secundaria.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017?

1.2.2. Problema Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios antes de la aplicación del Programa Educativo en estudiantes del primero de secundaria?

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios después de la aplicación de un Programa Educativo en estudiantes del primero de secundaria?
-
- ¿Cuál es la magnitud de la diferencia entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación del Programa Educativo en los estudiantes del primero de secundaria?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la Eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios antes de la aplicación del programa educativo en estudiantes del primero de secundaria.

- Determinar el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios después de la aplicación del programa educativo en estudiantes del primero de secundaria.
- Determinar la magnitud de la diferencia entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación del programa educativo en los estudiantes del primero de secundaria.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las emergencias en las últimas décadas se han tornado muy frecuentes produciendo accidentes de distinta naturaleza en diferentes espacios siendo uno de ellos las instituciones educativas. Es por ello que se considera relevante que la población estudiantil adquiera conocimientos básicos sobre primeros auxilios para auxiliar a la víctima cuando este requiera asistencia inmediata, hasta que llegue la ayuda especializada.

El presente trabajo es de actualidad ya que diariamente se reportan diversas situaciones de emergencia y urgencias en diversos espacios sociales que requieran asistencia inmediata y oportuna, es por ello que se enfoca el tema sobre primeros auxilios.

Es pertinente ya que el tema tratado pertenece al área de salud, siendo una de las acciones e intervenciones que realiza el personal de enfermería, en el primer nivel de atención, sobre todo en el área preventivo-promocional.

El trabajo de investigación es trascendental, ya que los resultados obtenidos servirán para la elaboración de estrategias relacionadas a la prevención y autocuidado enfocada al área de enfermería comunitaria en el primer nivel de atención y áreas afines relacionadas al tema.

La utilidad se basa en brindar un enfoque de enseñanza y aprendizaje a través de un programa educativo sobre primeros auxilios a estudiantes de instituciones educativas, teniendo el propósito que estos actúen rápidamente en cuando se presente situaciones que requiera asistencia básica inmediata.

El aporte científico se basa en promocionar los primeros auxilios en las instituciones educativas según los lineamientos de política para lograr que el personal de salud se involucre con la comunidad estudiantil.

La originalidad del trabajo de investigación, en un enfoque propio del investigador, ya que no se encontró investigaciones similares, en tiempo, espacio y población.

El interés para abordar el tema se basa en la concientización al personal de enfermería con el fin de ampliar las coberturas en relación a la promoción de la salud y el autocuidado, logrando que esto trascienda a nivel urbano, urbano-marginal y rural, siendo los dos últimos los más vulnerables a sufrir una situación de emergencia con probabilidades escasas de recibir asistencia médica inmediata y oportuna , ya que muchos de ellos carecen de establecimientos de salud cercanos por ser poblaciones lejanas, dispersas y muchas veces con difícil accesibilidad, que dificulta que el personal de salud pueda llegar oportunamente y recibir una atención adecuada.

Así mismo es de interés para el investigador pueda obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

El estudio sólo es válido para la población estudiada.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A nivel internacional

Fajardo, M. & Gómez, G. (2009). En su estudio titulado “Modelo educativo sobre emergencias escolares” en un centro educativo en Bogotá, Colombia con el objetivo de establecer un programa de salud mediante una enseñanza participativa, pedagógica y lúdica implementando módulos educativos enfocándose en la prevención y manejo de emergencias en el nivel escolar, se presentó una población de 120 estudiantes entre las edades de 6 a 18 años distribuyéndose por edades. Metodología, empleada en la investigación fue de tipo cuasi experimental, sobre el impacto de un programa de salud en un colegio mediante un proceso educativo con un enfoque biopsicosocial sobre los hábitos saludables en niñas estudiantes. Los resultados evidenció un aumento de los conocimientos en emergencia impartidos por el personal de enfermería a la población escolar, en el tema de

hemorragias, el 75% demostró conocimientos en cuanto a su gravedad y lo que se debe hacer para detenerlas; en el tema de fracturas, el 90% de la población identificó que son, como se reconocen y que se debe hacer en caso de presentarse una; y el 85% de la población en temas de atención y prevención de emergencias. Esta investigación confirmó la importancia de conocer sobre el tema de los primeros auxilios llevándolo a niveles educativos mediante la enfermera, desarrollándose en el área de docente. (6)

Tenorio, D. & Rogriguez, A. (2009). Llevaron a cabo un estudio con el título “Efectividad de intervenciones educativas en primeros auxilios” en Colombia teniendo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa en una población en primeros auxilios realizada de manera universal en una población escolarizada específica, la metodología usada por los autores fue un estudio cuasi experimental, la población fue extraída de dos instituciones educativas seleccionando 72 estudiantes voluntarios de los grados de 9º y 10º en ambos colegios, a quienes se le realizó un pre test y un post test además de realizar intervenciones periódicas recibiendo una capacitación diseñada por los autores, resultados se concluye la investigación como exitosa a esto se suma el apoyo de los docentes y los directivos académicos siendo de gran apoyo en el conocimiento, acciones y destrezas de las niñas que participaron del estudio. (7)

Cazull, I. & Rodríguez, A. & Sanabria, G. & Hernández R. (2007), Realizaron el proyecto de investigación denominado “Enseñanza de los primeros auxilios a escolares de cuarto a noveno grados” en Guantánamo, Cuba. El objetivo que se propuso fue diseñar un programa para la enseñanza de los primeros auxilios a escolares de cuarto a noveno grado, se realizó la identificación de necesidades e

interés de aprendizaje mediante un estudio descriptivo y transversal en escuelas del municipio de Guantánamo, se emplearon métodos del nivel teórico, empírico y estadístico. Entre los empíricos, se utilizaron fundamentalmente la entrevista, encuestas, criterio de experto, y la triangulación de métodos. Como resultado final se comprobó que los escolares estudiados predominan el desconocimiento ante las situaciones de emergencia, los alumnos hayan recibido los temas necesarios para asumir conductas adecuadas ante las principales causas de mortalidad extra hospitalaria. Las calificaciones alcanzadas en la prueba de salida, tanto de los escolares, como de los docentes fueron óptimas. (8)

2.1.2. A nivel nacional

Damas, K. & Valero, X. (2014), Realizaron el proyecto de investigación denominado, “Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento y práctica sobre primeros auxilios en estudiantes de 4to de secundaria de la I.E. Felipe Santiago Estenos Chaclacayo” en Lima, Perú. El objetivo trazado fue “Determinar la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento y práctica sobre primeros auxilios en estudiantes de 4to secundaria de la I.E Felipe Santiago Estenos”. El método empleado en el estudio fue cuantitativo de diseño cuasi experimental, realizada en la I.E. Nacional de Chaclacayo cuya población fueron los estudiantes de 4to de secundaria, para fines de estudio, se trabajó con la muestra de 30 estudiantes, fueron seleccionados al azar dos secciones se dividió en grupo experimental y control, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario y posteriormente se aplicó la intervención al grupo experimental utilizando el método lúdico mientras que en el grupo control solo fueron sesiones educativas tradicionales, los resultados

obtenidos después de la intervención educativa lúdica se obtuvo un incremento significativo en el conocimiento y práctica sobre primeros auxilios en el grupo experimental en comparación con el grupo control, al cual se aplicó una intervención educativa tradicional. (9)

Guerra, P. (2011), Elaboró un estudio de investigación sobre la “Eficacia de un taller educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en accidentes escolares en los docentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen San Juan de Lurigancho” en Callao, Perú, con el objetivo de proporcionar información antes y después de aplicar el taller educativo sobre el nivel de conocimientos de primeros auxilios en accidentes escolares en los adolescentes. La metodología fue un estudio de naturaleza cuantitativa, pre-experimental, prospectiva y aplicada; con una población conformada de 21 docentes de la institución mencionada se hizo uso de un cuestionario. El resultado que obtuvieron fue que más del 40% de los docentes poseen un nivel de conocimiento entre regular y bajo antes de la aplicación del taller educativo luego se identifica que el 90 % de la población incrementa los conocimientos entre regular y alto después de participar en el taller educativo.(10)

Ríos, C. (2010), En su estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, titulada “Efectividad de un programa educativo pensando y actuando en los conocimientos de los docentes de niños especiales sobre primeros auxilios en el centro de educación básica especial Reverenda Madre Mariana San Juan de Miraflores”, en Lima. La metodología que se emplea en el estudio es descriptiva, de enfoque cuantitativo de corte transversal. Los resultados que se obtuvieron fue que presenta la población de 20 docentes de la institución educativa ; mediante el pre test el 70% de docentes

encuestados presentaron conocimientos previos sobre convulsiones y un promedio de 18 % manifestaron conocer heridas, asfixia, hemorragia, quemaduras y fracturas; durante el post test se realiza la ejecución del programa educativo donde se evidencia el 100% de efectividad esto ayuda a mantener y propiciar la integridad del niño especial evitando riesgos. (11)

Juárez V, (2008), Elaboró un trabajo de investigación en la Escuela de Enfermería Padre Luís Tezza, sobre los “Primeros Auxilios para las mejores prácticas en accidentes más frecuentes: una necesidad para el desarrollo sostenible del asentamiento humano Santa Rosa Huachipa.” en Lima .Como objetivo del estudio fue determinar la contribución de la aplicación de un programa de educación sanitario para las mejores prácticas de primeros auxilios en accidentes más frecuentes del asentamiento humano Santa Rosa, la metodología usada fue de estudio pre-experimental, la población estaba conformada por pobladores del asentamiento humano Huachipa. El resultado final de la investigación fue que el 97% de la población dio un nivel excelente en el conocimiento acerca de primeros auxilios. (12)

2.1.3. A nivel local

Achircana, F. & Imata, D. (2015), En su estudio titulado “Impacto de un programa educativo para prevenir Accidentes en el hogar en madres de niños de 3 a 5 años Institución Educativa Alto Alianza-Hunter” en Arequipa, Perú. El objetivo trazado fue evaluar el impacto de un programa educativo para prevenir Accidentes en el hogar en madres de niños de 3 a 5 años Institución Educativa Alto Alianza-Hunter. La metodología del estudio de tipo cuasi experimental con diseño pre test y post test con grupo control y experimental.

Formándose así el grupo control y experimental, a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimientos y una escala de Likert. La población de estudio estuvo constituida por 60 madres de niños de 3, 4 y 5, población que fue dividida en dos grupos de 30 madres cada uno. El instrumento que se empleo fue un pre test, un programa educativo y finalmente un post test al final post Test El resultado obtenido fue primeramente se comparó el nivel de conocimientos y la actitudes de las madres, en el grupo experimental mejoraron su conocimiento de un 70 % a un 100% , así mismo la actitud pasó a ser positiva en un 100%, mientras que en el grupo control el conocimiento siempre estuvo bajo y la actitud negativa. Los valores encontrados después de la aplicación del programa educativo tuvieron una diferencia altamente significativa ($p < 0.01$), a favor del incremento de conocimientos y modificación de actitudes evidenciando que la aplicación del programa educativo sobre accidentes de niños en el hogar tuvo un impacto positivo. (13)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. (14)

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “Hay que promover la vida

saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro". (14)

A. Metaparadigmas:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (14)

B. Consideraciones

Nola Pender, considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la

vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

- Las características y experiencias individuales.
- La cognición y motivaciones específicas de la conducta.
- El resultado conductual.

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una meta teoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. También relacionamos este modelo con el paradigma de categorización, centrado en la salud pública.

El modelo de promoción de la salud se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. (14)

2.2.2. Teoría del autocuidado de Dorotea Orem

La teoría general de la enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. (15)

A. Crítica interna. Metaparadigmas.

- **Persona:** Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse.

Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados. (15)

- **Entorno:** Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (15)

- **Salud:** Se define como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. (15)

- **Enfermería como cuidados.** El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. (15)

B. Crítica externa.

- Epistemología:

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería.

Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia, principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la Enfermería. (15)

- Asunción del modelo.

- Presupone que el individuo tiende a la normalidad.
 - El paciente tiene capacidad, quiere participar en el autocuidado.
- (15)

C. Práctica de la teoría de Orem.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

- Primer paso

Implica el examen de los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado. Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades

motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería. (15)

- **Segundo paso**

Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. (15)

- **Tercer paso**

Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador. Se lleva a cabo por la enfermería y el cliente juntos. (15)

2.2.3. Programa educativo

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir. (16)

Un programa es un conjunto de actividades a realizarse en un lugar determinado, en un tiempo determinado, con determinados recursos, para lograr objetivos y metas preestablecidas; todo ello seleccionado como la mejor alternativa de solución luego de un estudio o diagnóstico de la situación problemática (OEA, 2004).

El proceso de enseñanza-aprendizaje que proponemos como modelo cuenta con la evaluación como eje del proceso. Este modelo, además de impulsar que el individuo sea consciente de los aprendizajes que está realizando, trata de hacerle consciente también del proceso que ha llevado a cabo para realizar dichos aprendizajes, es decir, el

modelo potencia el aprendizaje meta cognitivo. De esta manera, por una parte, aprenderá a construir su conocimiento y, por otra, se favorecerá la implicación y la responsabilidad ante su proceso interno. Esto último es realmente importante en educación ambiental, ya que la toma de postura o cambio de actitud respecto a problemáticas medioambientales constituyen el objetivo propio de la educación ambiental. (17)

A. Fases de una Intervención Educativa

- **Planeación:** Proceso que determina el objetivo a lograr, por medio de la elaboración del diseño del programa donde se plasma el contenido del tema a tratar en la intervención educativa. La planeación consiste en tomar decisiones, fijar el tema en concreto, estableciendo las acciones a seguir, estableciendo los principios orientadores, la secuencia de operaciones para realizar la intervención educativa y sobre todo determinar el tiempo, recursos humanos y económicos necesarios para su realización, incluyendo la preparación de los materiales a utilizar como: rotafolios, pancartas, proyectores, CD entre otros. También en la planeación se mencionan las estrategias a utilizar tales como: lluvia de ideas, videos motivadores, dinámicas grupales, discusiones acerca del tema etcétera. (18)

- **Ejecución:** Es la aplicación dinámica de convertir en realidad los contenidos planeados, preparados y organizados de la intervención educativa, utiliza estrategias para alcanzar el éxito en la enseñanza y aprendizaje. Según Warner las estrategias usadas en la intervención educativa de enfermería son las

sesiones educativas entendidas como reuniones de corta duración donde se imparte enseñanza a grupos de personas o en forma individual; deben ser con repeticiones de la información para reforzar la comprensión y el aprendizaje por parte de cada uno de los participantes es decir, para grabar más el mensaje y desarrollar las habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras. Durante la ejecución es importante tener en cuenta la duración de las sesiones educativas, según Potter las sesiones prolongadas hacen que la atención y concentración disminuyan, en cambio las que tienen una duración de 20 minutos se toleran más fácilmente y retiene el interés de la persona en el material expuesto. (19)

- **Evaluación:** Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, con el fin de hacer una valoración de los conocimientos de un antes y después de una intervención educativa mediante un pre y pos test. Además comprende la evaluación de la funcionalidad de las estrategias y ayudas didácticas utilizadas. Se evalúa en forma continua, a lo largo del proceso, al final de cada sesión o al final del conjunto de sesiones; se realiza de manera oral o escrita, ambas pueden ser objetivas o subjetivas; debe adecuarse a las características de la persona o del grupo: edad, nivel educativo, estrato social. (20)

2.2.4. Conocimiento

Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a tema persona o cosa, conjunto de las

facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar. "El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia". (Diccionario de la Real Academia. Española, 2007). Desde el punto de vista pedagógico; "conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón". Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el "Conocimiento como acto, es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico". (21)

A. Tipos de conocimientos:

Son muchos los autores que se han dedicado y han creado muchas formas de clasificarlos a continuación una pequeña introducción de los tipos más importantes de conocimiento:

- **Conocimiento empírico:** Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes. Es así que existen personas con gran

dominio de un determinado aspecto sin haber recibido educación alguna. (22)

- **Conocimiento científico:** A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado. (22)

- **Conocimiento explícito:** A diferencia del conocimiento tácito, de este sabemos que lo tenemos y para ejecutarlo somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlo en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático. (22)

- **Conocimiento tácito:** Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido. (22)

- **Conocimiento intuitivo:** El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción. Esto quiere decir que nos es una especie de sensación vaga sobre algo sino que se establece como la visión clara y directa de experimentar las cosas en su forma original. (22)

- **Conocimiento revelado:** Este tipo de conocimiento implica que todos los fenómenos que envuelve son inteligibles, implicando para ello, siempre una actitud de fe, teniendo un fuerte peso en el comportamiento humano. Se da sobre algo oculto o un misterio que alguien desea manifestar o se pretende conocerlo. (22)

B. Elementos del conocimiento:

- **Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que prende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. (23)
- **Función** consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste. (23)
- **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva o volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados. (23)
- **Medio:** Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. Los medios del conocimiento son:

- **La experiencia interna:** Consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye lo que experimentamos.
- **La experiencia externa:** Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- **La razón:** Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
- **La autoridad:** Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra atención.
- **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente capta su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad. (23)

C. Formas de adquirir el conocimiento

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo ya actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de dos formas.

- **Lo informal:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

- **Lo formal:** Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.(23)

D. Medición del conocimiento: Según sus características el conocimiento se puede clasificar y medir de la siguiente manera:

- **Cuantitativamente:**
 - Niveles o grados: deficiente, regular, bueno y excelente.
 - Escala numérica: De 0 al 20; de 10 a 100, etc.
 - Gráficas: Colores, imágenes, etc.

- **Cualitativamente:**
 - Correcto e incorrecto.
 - Completo e incompleto.
 - Verdadero o falso. (23)

E. Niveles de conocimiento.

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella, y la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Así, a partir de un ente, hecho o fenómeno aislado, se puede ascender hasta situarlo dentro de un contexto más complejo, ver su significado y función, su

naturaleza aparente y profunda, su origen, su finalidad, su subordinación a otros entes, en fin, su estructura fundamental.

- **Deficiente:** En inicio, cuando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades o carencia para el desarrollo de éstos, se necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo a su ritmo y estilo de aprendizaje.

-

- **Regular:** En proceso, cuando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo.

- **Bueno:** Logro previsto, cuando el estudiante evidencia los aprendizajes previstos en el tiempo programado.

- **Excelente:** Logro del perfeccionamiento de diversas características sobresalientes o habilidades de aprender, el estudiante expresa resultados más allá de los esperados, en el tiempo previsto.(23)

2.2.5. Conocimientos sobre primeros auxilios

A. Primeros auxilios

Los Primeros Auxilios son las medidas que se toman inicialmente en un accidente, donde ha ocurrido, “in situ”, hasta que aparece la ayuda sanitaria. Son actividades fundamentales ante una urgencia.

(24)

Los medios de reanimación de que disponen los centros sanitarios son cada vez más sofisticados, pero esos primeros momentos después del accidente, lejos del centro hospitalario, son decisivos para la evolución posterior del accidentado. Por ello es fundamental que la sociedad posea conocimientos para saber actuar en esos instantes, para realizar esos primeros auxilios; para entender cuál es su papel en la referida “Cadena de supervivencia”. Esa capacidad puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte, entre una situación de invalidez temporal o permanente, o también entre una recuperación rápida y una larga convalecencia en el hospital. Los Primeros Auxilios están directamente relacionados con la salud, ésta según la OMS es un estado completo de bienestar físico, mental y social pero se puede incluir en el concepto de salud la capacidad del sujeto de hacer uso de los recursos personales, de encarar las dificultades y problemas de la vida. En este sentido podríamos considerar los Primeros Auxilios como parte de esos recursos personales para mantener la salud una vez que ha ocurrido un accidente. (25)

B. Objetivos de los primeros auxilios

- Evitar la muerte.
- Impedir el agravamiento de las lesiones.
- Evitar más lesiones de las ya producidas.
- Aliviar el dolor.
- Evitar infecciones o lesiones secundarias.
- Ayudar o facilitar la recuperación del lesionado. (26)

C. El botiquín de primeros auxilios

Se establece que las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, específica que todo lugar de trabajo deberá disponer, como mínimo, de un botiquín portátil que contenga:

- Desinfectantes y antisépticos (alcohol, Isodine, furacin).
- Gasas estériles (apósitos, estampillas, mechas nasales).
- Algodón hidrófilo.
- Vendas de varios tamaños.
- Esparadrapo.
- Apósitos adhesivos.
- Tijeras.
- Pinzas.
- Guantes desechables.
- Barbijos (mascarillas).

Dicho material debe revisarse periódicamente y reponerse tan pronto como caduque o sea utilizado. (26)

D. Actuación general conducta “PAS”

- **Proteger** tanto al accidentado o enfermo como a uno mismo y los demás.
- **Avisar** al servicio de Urgencias (116-105) e informar del hecho con la mayor exactitud posible.
 - Identificarse.
 - Informar acerca del lugar exacto.

- Especificar el tipo de accidente y circunstancias que pueden agravar la situación (intoxicación, quemaduras traumatismos, etc.).
 - Informar acerca del número de heridos y estado aparente (conscientes, sangran, respiran, etc.).
 - Es importante mantener libre la línea telefónica utilizada para la comunicación del accidente.
 - Mientras se espera la ayuda, se puede empezar a socorrer.
- **Socorrer** aplicando tus conocimientos de primeros auxilios. Se debe actuar teniendo presente estas prioridades (por lo que es imprescindible la valoración del accidentado antes de cualquier actuación y, en caso de accidentes múltiples, no atender al primer herido que se encuentre o al que más grite).
- Primero salvar la vida.
 - Segundo 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. (27)

E. Posiciones de espera

- **Posición lateral de Seguridad (PLS).** Indicada para personas inconscientes, sin traumatismos en columna o cráneo, con respiración y pulso estables. Con esta posición controlamos el vómito y evitamos la caída de la lengua hacia atrás, (aspiraciones).
- **Decúbito supino:** Se utiliza en posible fractura de extremidades inferiores y para poder aplicar las técnicas de soporte vital básico.
- **Piernas elevadas (trandelenburg):** Indicada en lipotimias y mareos (siempre estando seguros de que no existe inconsciencia). (27)



Figura Nro. 1. Actuación ante una emergencia (tomada de guía 2016).

2.2.6. Conocimiento en RCP y OVACE

2.2.6.1. RCP (Resucitación Cardio Pulmonar)

A. Definición

El Soporte Vital Básico se refiere al mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y al soporte de la respiración y de la circulación sin utilizar otros dispositivos que no sean los de protección. Incluye, como tal, a los 3 primeros eslabones de la Cadena de Supervivencia.

Como hemos indicado anteriormente, la Fibrilación Ventricular (FV) se caracteriza por una polarización y despolarización rápida y caótica. El corazón pierde su función coordinada y deja de bombear sangre de manera efectiva. Muchas víctimas de PCR pueden sobrevivir si quienes presencian la parada actúan inmediatamente, mientras la fibrilación ventricular está todavía presente, pero la resucitación suele ser inefectiva una vez que el ritmo se ha deteriorado hacia la asistolia. El tratamiento óptimo de la FV es la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) inmediata por los testigos (ventilaciones de rescate y compresiones torácicas combinadas) además de la desfibrilación eléctrica.

El mecanismo predominante en víctimas de trauma, sobredosis de drogas, ahogamiento, y en muchos niños es la asfixia; en estos casos las ventilaciones de rescate son fundamentales en la resucitación de estas víctimas. (28)

B. Clasificación:

- RCP adulto.
- RCP niño.
- RCP lactantes.

C. Cadena de supervivencia

- **1º Eslabón.**- Reconocimiento precoz de la emergencia y llamada pidiendo ayuda: activación del sistema de emergencias médicas o sistema local de respuesta a emergencias, “telefonar al 112”. Una respuesta precoz y efectiva puede prevenir la parada cardiaca.
- **2º Eslabón.**- RCP precoz por testigos: la RCP inmediata puede doblar o triplicar la supervivencia a una parada cardiaca súbita por FV.
- **3º Eslabón.**- Desfibrilación precoz: la RCP seguida de desfibrilación dentro de los primeros tres a cinco minutos del colapso puede obtener tasas de supervivencia del 49 al 75%.
- **4º Eslabón.**- Soporte Vital Avanzado precoz y los cuidados post-resucitación: la calidad del tratamiento en el período que sigue a la resucitación afecta al resultado de esta. (28)

D. Secuencia de RCP básica en adultos:

- 1. Asegúrese** de que usted, la víctima y los demás testigos estén seguros.

2. Compruebe la capacidad de respuesta de la víctima:
zarandéelo por los hombros y pregúntele con voz fuerte: “¿se encuentra bien?”, ¿le ocurre algo? o similar.

3. Valore la respuesta de la víctima

a) Sí responde:

- Déjelo en la posición en la que se encuentra.
- intente averiguar qué le ocurre y busque ayuda si la necesita.
- Reevalúelo regularmente. (28)

b) No responde:

- Grite pidiendo ayuda.
- Voltee a la víctima sobre su espalda y abra su vía aérea utilizando la maniobra frente-mentón.
- Coloque su mano en la frente y extienda su cabeza hacia atrás manteniendo el pulgar y el índice libres por si tiene que taponarle la nariz y si es necesario hacerle el boca a boca.
- Con la punta de los dedos eleve el mentón para abrir la vía aérea. (28)

4. Valore la respiración de la víctima:

- a) Manteniendo la vía aérea abierta, vea, oiga y sienta si existe respiración normal.
- Ver si existe movimiento torácico.

- Oír en la boca de la víctima ruidos respiratorios.
- Sentir el aire espirado en su mejilla.
- b) Verifica si la respiración es normal, “anormal”, o ausente.
- c) En los primeros minutos después de la paro cardíaco, la víctima puede que apenas respire, o hacerlo en “boqueadas” irregulares y ruidosas. No las confunda con la respiración normal.
- d) Vea, oiga y sienta en menos de 10 segundos para determinar si la víctima está respirando normalmente. Si tiene la dudas de la respiración es normal, actúe como si no lo fuera. (28)

- Si la víctima respira normalmente:

- Colóquelo en posición de recuperación.
- Envíe o vaya a buscar ayuda o llame pidiendo una ambulancia.
- Compruebe que continúa respirando. (28)

- Si no respira normalmente:

- Envíe a alguien por ayuda, a buscar un DEA, si se encuentra solo, use su móvil para alertar al 116, deje a la víctima sola si no hay otra opción.

E. Inicie compresiones torácicas, del siguiente modo:

- Arrodílese al lado de la víctima.
- Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima.

- Coloque el talón de su otra mano sobre la primera.
- Entrelace los dedos y asegúrese de que no aplica la presión sobre las costillas de la víctima. No aplique presión sobre la parte superior del abdomen o sobre el extremo inferior del esternón.
- Colóquese vertical sobre el pecho de la víctima y, con sus brazos rectos, comprima el esternón al menos 5 cm. (pero no más de 6 centímetros).
- Después de cada compresión, libere la presión del tórax sin perder contacto entre sus manos y el esternón; repítalo a un ritmo de al menos 100 por minuto (pero no más de 120 por minuto)
- El tiempo empleado en la compresión y descompresión debe ser igual. (28)

F. Combine las compresiones torácicas con ventilaciones de rescate

- Después de 30 compresiones abra la vía aérea otra vez, utilizando la maniobra frente mentón.
- Tape la nariz de la víctima, cerrándola con el índice y el pulgar de la mano que apoya en la frente.
- Permita que la boca de la víctima esté abierta, pero manteniendo la elevación del mentón.
- Inspire una vez (normalmente, no forzada) y coloque los labios alrededor de la boca de la víctima, sellándolos con fuerza.
- Insufle aire en la boca del paciente mientras observa que el pecho se eleva, esta insuflación ha de durar aproximadamente un segundo, como en una respiración normal; de esta manera

se realiza una ventilación boca a boca efectiva y evitamos riesgos de hiperinsuflación.

- Mantenga la extensión de la cabeza, retire su boca de la de la víctima y observe el pecho descender al salir el aire.
- Inspire normalmente e insufla en la boca de la víctima una vez más, para alcanzar un total de dos respiración boca a boca efectivas.
- Ambas ventilaciones no deberían de durar más de 5 segundos.
- Entonces coloque correctamente de nuevo sus manos sobre el esternón y dé otras 30 compresiones torácicas.
- Continúe con las compresiones torácicas y ventilaciones de rescate en una relación 30:2.
- Deténgase para reevaluar la víctima sólo si comienza a respirar normalmente, se mueve o abre los ojos, en otro caso no interrumpa la resucitación.
- Minimice Los tiempos en que el paciente no recibe compresiones. (28)

a. Si su ventilación inicial de rescate no hace que el pecho se eleve entonces, antes de su siguiente intento:

- Compruebe que no hay nada en la boca de la víctima que obstruya su ventilación.
- Compruebe nuevamente que la maniobra frente-mentón es correcta.
- No intente más de dos ventilaciones cada vez, antes de volver a las compresiones torácicas.
- Si hay más de un reanimador presente, han de relevarse en la RCP cada 1-2 minutos, para prevenir el agotamiento .Sin embargo, los relevos deben de ser lo más rápidos

posibles durante el cambio de reanimador para evitar pausas “muy largas” en las compresiones. (28)

b. La RCP realizada solamente con compresiones torácicas se puede realizar de la siguiente manera:

- Si no puede o no quiere hacer la respiración boca a boca, dé solamente las compresiones torácicas.
- Si únicamente da compresiones torácicas debe hacerlo a una frecuencia continua de al menos 100 por minuto (pero no más de 120 por minuto).
- Deténganse para reevaluar a la víctima sólo si comienza a respirar normalmente, se mueve o abre los ojos, de otro modo no interrumpa las maniobras de resucitación. (28)

*** Continúe la resucitación hasta que:**

- Llegue ayuda cualificada que lo releve (bomberos, paramédicos o similar).
- La víctima comience a respirar normalmente.
- Usted se agote. (28)

G. Soporte vital básico pediátrico y calidad de la RCP

- Confirmar la secuencia C-A-B como secuencia preferida para la RCP pediátrica.
- Nuevos algoritmos de las RCP pediátricas con 1 reanimador PS y con varios reanimadores PS en la era de los teléfonos móviles.

- Establecer un límite superior de 6 cm para la profundidad de la compresión torácica en adolescentes.
- Copiar la frecuencia de compresiones torácicas de 100 a 120 cpm recomendada para el SVB/BLS para adultos.
- Reiterar con firmeza que en el SVB/BLS pediátrico se necesitan compresiones y ventilación. (29)

H. Secuencia C-A-B

Aunque la cantidad y la calidad de los datos que lo respaldan son limitadas, parecen razonable mantenerla secuencia indicada en las Guías de 2010 comenzando la RCP con C-A-B en lugar de con A-B-C. Faltan conocimientos, y se precisan estudios específicos para investigar cuál es la secuencia ideal de RCP en niños. (29)

I. Profundidad de la compresión torácica

Es razonable que los reanimadores realicen compresiones torácicas que hundan el tórax al menos un tercio del diámetro anteroposterior del mismo en los pacientes pediátricos (de lactantes [menos de 1 año de edad] a niños hasta el inicio de la pubertad). Esto equivale, aproximadamente, a 1,5 pulgadas (4 cm) en lactantes y a 5 cm (2 pulgadas) en niños. Una vez que los niños alcanzan la pubertad (es decir, ya son adolescentes), se utiliza la profundidad de compresiones recomendada en adultos de al menos 5 cm (2 pulgadas) y, como máximo, 6 cm (2,4 pulgadas). (29)

J. Frecuencia de las compresiones torácicas

Para simplificar al máximo el entrenamiento en RCP, a falta de suficientes datos pediátricos, es razonable usar también en lactantes y niños la frecuencia de las compresiones torácicas de 100 a 120 cpm recomendada en adultos. (29)

a. RCP solo con compresiones

A los lactantes y niños que sufran un paro cardíaco se les debe practicar la RCP convencional (ventilación de rescate y compresiones torácicas). El carácter asfíctico de la mayoría de los paros cardíacos pediátricos hace que la ventilación sea necesaria para una RCP eficaz. No obstante, puesto que la RCP solo con compresiones puede ser eficaz en pacientes con un paro cardíaco primario, si los reanimadores no quieren o no pueden administrar ventilación, recomendamos que estos realicen la RCP solo con compresiones en lactantes y niños con paro cardíaco. (29)

b. Procedimiento para llevar a una persona hasta la P.L.S.

- Retirar a la víctima gafas (si las tuviera) y objetos de los bolsillos.
- Arrodillarse a su lado.
- Asegurarse de que ambas piernas están extendidas.
- Colocar el brazo más próximo en ángulo recto con el cuerpo, con el codo doblado y la palma de la mano hacia arriba.
- Traer el brazo más alejado a través del pecho y sujetar el dorso de la mano contra la mejilla más próxima.

- Con la otra mano agarrar la pierna más alejada por la rodilla y tirar hacia arriba hasta apoyar el pie sobre el suelo.
- Tirar de esa pierna para hacer rodar a la víctima sobre sí misma hacia nosotros.
- Colocar la pierna de modo que cadera y rodilla queden en ángulo recto.
- Inclinar la cabeza hacia atrás para asegurar que la vía aérea permanece abierta.
- Ajustar la mano bajo la mejilla, si es necesario, para mantener la cabeza inclinada.
- Vigilar la respiración periódicamente .(29)

c. Prevención de complicaciones

- Actuar rápidamente para evitar daño cerebral, ya que pasado los 10 minutos, pasado el accidente la víctima puede sufrir algunas complicaciones leves, moderadas o severas.
- La víctima siempre que sufra algún tipo de accidente debe de ser evaluado por un profesional de salud.

d. Prevención

La educación y el entrenamiento en primeros auxilios puede ser útil para mejorar la morbilidad y la mortalidad por lesiones y enfermedades, y recomendamos que esté al alcance de todos.

Llevar estilos de vida saludable (realizar ejercicios, alimentarse con alimentos sanos, evitar comidas procesadas entre otros).

- Acudir al médico periódicamente, para evaluaciones de rutina, más aun si son personas con afecciones cardiacas. (29)

2.2.6.2. **OVACE (obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño)**

A. Definición

Se denomina atragantamiento a la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) provocando un cuadro repentino de asfixia, que si no se resuelve provoca una hipoxia grave, que da lugar a inconsciencia, seguida de parada cardiorrespiratoria y muerte. El atragantamiento se identifica porque el paciente presenta dificultad para respirar, se lleva las manos al cuello y adquiere una coloración azulada.

El cuerpo extraño puede causar una obstrucción grave (completa) o leve (parcial). (30)

B. Objetivo

- Restaurar la permeabilidad de la vía aérea obstruida por un cuerpo extraño (atragantamiento).

C. Clasificación:

- Obstrucción de vías aéreas en adultos.
- Obstrucción de vías aéreas en niños.
- Obstrucción de vías aéreas en lactantes.
- Obstrucción de vías aéreas en embarazadas.

- Obstrucción de vías aéreas en personas obesas y muy obesas.
(30)

D. Signos y síntomas

Signo	Moderada/Severa	Obstrucción moderada	Obstrucción severa
¿Se ha atragantado?		“Sí”	Incapacidad de hablar, puede asentir
Otros signos		Puede hablar, toser, respirar	No puede respirar / Respiración sibilante / Imposibilidad de toser / Inconsciente
Signos generales de la OVACE: aparece mientras la víctima está comiendo, la víctima puede agarrar su cuello.			

Figura N° 2. Signos y síntomas de OVACE (guía de soporte vital DEA 2016)

E. Intervención

a. Paciente consciente

- Si el paciente está tosiendo de forma eficaz, no es precisa ninguna maniobra externa. Animarle a toser y vigilarlo de forma continuada.
- Si la tos es inefectiva o no puede toser.
- Colocarse al lado y ligeramente por detrás del paciente, sujetando su pecho con una mano e inclinarlo bien hacia delante para que cuando el objeto sea desalojado salga fuera de la boca.

- Dar cinco palmadas fuertes interescapulares con el talón de la mano que queda libre.
- Si las palmadas no son eficaces se realizarán 5 compresiones abdominales (puede utilizarse la maniobra de Heimlich) que tiene como finalidad aumentar la presión intraabdominal y de forma indirecta aumentar la presión intratorácica simulando así el efecto de la tos.
- Si la obstrucción no se resuelve, continuar alternando las cinco palmadas en la espalda con las cinco compresiones abdominales.
- Esta maniobra se realizará tantas veces como sea necesario hasta expulsar el objeto que provoca la asfixia, o hasta que el paciente quede inconsciente. (30)

b. Maniobra de Heimlich

- Con el paciente sentado o de pie, colocarse detrás rodeando con ambos brazos la parte superior de su abdomen.
- Inclinarle bien hacia delante.
- Poner una de nuestras manos en puño, y situarlo en la línea media entre el ombligo y lejos del xifoides.
- Con la otra mano se agarrará el puño y se presionará con movimientos rápidos, hacia dentro y hacia arriba. o Repetir cada compresión 5 veces si el cuerpo extraño no es expulsado.
- En pacientes obesos o embarazadas, se rodeará a la víctima con nuestros brazos por debajo de las axilas y rodeando el pecho de la víctima.
- La compresión se realizó situando el puño en medio del esternón y presionando hacia atrás. Tener especial cuidado

de no presionar la apófisis xifoidea ni los márgenes de la parrilla costal. (30)

c. Paciente inconsciente

- Iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), según protocolo 2016. (30)

F. Consideraciones especiales en el tratamiento de la OVACE en niños menores de 1 año

- En niños conscientes: La principal diferencia con el algoritmo de adultos es que las compresiones abdominales no deben utilizarse en niños menores de 1 año. (30)

G. Maniobra en menores de un año:

- Colocar y sujetar al lactante en prono con la cabeza hacia abajo, para permitir que la gravedad ayude a expulsar el cuerpo extraño.
- Sujetar la cabeza del bebé colocando el pulgar de una mano en uno de los ángulos de la mandíbula y uno o dos dedos de la misma mano en el ángulo contralateral.
- Golpear hasta 5 veces la espalda del lactante con el talón de una mano, en la zona media entre ambas escápulas.
- Si los golpes interescapulares no son suficientes para expulsar el objeto y el niño sigue todavía consciente, realizar compresiones torácicas.
- No utilizar compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en los lactantes.

- Girar al lactante y colocarlo en posición supina con la cabeza hacia abajo.
- Identificar la zona de las compresiones torácicas (mitad inferior del esternón, aproximadamente un dedo por encima del xifoides).
- Darle cinco compresiones torácicas, estas son similares a las compresiones torácicas (de la RCP) pero más bruscas y con un ritmo más lento.
- Si el cuerpo extraño no ha sido expulsado y el lactante sigue consciente.
- Se debe seguir con la secuencia de golpes en la espalda y compresiones torácicas hasta su expulsión o hasta que el lactante quede inconsciente. (30)

a. En niños inconscientes: abrir la vía aérea y realizar cinco ventilaciones. A continuación iniciar RCP.

- Intervención

- Si el alumno respira, animarle a que tosa.
 - Si los esfuerzos respiratorios no son efectivos, la tos se vuelve débil, o el afectado pierde la consciencia, se seguirán las siguientes maniobras de desobstrucción.
- (30)

H. Prevención de complicaciones

- Brindar asistencia inmediata a la víctima.
- Observar alguna alteración causada por la obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño.

- La víctima siempre debe ser evaluado por el personal de salud.

I. Prevención

- Adultos

- Ingiera alimentos en trozos pequeños, mastique bien.
- No hable mientras come.
- No se ría fuertemente si tiene alimentos sólidos en la boca.
- Revise la fijación de las prótesis dentales.

- Niños y lactantes

- No deje al alcance de los niños juguetes u objetos pequeños.
- Al comprar juguetes revise las precauciones según edad.
- Vigile permanentemente a los niños mientras juegan.
- Corte en trozos pequeños los alimentos o licue bien las papillas. (31)

2.2.7. Conocimiento en Esguince, Luxación y Fractura.

2.2.7.1. Esguince

A. Definición

Conocidos coloquialmente como torceduras, consisten en una lesión por distensión de los ligamentos articulares a consecuencia de un traumatismo o sobrecarga articular.

Los esguinces articulares se producen cuando un impacto o un movimiento forzado hace que el ángulo de movilidad articular sea

mayor que lo normal y se originen lesiones en las estructuras capsulares o ligamentaria de las mismas.

Cuando se produce una ruptura de ligamentos importante, puede darse la separación de los bordes de la articulación en movimientos suaves. (32)

B. Clasificación

- **Primer grado:** Esguince o torcedura con mínima ruptura ligamentaria sin inestabilidad.
- **Segundo grado:** Con ruptura de uno o varios ligamentos, severa reacción inflamatoria y sinovial, pérdida de la función pero la articulación es estable.
- **Tercer grado:** Severa avulsión arrancamiento de ligamentos o de la cápsula con inestabilidad articular y posible subluxación. (32)

C. Intervención

- Aplicar hielo o paños humedecidos con agua fría sobre la zona afectada.
- Inmovilizar con un vendaje compresivo (pero sin oprimir) o con cabestrillo, según la zona: vendar desde la parte distal hasta la proximal. Por ejemplo, en un esguince de tobillo se vendará desde la raíz de los dedos hasta la flexura de la rodilla.
- Mantener la zona afectada en alto.
- No apoyar el miembro hasta que lo revise un Médico. (32)

2.2.7.2. Luxación

A. Definición:

En estas lesiones, hay una pérdida de la congruencia articular (el hueso se “sale de su sitio”), que puede ir acompañada de ruptura de los ligamentos que mantienen estable la articulación. Ruptura de las fibras musculares que envuelven la articulación, a veces puede haber una fractura añadida de las superficies óseas articulares implicadas, cuando los extremos óseos que forman una articulación se encuentran totalmente separados se está frente a una luxación. Además estas superficies mantienen algún tipo de contacto se le llama subluxación. Si los extremos están separados y presentan algún tipo de fractura las superficies óseas, se denomina luxofractura. (32)

B. Clasificación

- **Congénitas:** Presentes en el momento del nacimiento o bien cuando los elementos constitutivos de la articulación están displásicos y crean las condiciones para que la luxación ocurra.
- **Traumática:** Ocasionada por un violento trauma que de manera abrupta separa las superficies óseas.
- **Espontánea:** Debido a la existencia previa de lesiones óseas capsulares o neuromusculares, que hacen posible que frente a un trauma, esfuerzo o movimiento mínimo se produzca la luxación, se puede decir que la luxación es habitual.

- **Recidivante:** Es aquella o aquellas que subsiguen a una luxación inicial, que o bien fue mal tratada o lesionó estructuras articulares que permite la luxación frente a determinados movimientos. (32)

C. Signos y síntomas de esguince o luxación:

- Rubor en la zona afectada.
- Dolor intenso.
- Tumoración o inflamación en la zona afectada.
- Calor, la zona afectada se siente caliente.
- Incapacidad funcional progresiva.
- Hipersensibilidad en la zona.
- En el caso de la luxación se encuentra la pérdida de la morfología y ausencia de salientes óseas normales.
- O presencia de bordes óseos anormales. (32)

D. Intervención

- Comprobar:
 - Normalidad del pulso.
 - Sensibilidad de la zona.
 - Contracción muscular.
- Inmovilizar el miembro afectado en la posición que lo encontremos, mediante un vendaje adecuado y si es en el brazo hacer un cabestrillo con un pañuelo triangular.
- Mantener en reposo y elevada la articulación.
- Evacuar a un centro hospitalario, con carácter urgente si:
 - Están alteradas las constantes vitales.
 - Aparece frialdad o palidez del miembro afectado debido a un compromiso vascular.

- El accidentado nota hormigueo o acorchamiento por afectación de los nervios de la zona.
- Hay ausencia o disminución de la contracción muscular. (32)

E. Prevención de complicaciones

La prevención de las complicaciones se dan a partir de la lesiones que se ha sufrido, estas medidas se toman para evitar que se produzca mayores daños entre ellas las medidas a tomar son:

- Cuando se tenga algún tipo de lesión (luxación o esguince), seguir las indicaciones del profesional de salud, hasta su completa recuperación.
- Evitar auto medicarse.
- Acudir al establecimiento de salud más cercano para ser evaluado.

2.2.7.3. Fractura

A. Definición

Una fractura es la pérdida de la continuidad de la superficie de un hueso (rotura total del hueso). En las fisuras, la rotura es incompleta.

Las fracturas son soluciones de continuidad que se originan en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. En una persona sana, siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo, pero existen otras fracturas, denominadas patológicas, que se presentan en personas con alguna enfermedad de base sin que se produzca un traumatismo fuerte. (33)

B. Clasificación

Existen varios tipos de fractura, que se pueden clasificar atendiendo a los siguientes factores: estado de la piel, localización de la fractura en el propio hueso, trazo de la fractura, tipo de desviación de los fragmentos y mecanismo de acción del agente traumático. (33)

a. Según el estado de la piel

- **Fracturas cerradas:** Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.
- **Fracturas abiertas:** Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. Unas veces, el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; otras, el hueso fracturado actúa desde dentro, desgarrando los tejidos y la piel de modo que la fractura queda en contacto con el exterior. (33)

b. Según su localización

- Los huesos largos se pueden dividir anatómicamente en tres partes principales: la diáfisis, las epífisis y las metáfisis.
- La diáfisis es la parte más extensa del hueso, que corresponde a su zona media.
- Las epífisis son los dos extremos, más gruesos, en los que se encuentran las superficies articulares del hueso. En ellas se insertan gran cantidad de ligamentos y tendones, que refuerzan la articulación.

- Las metáfisis son unas pequeñas zonas rectangulares comprendidas entre las epífisis y la diáfisis.
- Sobre ellas se encuentra el cartílago de crecimiento de los niños.
- Así, las fracturas pueden ser, según su localización:
 - **Epifisarias:** (localizadas en las epífisis) Si afectan a la superficie articular, se denominan fracturas articulares y, si aquella no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extraarticulares. Cuando la fractura epifisaria se produce en un niño e involucra al cartílago de crecimiento, recibe el nombre de epifisiólisis.
 - **Diafisarias:** (localizadas en la diáfisis) Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.
 - **Metafisarias:** (localizadas en la metáfisis) Pueden afectar a las metáfisis superior o inferior del hueso. (33)

c. Según el trazo de la fractura

- **Transversales:** La línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.
- **Oblicuas:** La línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.
- **Longitudinales:** La línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso. (33)
- **En «ala de mariposa»:** Existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre si y delimitan un fragmento de forma triangular. (33)

- **Conminutas:** Hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos. En los niños, debido a la gran elasticidad de sus huesos, se producen dos tipos especiales de fractura. (33)
- **Incurvación diafisaria:** No se evidencia ninguna fractura lineal, ya que lo que se ha producido es un aplastamiento de las pequeñas trabéculas óseas que conforman el hueso, dando como resultado una Incurvación de la diáfisis del mismo.(33)
- **En «tallo verde»:** El hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso. (33)

d. Según la desviación de los fragmentos

- **Anguladas:** Los dos fragmentos en que ha quedado dividido el hueso a causa de la fractura forman un ángulo. (33)
- **Condesplazamiento lateral:** Las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí, por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos. (33)
- **Acabalgadas:** Uno de los fragmentos queda situado sobre el otro, con lo cual se produce un acortamiento del hueso afectado.
- **Engranadas:** Uno de los fragmentos ha quedado empotrado en el otro. (33)

e. Según el mecanismo de producción

- **Traumatismo directo:** La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.
- **Traumatismo indirecto:** La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.
- **Contracción muscular brusca:** En deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado. También se han observado fracturas de este tipo en pacientes sometidos a electroshok. (33)

C. Signos y síntomas

- Rubor en la zona afectada.
- Dolor intenso.
- Tumoración o inflamación en la zona afectada.
- Calor, la zona afectada se siente caliente.
- Deformidad de la zona.
- Crepitación de la zona afectada.
- Pérdida de la funcionalidad. (33)

D. Intervención:

- Antes de actuar sobre la propia fractura, hay que atender a la respiración y al ritmo cardiaco. Si el accidentado no respira, es inútil intentar solucionar la fractura.
- Si es preciso, se realizará masaje cardiaco y respiración artificial boca a boca.
- Si el accidentado respira pero está inconsciente, hay que procurar mantener libres sus vías respiratorias, para ello se pondrá de lado la cabeza del paciente, con el fin de que no pueda aspirar ninguna secreción o vómito, en caso de que se produzca, luego se debe tirar de la lengua hacia fuera, para evitar que se obstruya la glotis.
- Una vez controlada la respiración, puede prestarse atención a la fractura, ante todo, no se debe movilizar el foco de fractura, porque podrían desplazarse los fragmentos óseos y hacer más difíciles la reducción y la consolidación. Además, la movilización produce un intenso dolor.
- No se debe intentar quitar la ropa al accidentado. Esta maniobra debe ser llevada a cabo por personal especializado.
- La inmovilización se puede realizar de distintos modos, según la zona que se haya fracturado y el material de que se disponga.
- Una vez inmovilizada la fractura, se trasladará al accidentado al centro hospitalario más cercano.
- Cuando se sospeche que puede haber fractura de la columna vertebral, la conducta más prudente es no tocar al paciente, cubrirle con alguna prenda de abrigo para que no se enfríe y llamar a una ambulancia para que sea trasladado con rapidez a algún centro hospitalario. (34)

E. Sistemas de inmovilización

- Los sistemas más comunes son el cabestrillo y el entablillado, ambos de fácil ejecución.
- Cabestrillo se puede utilizar para inmovilizar cualquier tipo de fractura de los miembros superiores.
- Mover la mano del miembro afectado hacia el hombro contrario, doblando el codo y procurando que el brazo quede pegado al cuerpo.
- Doblar en triángulo un pañuelo grande y pasarlo con mucho cuidado por debajo del antebrazo del paciente.
- Llevar la punta del pañuelo que se encuentra más próxima al cuerpo del accidentado hasta la nuca.
- Llevar el otro extremo del pañuelo también hasta la nuca, para anudarlo con el anterior, pasándolo por delante del cuello.
- Cuando no se dispone de un pañuelo cuadrado, se puede improvisar un cabestrillo con un cinturón, una venda corriente o cualquier trapo alargado, del siguiente modo:
 - Rodear con el útil que se haya elegido la muñeca del brazo herido, con una sola vuelta, si es una venda o similar, se puede doblar en dos, rodear la muñeca y pasar los dos extremos a la vez por dentro del doblado, luego se hace correr la venda o el paño hasta que quede ajustado a la muñeca, sin producir compresión.
 - Atar los dos extremos largos pasándolos por detrás del cuello.

- . Es conveniente que la mano quede lo más elevada posible, para reducir las posibilidades de movilización.
- Entablillado o férula, se utiliza para inmovilizar cualquier fractura producida en un hueso largo, ya sea de las extremidades superiores o inferiores.
- Proveerse de tablas o pequeños troncos lisos. pueden ser útiles otros materiales, como telas gruesas enrolladas, periódicos, etcétera.
- Si se dispone de tablas, colocarlas a los lados de las zonas fracturadas; si se utilizan periódicos, formar una especie de canal, dentro del cual debe quedar el miembro afectado.
- Luego, con vendas, pañuelos, corbatas o cualquier pedazo de tela, se va sujetando el entablillado o la férula, de modo que el individuo no pueda mover la zona fracturada.
- Si la fractura es en la pierna, deben inmovilizarse la rodilla y el tobillo.
- Si es en el antebrazo, se inmovilizarán la muñeca y el codo.
- Si es en el brazo, se deben inmovilizar el hombro y el codo.
- El hombro puede inmovilizarse vendando el brazo contra el cuerpo del sujeto, con cuidado de no causar compresión sobre la fractura.
- Si no se puede obtener ningún material más o menos rígido, la inmovilización de las piernas se puede efectuar vendándolas juntas.

- Las ataduras se colocarán en los tobillos, las rodillas, los muslos y por encima y debajo de la zona de fractura, siempre que ésta no se localice en uno de estos puntos. (34)

F. Prevención de complicaciones

La prevención de las complicaciones se dan a partir de la lesiones que se ha sufrido, estas medidas se toman para evitar que se produzca mayores daños entre ellas las medidas a tomar son:

- Evitar auto medicarse y usar algunos insumos que puedan provocar algún tipo de infección.
- Cuando se tenga algún tipo de fractura debe ser y trasladado inéditamente aun establecimiento de salud.
- Seguir las indicaciones médicas y acudir a sus controles cuando se le indique.

2.2.8. Conocimiento en quemaduras, heridas, hemorragias

2.2.8.1. Quemaduras

A. Definición:

Clásicamente, se decía que “las quemaduras son aquellas lesiones producidas por la acción del calor”. Actualmente, esta definición se hace más amplia y se entiende por quemadura “las lesiones producidas por alteraciones de origen térmico, calor o frío, sea cual sea el agente etiopatogénico y la presentación de dichas lesiones”.

Las quemaduras son lesiones en el tejido producidas por una variación de calor, comprometen la piel y otros tejidos dependiendo de la profundidad. Pueden ser provocadas por diversos agentes; fuego, líquidos o sólidos calientes, electricidad, radiaciones, químicos y rayos solares, frío intenso, entre otros.

Pueden no solo afectar la piel, si no también provocar alteraciones en otros sistemas y órganos. Se producen grandes pérdidas de líquidos y electrolitos (sodio, potasio etc.) producto del proceso inflamatorio y de la destrucción de tejidos, esto puede llevar a la condición de shock. Es necesario, trasladar a un centro asistencial.

(35)

B. Clasificación

a. Profundidad

La profundidad de las quemaduras depende del agente causal y del tiempo de exposición. En su valoración influye mucho la experiencia clínica. Con frecuencia, la valoración inicial sobre la profundidad de las quemaduras no resulta exacta. La quemadura es un proceso dinámico, y quemaduras valoradas inicialmente como quirúrgicas pueden ser superficiales, y otras valoradas como superficiales pueden profundizarse con el tiempo. Las causas más importantes de profundización son la hipoperfusión del tejido quemado debido a defectos en la microcirculación (I.E., pacientes ancianos o con vasculopatía) o a resucitación insuficiente y la infecciones.

Las quemaduras se clasifican en cuanto a profundidad en:

- **Epidérmicas (tipo I):** Caracterizadas por destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan eritema y dolor intenso sin formación de flictenas. La quemadura epidérmica típica es la quemadura solar. La extensión de quemadura epidérmica no se incluye en el cálculo de la extensión de la superficie quemada de pacientes grandes quemados. (35)
-
- **Dérmicas superficiales (tipo IIA):** Afectan a la capa más superficial de la dermis. Es característica la formación de flictenas. Al desbridar las flictenas se observa un fondo eritematoso color rosado o rojo brillante. Son muy dolorosas. Se conservan los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.(35)
- **Dérmicas profundas (tipo IIB):** Afectan a las capas más profundas de la dermis. Se conservan escasos restos de folículos pilosos y glándulas sebáceas. Clínicamente se puede objetivar cómo el folículo piloso se arranca fácilmente y sin dolor. También se forman menos flictenas y el fondo es moteado con áreas eritematosas y otras nacaradas. Son poco dolorosas. (35)
- **Dérmicas totales (tipo III):** Producen destrucción de la totalidad del espesor de la dermis y sus anejos, clínicamente se caracterizan por la presencia de una escara nacarada inelástica, no son dolorosas. (35)
- **Subdérmicas (tipo IV):** Produce la destrucción de estructuras subdérmicas (músculos, tendones, huesos). (35)

En general, las quemaduras se clasifican en superficiales (I y IIA), que curan en menos de 3 semanas y no precisan escisión quirúrgica, y profundas (IIB, III, IV), cuya curación espontánea requiere más de 3 semanas y precisan cirugía para conseguir una epitelización más rápida, minimizar el riesgo de sepsis y conseguir mejores resultados funcionales y estéticos. (35)

b. Extensión

La valoración de la extensión de las quemaduras puede hacerse fácilmente recordando que la palma de la mano del adulto que estamos valorando equivale al 1% de su superficie corporal, o bien siguiendo la regla de los "9" de Wallace. Cada miembro superior equivale a un 9%, cada miembro inferior es un 18%, el tronco anterior corresponde a un 18% y el tronco posterior a un 18%. Es preciso recordar que no se deben incluir las quemaduras epidérmicas y que sólo es válida para adultos.

En los pacientes pediátricos es preciso tener en cuenta su edad para realizar este cálculo. (36)

c. Localización

Según la localización de las áreas quemadas, se consideran graves y de gran importancia las quemaduras situadas en cara y cuello, manos, genitales y pliegues flexoextensores, debido a su repercusión futura, tanto funcional como estética.

Una quemadura en el rostro puede afectar visión y vía aérea y tienen generalmente un mal pronóstico. En extremidades podrían

dejar secuelas invalidantes, en zona perianal puede afectar el proceso de micción (orinar) y ser más propensa a infecciones. (36)

C. Tipos de quemaduras

- **Térmicas**

- **Calor:** Líquidos calientes escaldadura, Fuego directo (llama), Gases inflamables.
- **Frío:** Congelación.

- **Eléctricas:** Electricidad (atmosférica, industrial).

- **Químicas:** producto químico (ácidos, bases, gases).

- **Radiactivas:** Radiación (energía radiante: sol, radiaciones ultravioletas, radiaciones ionizantes: rayos x, energía atómica, radiación por isótopos: radiactivos). (36)

D. Intervención

Los objetivos principales en la atención de quemaduras son:

- Aliviar el dolor.
- Prevenir la infección.
- Prevenir el shock. (37)

a. Quemadura por líquido caliente:

- Quitar la ropa de la zona quemada inmediatamente.
- Colocar la zona afectada bajo el agua fría (no helada).

- Colocar compresas limpias y frías sobre la quemadura hasta que desaparezca el dolor (no utilizar hielo, porque retarda la curación por quemadura).
- Cubrir con una gasa o una venda estéril sin ajustarla y llevarlo al centro de salud más cercano. (38)

b. Quemadura por fuego:

- Tirar a la persona al piso y girar el cuerpo (revolcarse).
- Emplear una manta o abrigo húmedos para sofocar el fuego.
- Una vez apagadas las llamas, aplicar agua, a fin de enfriar las zonas quemadas.
- No aplicar compresas de hielo directamente sobre la parte quemada, ya que disminuiría la temperatura corporal (hipotermia).
- Retirar los objetos restrictivos como: collar, reloj, anillo.
- No colocar ungüentos ni pomadas sobre la quemadura.
- Cubrir la herida con telas o paños limpios.
- Acudir al centro de salud más cercano. (38)

c. Quemadura química:

- Proceder al lavado generoso de la piel con agua en abundancia (ducha durante 20-30 minutos).
- Tener especial cuidado con las salpicaduras que pueden alcanzarnos o con el contacto directo de nuestra piel con la sustancia química.
- Durante la ducha se ha de proceder a retirar todos los objetos que estén en contacto directo con la piel: gafas, ropa, zapatos, anillos, pulseras, relojes y otras joyas.

- Cubrir la herida y llevarlo al centro de salud. (38)

d. Quemaduras eléctricas:

- Desconectar inmediatamente la corriente eléctrica, en condiciones seguras, no sin antes prever la caída del sujeto.
- Retirar de la fuente eléctrica, con un objeto de madera ya que no es conductor de electricidad.
- No tocar con las manos porque puede recibir la descarga eléctrica.
- Buscar otras posibles lesiones como hemorragias, shock, fracturas. Se tratará siempre primero la lesión más grave.
- Colocar sobre las quemaduras un apósito limpio y estéril.
- Pedir ayuda y trasladarlo al hospital más cercano. (38)

2.2.8.2. Heridas

A. Definición

Una herida se describe clínicamente como la “Pérdida de la Continuidad en el Tejido Blando”, en otras palabras más simples, es el desgarramiento o ruptura de un tejido blando del cuerpo. Aún y cuando no siempre es así, una herida comúnmente es acompañada de una hemorragia. Las heridas en tejidos blandos son los problemas más comunes en la atención de primeros auxilios, estas lesiones pueden causar un grave daño, incapacidad o muerte. Una herida es toda aquella lesión producida por algún agente externo o interno que involucra el tejido blando. (39)

B. Clasificación de las heridas

- a. Abiertas:** Cuando la lesión involucra a la capa externa de la piel, además de la lesión como tal, veremos una hemorragia al exterior, me refiero a que la sangre sale del cuerpo, un riesgo a considerar en éste tipo de lesiones es la contaminación de los tejidos por la entrada de gérmenes que pueden causar una infección. (39)
- b. Cerradas:** En éste tipo de herida no hay ruptura de la capa externa de la piel, por lo tanto la hemorragia no es externa (no sale la sangre al exterior), sin embargo, no significa que no exista hemorragia, la forma en que se representa la misma es con un moretón que dependiendo de la gravedad puede ser muy pequeño o estar creciendo a cada minuto que pasa. El riesgo de infecciones por agentes externos es nulo, sin embargo, si la herida es en la cavidad abdominal e involucra ciertos tejidos, se puede generar una infección interna de considerables consecuencias. Hay varios tipos de heridas, los mismos son clasificados de acuerdo a la forma de la lesión y están asociadas directamente a la causa de la misma. (39)

C. Tipos de heridas:

- a. Heridas cortantes:** Producidas por objetos afilados como latas, vidrios, cuchillos, etc.
- b. Heridas punzantes:** Son producidas por objetos puntiagudos, como clavos, agujas, picahielos, etc.

- c. **Heridas punzocortantes:** Son producidas por objetos puntiagudos y afilados, como cuchillo, espinas, etc. (39)

- d. **Laceración:** Esta herida es del grupo de las Abiertas, puede ser superficial o profunda y la característica principal es que los bordes de la herida son IRREGULARES, comúnmente son causadas por animales, maquinaria y golpes. (39)

- e. **Abrasión:** Esta herida es muy común y generalmente la conocemos como el Raspón, más allá del riesgo de una hemorragia, el riesgo es la contaminación de los tejidos superficiales y un síntoma común es el dolor. (39)

- f. **Incisión:** Considerada también como una herida abierta, la Incisión es una herida que su característica principal son los bordes regulares de la piel, comúnmente son causadas por objetos con filo, como son cuchillos, hojas de pales, navajas, vidrio u otros. (39)

- g. **Punción:** Es un tipo de herida abierta causada por objetos punzantes o puntiagudos, aún y cuando el daño en la superficie de la piel puede ser muy pequeño (un punto), comúnmente son lesiones profundas por lo que es importante considerar el daño interno que pudiera haber causado. (39)

- h. **Avulsión:** Es un tipo de herida abierta en el cual además del daño a la superficie externa de la piel, existe un desprendimiento considerable del tejido, quedando por lo general en un tejido colgante o colgajo. En ésta herida es

importante considerar tanto la contaminación de los tejidos como la hemorragia que generó la lesión. (39)

- i. **Amputación:** Esta herida no tiene grado de confusión, es abierta, y se considera como amputación cuando existe el desprendimiento total de un tejido. Se debe considerar tanto la contaminación del cuerpo, como del tejido desprendido y por supuesto que también la hemorragia generada. (39)

- j. **Heridas por PAF Se le llama PAF por Proyectoil de Arma de Fuego:** Son un tipo particular de heridas, comúnmente observamos un orificio pequeño que puede contener quemadura de tejidos, la profundidad de la lesión se debe considerar como factor importante de lesiones asociadas, se puede presentar un orificio de salida el cual es común que sea mucho mayor al de entrada y debido a que la bala puede ser desviada por los huesos se debe considerar que no necesariamente los orificios de entrada y salida estarán alineados. (39)

D. Intervención:

- Retirar la ropa que cubre la herida.
- Utilizar guantes de látex, para evitar el contagio de alguna enfermedad así como contaminar la herida.
- Se limpia con gasas y solución salina o agua potable quitando el exceso de sangre y la tierra que pueda tener.
- La manera de limpiar con la gasa es de adentro hacia fuera en círculos excéntricos, partiendo del centro de la herida, siendo

éstos cada vez mayores; se voltea la gasa y se vuelve a hacer para evitar infectarla. Se repite el procedimiento, dos o tres veces más.

- Se aplica yodo para evitar infecciones.
- Se cubre la herida con una gasa.
- No se debe aplicar ningún tipo de remedio casero debido a que pueden causar infecciones.
- No se deben de aplicar medicamentos ni antibióticos debido a que podemos causar una reacción alérgica. (39)

2.2.8.3. Hemorragias

A. Definición

La hemorragia es la salida de sangre incontrolada de cualquier vaso sanguíneo (venas, arterias y capilares). por causas traumáticas como heridas o fracturas. Durante la hemorragia se pone en acción mecanismo que forma coagulo en dicho vaso, impidiendo la salida de sangre y controlando la hemorragia. (40)

B. Clasificación

a. Las hemorragias pueden ser :

- **Externas:** en las cuales la sangre se vierte al exterior del cuerpo.
- **Internas:** Aquellas en las que la sangre se vierte hacia las cavidades internas del organismo.

- **Exteriorizadas por los orificios naturales.** Se producen en órganos y estructuras del organismo y la sangre sale parcialmente el exterior a través de orificios naturales. (40)

b. También pueden clasificarse:

- **Hemorragia arterial:** Se caracteriza por la sangre de color rojo brillante y su salida a chorros rítmicos que coinciden con el latido del corazón y el pulso.
- **Hemorragia Venosa:** Se caracteriza por el color rojo oscuro y la salida de sangre continua y uniforme.
- **Hemorragia Capilar:** Salida de sangre por vasos, capilares por lo cual es escasa y se puede controlar fácilmente, por lo general se forma un moretón (hematoma). (40)

C. Signos y síntomas

Lesión interna o en la piel, pérdida de sangre, palidez cutánea, mareo o sensación de desvanecimiento inmediato, etc.

- **Consecuencias:** Riesgo de infección y riesgo de shock hipovolémico.
- **Criterios de gravedad:** Velocidad con que se pierde la sangre, volumen sanguíneo perdido, edad, etc. (40)

D. Intervención

a. Hemorragias externas:

- Ayudar a la víctima a sentarse en prevención de una lipotimia.
- Presionar directamente sobre la herida con apósitos o ropa limpia.
- Elevar simultáneamente la zona si no se sospechan fracturas.
- Si con estas medidas no cesa la hemorragia, presionar en los puntos de compresión arterial.
- Excepcionalmente, y si la vida del paciente está en peligro, tiene que colocarse un torniquete.
- Indicaciones del torniquete: amputación traumática de extremidades, aplastamientos prolongados, fracaso de las medidas de actuación anteriores.
- Peligros del torniquete: gangrena e intoxicación por las sustancias nocivas acumuladas en la extremidad.
- Siempre se tiene que colocar un rótulo sobre la víctima con la «T» de torniquete y la hora en que se colocó.
- El torniquete sólo se puede soltar definitivamente en un medio hospitalario.
- Sin embargo, sí que se puede aflojar durante un minuto cada quince minutos.
- El shock hipovolémico es una complicación de las hemorragias debida a la pérdida de un volumen importante de sangre.
- Pueden aparecer: piel fría y húmeda, palidez, pulso débil y rápido, desasosiego, obnubilación y coma.
- Primeros auxilios: posición antishock, cubrir a la víctima, insistir en el control de la hemorragia y trasladar a un centro sanitario vigilando las constantes vitales. (40)

b. Hemorragias internas:

- Sospecharlas cuando haya existido un traumatismo importante y se presenten signos de shock hipovolémico sin causa externa aparente.
- Primeros auxilios: posición antishock, cubrir a la víctima y trasladarla a un centro sanitario, vigilando las constantes vitales. (40)

c. Hemorragias exteriorizadas por los orificios naturales:

- **Epistaxis:** Salida de sangre por la nariz.
 - Comprimir manualmente la fosa sangrante durante quince minutos de forma continuada.
 - Si la hemorragia no cede, taponar con una gasa empapada en agua oxigenada la fosa nasal sangrante.
 - Trasladar al paciente en posición sedente. (40)
- **Hematemesis:** Salida de sangre del aparato digestivo por la boca.
 - Pueden aparecer vómitos mezclados con sangre digerida.
 - Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad o acostada boca arriba con las rodillas flexionadas.
 - Trasladar guardando una muestra de vómito.
 - Valorar la presencia de shock hemorrágico. (40)
- **Hemoptisis:** Salida de sangre del aparato respiratorio por la boca.
 - Pueden aparecer: tos, sangre roja mezclada con saliva.

- Colocar a la víctima acostada boca arriba (decúbito dorsal) o semi-sentada (posición semifowler).
 - Trasladar al establecimiento e salud, guardando una muestra de esputo.
 - Valorar la presencia de shock hemorrágico. (40)
- **Otorragia:** Salida de sangre por el oído.
- Puede existir una fractura de la base del cráneo.
 - Limpiar el oído externamente en casos leves.
 - Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad sobre el oído que sangra.
 - Cojín bajo la cabeza.
 - Trasladar al paciente.
 - No taponar. (40)

E. Prevención de complicaciones

Excepcionalmente, y si la vida del paciente está en peligro, tiene que colocarse un torniquete. Este se indica en amputación traumática de extremidades, aplastamientos prolongados, fracaso de las medidas de actuación anteriores.

Actuación con rapidez para evitar un shock hipovolémico.

Usar medidas de bioseguridad (para evitar contagios).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Eficacia: Se define a hacer o lograr, también está orientado a poder producir resultados esperados; aplicado a un programa se podría entender como al grado de alcanzar el objetivo propuesto.

- 2.3.2. Programa educativo en salud:** Es un conjunto de actividades y acciones que se elaboran con el fin de brindar conocimientos sobre prevención y promoción de la salud, que se aplican a una población en un tiempo determinado con el fin de disminuir la incidencia y el riesgo de enfermar.
- 2.3.3. Primeros auxilios:** Conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de un accidentado, hasta que llegue la asistencia médica profesional, con el fin de que las lesiones que ha sufrido “no empeoren”.
- 2.3.4. Conocimientos:** Conjunto organizado de datos e información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que permite a los estudiantes intervenir de manera apropiada ante una situación que se requiera actuar con previos conocimientos según la situación que se presente.
- 2.3.5. RCP:** Resucitación cardio pulmonar, es una maniobra que se realiza para salvaguardar vidas, siguiendo una secuencia establecida.
- 2.3.6. Obstrucción de vías aéreas:** Son todas aquellas situaciones que pueden cerrar de manera total o parcial la vía aérea impidiendo el paso adecuado del aire.
- 2.3.7. Esguince:** Se define como la separación momentánea de las superficies auriculares y ligamentos se puede dar una rotura completa o incompleta de un ligamento, provocando inestabilidad en la articulación afectada.

2.3.8. Luxación: Es el desplazamiento de una superficie articular fuera de la cavidad o espacio que le contiene, causando pérdida de contacto entre los huesos de la articulación, lo que se conoce como dislocación está a su vez puede ir acompañada de una fractura.

2.3.9. Fractura: Se define como la pérdida de la continuidad del tejido óseo, que este es causado por algún agente externo directo al producirse una fractura, esta viene acompañada de lesiones en la piel.

2.3.10. Quemaduras: Es el daño, destrucción d la piel o tejidos más profundos como el músculo y el hueso por calor o frío producido por agentes externos, ya sean físicos, químicos, eléctricos y/o cualquiera de sus combinaciones. Provoca una deshidratación súbita, potencialmente mortal.

2.3.11. Heridas: Una herida es toda aquella lesión producida por algún agente externo o interno que involucra el tejido blando, heridas en tejidos blandos son los problemas más comunes en la atención de primeros auxilios, estas lesiones pueden causar un grave daño, incapacidad o muerte.

2.3.12. Hemorragia: Es la pérdida de sangre relacionado a varios factores y diversas clasificaciones que son capilares, venosos y arteriales.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

Es probable que el programa educativo sea eficaz y que aumente de manera significativa el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios

en los estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.

2.4.2. Hipótesis específica

H1: Es probable que el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios sean deficientes en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo.

H0: Es probable que el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios no sean deficientes en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo.

H2: Es probable que el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en los estudiantes sea excelente después de la aplicación del programa educativo.

H0: Es probable que el nivel el nivel conocimiento sobre primeros auxilios en los estudiantes no sea excelente después de la aplicación del programa educativo.

H3: Existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación del programa educativo.

H0: No existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación del programa educativo.

2.5. VARIABLES

Variable (X)

Programa Educativo en Primeros Auxilios.

Variable (Y)

Conocimiento sobre Primeros Auxilios.

2.5.1. Definición conceptual de variables

A. Programa educativo sobre primeros auxilios:

Programa educativo son las acciones de implementación que va enfocada con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad, familia y persona en el bien y mejora de la salud, siendo estas indispensables para la prevención y promoción referente a salud. Primeros auxilios son acciones que se toman de forma inmediata cuando una persona requiera de asistencia en situaciones que ponga en peligro la vida.

Entonces al hablar de programa educativo sobre primeros auxilios se refiere a tener los conocimientos básicos en el tema para poder actuar en situaciones que requieran pronta asistencia y así asegurar la vida de la persona en la cual su vida corre peligro.

B. Conocimientos sobre primeros auxilios:

Conocimiento se define como un conjunto de información que el individuo va acumulando progresivamente con el paso de los años mediante el aprendizaje y experiencia, esto hace que el individuo logre una formación según su conveniencia.

Al hablar de conocimientos en primeros auxilios se refiere a poder actuar en una situación de emergencia o urgencia donde esté en riesgo la vida de un individuo, con previo conocimiento, logrando así acudir a la víctima hasta que llegue el personal especializado al lugar de la emergencia o urgencia.

2.5.2. Definición operacional de variables

A. Programa educativo en primeros auxilios:

Un programa educativo es aquel que ofrece información con la finalidad de promover salud mediante el conocimiento y práctica.

La variable (X) será medida mediante la aplicación de un programa educativo teórico, la cual se dividirá en cuatro sesiones educativas, tendrá una duración de 60 minutos cada uno aproximadamente haciendo un total de 6 semanas, la primera semana se empleara el pre test; la segunda semana se llevara a cabo la primera sesión educativa introducción a primeros auxilios; la tercera semana se realizara la segunda sesión educativa RCP y OVACE; en la cuarta semana se llevara a cabo la tercera sesión educativa fracturas, luxación, esguince ; la quinta semana se llevara a cabo la cuarta sesión educativa heridas, hemorragias y quemaduras, para ello solo se tomara los puntos clave en cuanto a definición, objetivos, clasificación, internación y prevención de complicaciones y finalmente la sexta semana se aplicara el post test.

B. Conocimientos sobre primeros auxilios:

Es el conjunto de información, datos, enunciados y conceptos que la persona adquiere mediante una experiencia o un proceso de enseñanza aprendizaje que será almacenada y posteriormente el individuo será capaz de asimilar dicha información.

Para la variable (Y) se empleara la técnica de encuesta y el instrumento a usar será el cuestionario que será aplicado antes y después de la aplicación del programa educativo, los cuales se denominaran pre-test y post-test.

El cuestionario consta de 20 preguntas las cuales están divididas según las sesiones educativas del ítem 1 al 5 corresponden a primeros auxilios; del ítem 6 al 10 corresponden a RCP y OVACE; del ítem 11 al 15 corresponde a esguince, luxación y fracturas; y finalmente del ítem 16 al 20 corresponde a quemaduras, heridas y hemorragias; se empleara la escala de Likert, se medirá el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria; por medio de la puntuación, se evaluará de 0 a 20, siendo los parámetros de 0 a 10 deficiente, de 11 a 14 regular, de 15 a 17 bueno y de 18 a 20 excelente.

2.5.1. Operacionalizacion de la variable.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	INSTRUMENTO	CATEGORIA	ESCALA
Variable (X)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primeros auxilios Generalidades ➤ RCP básico y OVACE ➤ Fracturas, esguinces y luxaciones ➤ Heridas, hemorragias y quemaduras. 	Definición Objetivos Intervención Prevención	1ra sesión 2da sesión 3ra sesión 4ta sesión	Programa educativo (primeros auxilios)	Exposición Teórica	Ordinal
Variable (Y)	Conocimientos sobre primeros auxilios	Definición Objetivos Intervención prevención de complicaciones	1-5	Cuestionario de evaluación de conocimientos sobre primeros auxilios	Deficiente 0-10	Razón
	Conocimientos en RCP Y OVACE	Definición –clasificación Objetivos Manejo de RCP Intervención prevención de complicaciones	6-10		Regular 11-14	
	Conocimiento en fracturas, luxaciones y esguince	Definición –clasificación Signos y síntomas Intervención prevención de complicaciones	11-15		Bueno 15-17 Excelente 18-20	
	Conocimiento herida, hemorragias y quemaduras	Definición –clasificación Signos y síntomas Intervención prevención de complicaciones	16-20		puntaje 0-20	
Variables interviniente los estudiantes	Tiempo, edad, sexo					

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo

Cuantitativo.

3.1.2. Nivel de investigación

Explicativo.

3.1.3. Diseño de la investigación

Pre-experimental bivariado de corte transversal, prospectivo de campo.

$$\mathbf{Ge = O_1 \times O_2}$$

Dónde:

Ge= Grupo experimental.

O₁= Pre test.

O₂= Post test.

X = Programa educativo.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación temporal

La institución educativa Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, está ubicada en la calle Miguel Linares Málaga s/n en el pueblo tradicional del distrito de Yarabamba departamento y provincia de Arequipa a una hora y media aproximadamente del centro de la ciudad, dicha institución educativa es de nivel secundario mixto, categorizado como área urbana, la institución educativa pertenece a la UGEL Sur Arequipa.

3.2.2. Ubicación espacial

La presente investigación se realizará en el periodo comprendido entre los meses de mayo a diciembre del año 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población total de estudio está conformada por 28 alumnos del nivel secundario de la Institución Educativa Monseñor Leónidas Bernedo Málaga.

3.3.2. Muestra

La técnica no probabilístico de tipo censal. La investigación no requiere muestra.

3.3.3. Criterios de inclusión:

- Estudiantes que cursan el primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga.
- Estudiantes que presentan la matrícula regular.
- Estudiantes que asistan regularmente a clases cuando se aplique el instrumento y programa educativo.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que acepten el estudio previa autorización de su padre o apoderado.

3.3.4. Criterios de exclusión:

- Estudiantes que pertenecen a otro grado de la Institución Educativa.
- Estudiantes que incumplan con el total de sesiones educativas.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el cuestionario para obtener información acerca de los conocimientos que poseen los estudiantes sobre primeros auxilios.

Para desarrollo del Programa Educativo se utilizó como técnicas educativas las sesiones educativas teóricas.

La encuesta estructurada (cuestionario) sirvió para medir el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios que está compuesta por 20 ítems, se evaluó de 0 a 20, siendo los parámetros de 0 a 10 deficiente, de 11 a 14 regular, de 15 a 17 bueno y de 18 a 20 excelente.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación de los instrumentos (cuestionario y programa educativo), fue revisada por 03 expertos en el tema, como personal del servicio de emergencia y afines al tema, siendo los profesionales que validan los instrumentos son:

Magister Jesús Roger Chávez Parillo, Asesor metodológico, docente de la Universidad Alas Peruanas.

Lic. Yeni Angélica Zea Vilca, Especialista en emergencias y desastre, docente de la Universidad Alas Peruanas.

Magister Hortencia Virginia Peralta Tresierra, Mg. Salud Pública, docente de la Universidad Alas Peruanas.

La validación del instrumento fue evaluado por los expertos en el tema, las opiniones que emitieron fueron tomados en cuenta, modificando así algunos ítems del cuestionario.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se coordinó con el Sr. Director de la Institución Educativa Leónidas Bernedo Málaga, el cual se solicita el permiso correspondiente para la ejecución del instrumento del proyecto.

Se presentó el oficio emitido por la escuela académica de enfermería y se aprobó la autorización del Sr. Director de la Institución Educativa.

Aceptada la autorización se procedió a la entrega del consentimiento informado a la población de estudio para proceder a la recolección de datos.

Posteriormente se aplicara el Pre-Test (cuestionario de nivel de conocimientos sobre primeros auxilios) en la población de estudio, para valorar el nivel de conocimientos antes de aplicación del programa educativo.

Aplicación del programa educativo en la población de estudio la cual tuvo una duración de cuatro semanas ,divididas de cuatro sesiones educativa, donde los días y horas fueron los mismos durante las cuatro semanas ya que se usó la hora de tutoría(martes de 1:20 pm a 2:10 pm).

Primera sesión estuvo dividida en dos temas introducción a los primeros auxilios y botiquín.

Segunda sesión se dividido en dos temas RCP (resucitación cardio pulmonar), y OVACE (obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños).

Tercera sesión educativa se divide en tres temas como esquince, luxación y fracturas.

Cuarta sesión educativa se divide en tres temas siendo estos los últimos quemaduras, heridas y hemorragias.

Se aplica el post test (cuestionario de nivel de conocimientos), terminada de aplicar las cuatro sesiones educativas

La tabulación y análisis de los resultados de los datos recolectados se procesó mediante una matriz de datos en el programa IBM SPSS Statistics-22.0 y se utilizó la prueba estadística T de Student.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el capítulo IV se dan a conocer los resultados que se obtuvieron después de la aplicación del instrumento y programa educativo sobre primeros auxilios del proyecto de investigación, los resultados están en base a los objetivos e hipótesis que se planteó, se presentan cinco tablas de frecuencia.

Tabla 1

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD, I.E. MONSEÑOR LEONIDAS BERNEDO MALAGA, YARABAMBA 2017.

EDAD	Fi	%
12 Años	12	42,9
13 Años	12	42,9
14 Años	4	14,3
Total	28	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se aprecia que las edades de la población en estudio oscilan entre los 12 y 14 años, observándose que el porcentaje mayoritario es de 42.9 % y corresponde a las edades de 12 y 13 años, el porcentaje minoritario lo representa la edad de 14 años con un 14.3%.

Tabla 2

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO, I.E. MONSEÑOR LEÓNIDAS BERNEDO MÁLAGA, YARABAMBA 2017.

SEXO	Fi	%
FEMENINO	11	39,3
MASCULINO	17	60,7
Total	28	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se observa que la población masculina representa el mayor porcentaje con un 60.7%, con relación a la población femenina que tiene solo un 39.3%.

Tabla 3

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS, I.E. MONSEÑOR LEÓNIDAS BERNEDO MÁLAGA, YARABAMBA 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Fi	%
EXCELENTE	0	0
BUENO	3	10,7
REGULAR	13	46,4
DEFICIENTE	12	42,9
TOTAL	28	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se aprecia que el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre primeros auxilios antes de la aplicación del programa educativo fue regular en el 46,4 % y deficiente en el 42.9%; mientras que solo un 10,7% tuvo un nivel bueno y en ningún caso se encontró un nivel excelente.

PRUEBA DE HIPOTESIS

H1: Es probable que el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios sea deficiente en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo.

H0: Es probable que el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios no sea deficiente en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo.

Se acepta la hipótesis (H1), ya que antes de la aplicación del programa educativo (pre test) el nivel de conocimientos de la población de estudio se encontraba entre un promedio regular y deficiente, se rechaza la hipótesis (H₀).

Tabla 4

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS, I.E. MONSEÑOR LEÓNIDAS BERNEDO MÁLAGA, YARABAMBA 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Fi	%
EXCELENTE	5	17,9
BUENO	18	64,3
REGULAR	5	17,9
DEFICIENTE	0	0
TOTAL	28	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se aprecia que el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre primeros auxilios después de la aplicación del programa educativo fue bueno en el 64.3 % y excelente en un 17.9 %; mientras que solo un 17.9 % tuvo un nivel regular y en ningún caso se encontró un nivel deficiente.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

H₂: Es probable que el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en los estudiantes sea excelente después de la aplicación del programa educativo.

H₀: Es probable que el nivel el nivel conocimiento sobre primeros auxilios en los estudiantes no sea excelente después de la aplicación del programa educativo.

Se acepta la hipótesis (H₂) y se rechaza la (H₀), ya que después de la aplicación del programa educativo el nivel de conocimientos en la población de estudio se incrementó considerablemente un 82.1% entre los promedios bueno y excelente.

Tabla 5

POBLACION EN ESTUDIO SEGÚN MAGNITUD DE LA DIFERENCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS, YARABAMBA 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
CONOCIMIENTOS PRE TEST	11,2857	28	2,08801	0,39460
CONOCIMIENTOS POS TEST	15,7857	28	1,52406	0,28802

Fuente: Elaboración propia

$$t = 11.067; \quad gl = 27; \quad p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$$

En la tabla 5; se observa que las medias del nivel de conocimiento sobre primeros auxilios de la población de estudio en el pre test y post test tienen una diferencia de 4.5 puntos, siendo el mayor valor en el post test.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Es probable que el programa educativo aumente de manera significativa el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.

Con un nivel de confianza del 95% y un p-valor = 0,000 < 0,05, existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes ($\bar{X} = 11.2857$) y después ($\bar{X} = 15.7857$) de la aplicación del programa educativo sobre primeros auxilios, evidenciándose un significativo incremento del nivel de conocimientos en el post test, por lo que se acepta la hipótesis alternativa (H3) y se rechaza la hipótesis nula (H0).

Por lo tanto, el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en la población de estudios se ha incrementado considerablemente después de la aplicación del programa educativo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La capacidad de desempeño eficaz del profesional de enfermería está compuesta por diversas acciones, actitudes, habilidades intelectuales y/o técnicas sobre todo el donde servicio al prójimo en bien y mejora de la salud de la persona, familia y comunidad.

Estas características profesionales se verán reflejadas a partir del actuar eficiente de la enfermera, empleando principios éticos al momento de ejercer la profesión, la enfermera comunitaria tiene la ardua tarea de trabajar, enfocarse en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Los primero auxilios se definen como acciones inmediatas que se realizan para salvaguardar de la vida del accidentado con la finalidad de estabilizarlo hasta que llegue la ayuda especializada, mundialmente existe organizaciones como comité de cruz roja y cruz medialuna roja, las cuales son símbolo de primeros auxilios en el mundo siendo los difusores en técnica de asistencia primaria cuya formación y educación son esenciales para salvaguardar vidas.

Por ello es indispensable que la enfermera comunitaria aborde, enfatice temas de prevención y autocuidado como primeros auxilios en diversos espacios sociales, permitiendo así prevenir y actuar en situaciones de emergencia.

En la investigación se observa, que el mayor porcentaje es de 42.9 % correspondiente a las edades de 12 y 13 años respectivamente, el menor porcentaje lo representa la edad de 14 años con un 14.3%, teniendo como edad media 12.71, en una investigación similar Fajardo M. & Gomez G. en su estudio denominado "Modelo educativo sobre emergencias escolares", presento una población de estudio entre los 6 y 18 años, que son las edades más propensas a captar la información y educación que se brinde. Por otro lado se encontró que la mayor parte de la población en estudio pertenece al sexo masculino con un 60.7% y la menor parte al sexo femenino con un 39.3%.

Se aprecia que el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre primeros auxilios antes de la aplicación del programa educativo fue regular en el 46,4 % y deficiente en el 42.9%; mientras que solo un 10,7% tuvo un nivel bueno y en ningún caso se encontró un nivel excelente, resaltando que los alumnos recibieron anteriormente algunos conocimientos básicos sobre primeros auxilios por una institución superior técnica, según la investigación realizada por Guerra P. antes de la aplicación del taller educativo el 40% de la población poseía un nivel de conocimientos regular y bajo, y no obstante después de la aplicación del taller educativo la población de estudio incremento su conocimientos entre regular y alto, afirmando el taller educativo tuvo un efecto positivo en la población.

Cabe mencionar que después de la aplicación del programa educativo sobre primeros auxilios, el nivel de conocimientos de los estudiantes mejoro siendo bueno en el 64.3 % y excelente en un 17.9 %; mientras que solo un 17.9 % tuvo un nivel regular y en ningún caso se encontró un nivel deficiente, así mismo

Cazul, Rodríguez, Sanabria y Hernández(2007), en su resultado final de su investigación concluyen las calificaciones alcanzadas después de la prueba de salida(post test), en los escolares y docentes fueron optimas, no obstante Ríos C.,(2010) en su estudio realizado a docentes de una escuela de niños especial da a conocer que después de aplicar su programa educativo se evidencia el 100% de efectividad del programa y eso a su vez ayudara a mantener y propiciar la integridad niño especial evitando riesgo.

De manera similar Juárez V. (2008), obtuvo en su investigación: Primeros auxilios para la mejora de prácticas en accidentes más frecuentes asentamiento humano Santa Rosa Huachipa, que el 97% de su población de estudio tiene un nivel de conocimientos excelente sobre primeros auxilios.

En relación a la diferencia del nivel de conocimiento sobre primeros auxilios de la población de estudio en el pre test y post test se encontró una diferencia de 4.5 puntos, siendo el mayor valor en el post test. Con un nivel de confianza del 95% y un p-valor = 0,000 < 0,05, existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes ($\bar{X} = 11.2857$) y después ($\bar{X} = 15.7857$) de la aplicación del programa educativo sobre primeros auxilios, evidenciándose un significativo incremento del nivel de conocimientos en el post test, el efecto positivo de estos resultados se dan por múltiples factores siendo estos , la buen aceptación e interés de los estudiantes por adquirir mayor conocimientos sobre primeros auxilios , participación activa durante la ejecución del programa educativo, reforzamiento de los temas antes del inicio de cada sesión educativa.

Por lo tanto se concluye que la aplicación del programa educativo mejoró e incrementó considerablemente el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en los alumnos, considerando la eficacia del programa educativo sobre primeros auxilios.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** En el presente estudio se ha encontrado que las edades de la población de estudio su porcentaje mayoritario es de 42.9 % y corresponde a las edades de 12 y 13 años respectivamente, por otro lado el porcentaje minoritario lo representa la edad de 14 años con un 14.3%. En relación al sexo la población masculina ocupa el mayor porcentaje con un 60.7%, y la población femenina un menor porcentaje de 39.3%.
- SEGUNDA:** En relación al nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo se encontró que el 46.4% tiene conocimiento regular, mientras que el 42.9% conocimiento deficiente y finalmente un 10.7% posee conocimiento bueno.
- TERCERA:** En cuanto al nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en los estudiantes después de la aplicación del programa educativo, se aprecia que el 64.3 % obtuvo conocimientos buenos y el 17.9 % conocimientos excelente, mientras que el 17.9% tiene conocimientos regulares y ninguno conocimientos deficientes.
- CUARTA:** Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existen diferencias estadísticamente significativas ($p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$) entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes ($\bar{X} = 11.2857$) y después ($\bar{X} = 15.7857$) de la aplicación del programa educativo.

QUINTA: La aplicación de un Programa Educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en escolares del primero de secundaria ha sido eficaz, con un incremento de manera significativo del nivel de conocimientos sobre primeros auxilios.

En el post test, se aprecia que el nivel de conocimientos es bueno en el 64.3%, en caso de excelente en el 17.9%, por lo que se concluye que el programa educativo sobre primeros auxilios es altamente eficaz, para incrementar el nivel de conocimientos en estudiantes del primero de secundaria.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones están dirigidas al Sr. Director de la institución Educativa.

PRIMERA: Las recomendaciones están dirigidas al Sr. Director de la institución educativa, personal de salud y autoridades en general del distrito para fomentar la ejecución de programas educativos sobre primeros auxilios en toda la población en general que van desde niños hasta el adulto mayor, sin distinción de edades, sexo ya que todos tienen la capacidad de captar los conocimientos por distintos medios y métodos de aprendizaje. Solo es necesaria la organización en diversos espacios sociales, instituciones locales y distritales.

SEGUNDA: Insertar en la currícula escolar temas que aborde la prevención y autocuidado en las asignaturas afines, en relación a la promoción de la salud y autocuidado, enfatizando temas como primeros auxilios y prevención de accidentes.

TERCERA: Fortalecer de forma constante los conocimientos sobre primeros auxilios a los estudiantes de la institución educativa a través de programas educativos, ya que al recibir capacitación progresivamente mejoran los conocimientos y al momento de actuar ante una eventualidad se corre menor riesgo de cometer errores. Los docentes también deberían recibir capacitaciones en relación al tema ya que ellos son los agentes que pueden fortalecer dichos conocimientos

CUARTA: Se recomienda replicar el programa educativo sobre primeros auxilios en toda la institución educativa, ya que si alumnos de menor grado pudieron lograr incrementar sus conocimientos

sobres primeros auxilios , también pueden lograrlo los alumnos de grados superiores.

QUINTA: Coordinar con el puesto de salud de la localidad y autoridades para elaborar estrategias de fortalecimiento entre instituciones para capacitaciones constantes a los alumnos. La enfermera tiene la tarea indispensable de enfatizar en la promoción de la salud y el autocuidado, a través de talleres de aprendizajes teóricos-prácticos, para mejorar el bienestar de la persona, familia y comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institucional 2008-2011. Pliego 011. [en línea] 2007.[fecha de acceso el 6de Septiembre del 2012] [p. 21] URL disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Peru-Plan_Estrategico_Institucional_2008-11.pdf.
2. OMS y UNICEF; Centro de prensa, Ginebra/Hanoi/Nueva York por Laura Sminkey) [en línea].2008 [fecha de acceso el 15 de abril 2012] URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/>.
3. INEI instituto nacional de estadísticas e informática. Sistema Estadístico Nacional Perú Compendio Estadístico Nacional. [en línea]. 2007. [fecha de acceso el 10 de de Septiembre del 2012] URL disponible en: <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0774/libro.pdf>.
4. Federación internacional de sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja 2000. Programa de salud para México, Centro América y Panamá [en línea] [fecha de acceso el 10 de abril 2012] URL disponible en: <http://www.cruzroja.org/salud/redcamp/sal-prauxi/Lider-PriAux.htm>.
5. UNICEF [en línea] [fecha de acceso el 17 de septiembre del 2013] URL disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm.
6. Fajardo Mam, Gómez Gim, Corredor Pda, Mondragón Rgm, Ortegón Rjp, Tovar CDL. Modelo educativo sobre emergencias escolares. Aquichan (Colombia) 2009;9 (1):50-61.[fecha de acceso 23 de abril2012].URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465006>.

7. Tenorio D, Marino E, Garzón Es, Castaño C, Acevedo A, William Martínez J. Efectividad de Intervenciones Educativas en Primeros Auxilios. Investigaciones Andina (Colombia) 2009; 11(18):81-91 [fecha de acceso 23 de abril de 2012] .URL disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=239016503007>.
8. Cazull, I, Rodríguez, A, Sanabria Ramos Giselda, Hernández Heredia Raúl. Enseñanza de los primeros auxilios a escolares de cuarto a noveno grados. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Jun [citado 2017 Jun 13];33(2):Disponible.en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662007000200006&lng=es.
9. Damas, K y Valerio Palacin Xiomara. Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento y práctica sobre primeros auxilios en estudiantes de 4to de secundaria de la institución educativa Felipe Santiago Estenos Chaclacayo.,Tesis de pre grado escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la universidad Ricardo palma lima Perú 2014.
10. Guerra , P. Eficacia de un taller educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en accidentes escolares en los docentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen. San Juan de Lurigancho. [Tesis de Pregrado].Lima: Universidad del Callao; 2011.
11. Ríos , C. Efectividad de un programa educativo “Pensando y Actuando” en los conocimientos de los docentes de niños especiales sobre Primeros Auxilios en el centro de educación básica especial Reverenda Madre Mariana. San Juan de Miraflores [Tesis de Pregrado].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

12. Juárez , V. Los primeros auxilios para las mejores prácticas en accidentes más frecuentes: una necesidad para el desarrollo sostenible del asentamiento humano Santa Rosa – Huachipa. [Tesis de Pregrado].Lima: Escuela de Enfermería Padre Luís Tezza. Afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2008.
13. Achircana, F, Imata , M. Impacto de un programa educativo para prevenir accidentes en el hogar en madres de niños de 3 a 5 años institución educativa Alto Alianza- Hunter, tesis Arequipa Universidad Nacional San Agustín 2015.
14. Meiriño,L, y Vasquez, M., Claudio. Palacio, Ma Marta.Modelo de promoción de la salud Nola Pender. disponible en la web: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>.
15. Cisneros G Fanny. Introducción a los Modelos y Teorias de Enfermeria universidad del Cauca programa de Enfermeria Popayan Agosto de 2002 disponible.en <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
16. Martínez, E. Seminario de proyecto terminal .Disponible en la web :https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/maestria/documentos/LECT35.pdf
17. Disponible en página web: http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/iraunkortasuna_hezkuntza/en_interven/adjuntos/publicaciones/MODELO_DE_PROGRAMA_EDUCATIVO_Y_EVALUACION_FORMADORA.pdf.

18. WARNER, K. Y Willis, S. psicología de la vejez adulta y la vejez. 5ta ed. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2003. Pagina. 377.
19. Potter, P y Perry, A. fundamentos de enfermería. 5ta ed. Vol 1. España: Elsevier Mosby, 2001 página. 499.
20. Davini, M. Paradigma y Prácticas de evaluación en programas educativos para el personal de Salud. Washington: OPS, 2006. P. 3.
21. López, A. (2010). Historia del conocimiento. Recuperado de:
<http://www.monografias.com/trabajos/marcono/marcono.shtmlpdf>. Acceso el 24/02/2015.
22. Cúmar, C. (2008). Los tipos de conocimientos. Disponible en: [http://www.tipos de conocimientos/Cueva.monografias.com/trabajos.shtml](http://www.tipos_de_conocimientos/Cueva.monografias.com/trabajos.shtml). Acceso el 04/03/2014.
23. Hessen, J. (1993). Teoría del conocimiento. Pág. 59-69.
24. Primeros auxilios y entorno educativo pág.9-10 disponible en:
http://servicios2.abc.gov.ar/primeros_auxilios/manual_de_primeros_auxilios_para_escuelas.pdf.
25. Manual de Primeros Auxilios, Cruz Roja Peruana Filial Arequipa paginas 4,5 ,6.
26. Guía de primeros auxilios servicio de salud y riegos laborales en centros educativos disponible en :

http://profex.educarex.es/profex/Ficheros/RiesgosLaborales/Guia_Primeros_Auxilios.pdf.

27. Aspectos destacados de la actualización de las Guías de la AHA para RCP y ACE DE 2015 disponible en la web.
<http://ceisal.com/2015/10/actualizacion-RCP-nuevas-recomendaciones-erc/>.

28. Guía de soporte vital básico y DEA Actualizado según edición 2016 disponible en la web.
<http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Guias%202015/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>.

29. Documentación de enfermería hospital general universitario Gregorio Marañón, comunidad de Madrid, OVACE , Entrada en vigor:1/03/2013
Página 1 a 8, disponible en la web:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352812763916&ssbinary=true>.

30. Rodríguez, K., Y Cortez, S, Navarro, J. Artículo de investigación, obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños Colombia septiembre 2009, Pag.22, 24.

31. Manual de primeros auxilios, Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño OVACE , disponible en la web:
<http://files.sfcesde1.webnode.es/20000012535cb337cdd/OVACE%20PR.pdf>

32. García, A, y. Gómez, G. Cirugía tomo II, Habana 2006, en la Pag.685-686.
33. Tortora J, Y Rerrickson, B. Principios de anatomía y fisiología 11° edición México 2011 pág. 187,225 ,227.
34. Manual De Enfermería Zamora Tema 11 sistema musculo esquelético cuidados de enfermería. pág. 390, 391 ,393 ,402 ,403.
35. González, J. Y Arévalo J. Servicio De Cirugía Plástica Y Unidad De Grandes Quemados. *Unidad De Cuidados Intensivos. Hospital Universitario De Getafe. Madrid. en el tema Tratamiento pre hospitalario del paciente quemado crítico Madrid España. pag.299-300.
36. Píriz, R, Enfermería médico quirúrgico capítulo 73, quemaduras pag 1124,1126.
37. Rodríguez, E. Revisado Por: María Soledad Zuzulich. Directora de Salud Estudiantil Manual De Primeros Auxilios Santiago, septiembre de 2011 pag.22, 24.
38. Ccañihua, M. Y , Anchante, G, Influencia de una intervención educativa sobre primeros auxilios en quemaduras en el conocimiento de las madres del programa desayuno escolar gratuito villa el salvador Lima 2014 pag.18-22.
39. Rodríguez F. Y , Becerra J. , Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Málaga. tema heridas. Pag.3-7.

40. Primeros Auxilios en heridas y hemorragia disponible en la web:
<http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-2097/%7BCC02FCC5-CE25-4E6F-80C35D42F373CC3E%7D/2012/S1/PRIMEROS%20AUXILIOS%20EN%20HERIDAS%20Y%20HEMORRAGIAS.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: EFICACIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN ESTUDIANTES DEL PRIMERO DE SECUNDARIA DE LA I.E. MONSEÑOR LEÓNIDAS BERNEDO MÁLAGA, YARABAMBA 2017.

Problema general: ¿Cuál es la eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017?	Objetivo general: Determinar la eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.	Hipótesis general: Es probable que el programa educativo sea eficaz y que aumente de manera significativa el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en los estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.	Variable (X): Programa educativo en primeros auxilios. Dimensiones: ➤ Primeros auxilios Generalidades.	Tipo: Cuantitativo Nivel de investigación: Explicativo Diseño de la investigación Pre experimental bivariado de corte transversal, prospectivo de campo.
--	--	---	---	--

<p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios antes de la aplicación del programa educativo en estudiantes del primero de secundaria?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios después de la aplicación de un programa educativo en estudiantes del primero de secundaria?</p> <p>¿Cuál es la magnitud de la diferencia entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación de un programa educativo en los estudiantes del primero de secundaria?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes del primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios antes de la aplicación del programa educativo en estudiantes del primero de secundaria.</p> <p>Determinar el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios después de la aplicación del programa educativo en estudiantes del primero de secundaria.</p> <p>Determinar la magnitud de la diferencia entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación del programa educativo en los estudiantes del primero de secundaria.</p>	<p>Hipótesis específica:</p> <p>H1: Es probable que el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios sean deficientes en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo.</p> <p>H0: Es probable que el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios no sean deficientes en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo.</p> <p>H2: Es probable que el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en los estudiantes sea excelente después de la aplicación del programa educativo.</p> <p>H0: Es probable que el nivel el nivel conocimiento sobre primeros auxilios en los estudiantes no sea excelente después de la aplicación del programa educativo.</p> <p>H3: Existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación del programa educativo.</p> <p>H0: No existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la aplicación del programa educativo.</p>	<p>➤ RCP básico y OVACE</p> <p>➤ Fracturas, esguinces y luxaciones</p> <p>➤ Heridas, hemorragias y quemaduras.</p> <p>Variable (Y): Conocimientos en primeros auxilios.</p> <p>Dimensiones: Conocimientos sobre primeros auxilios. Conocimientos en RCP Y OVACE. Conocimiento en fracturas, luxaciones y esguince. Conocimiento herida, hemorragias y quemaduras.</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> $Ge = O_1 \times O_2$ </div> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Variable (x): Programa educativo (primeros auxilios)</p> <p>Variable (y) Cuestionario de evaluación de conocimientos sobre primeros auxilios. Antes y después del programa educativo denominados un pre-test y post test.</p>
---	--	---	---	--

ANEXO 2



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CUESTIONARIO**

Estimado estudiante, me encuentro realizando un estudio de investigación denominado Eficacia de un programa educativo en el nivel conocimiento sobre Primeros Auxilios. Esta encuesta es sumamente importante para realizar la presente investigación, por lo tanto le pido a usted que pueda responder con la mayor veracidad posible, ya que es de carácter anónimo ayudando así a la obtener buenos resultados. Muchas Gracias.

Instrucciones: Completa los espacios en blanco y marca con un aspa (X) la respuesta que consideres correcta.

I. Datos Generales

1. Edad.....años 2. Sexo (F) (M) 3. Sección.....

II. CONOCIMIENTOS:

1. ¿Qué son los Primeros Auxilios?

- a) Es rescatar a una persona herida que ha sufrido un accidente.
- b) Son las acciones que se realiza varias horas pasadas la emergencia.
- c) Es la atención inmediata que se da a una persona que ha sufrido un accidente.
- d) Es un conjunto de procedimientos dirigidos a atender el dolor.

2. Los Primeros Auxilios son importantes porque:

- a) Se usa material de alta calidad.
- b) Disminuye el dolor que provocó el accidente.
- c) Ayuda a la recuperación de la conciencia.
- d) Salvaguardar la vida de la persona.

- 3. ¿Que debe contener el botiquín del aula?**
- a) Solo pastillas para el dolor.
 - b) Vendas elásticas, pastillas para el vómito.
 - c) Guantes, gasas, vendas, alcohol, tijera, algodón.
 - d) Pastillas, algodón y jeringas.
- 4. ¿Cuál es la secuencia de pasos si ve a una persona desmayada?**
- a) Socorrer, avisar, huir.
 - b) Avisar, mirar, escapar.
 - c) Proteger, avisar, socorrer.
 - d) Observar y llamar por su nombre.
- 5. ¿Cuál es la posición de espera usada después de atender a la víctima?**
- a) Posición echado boca arriba.
 - b) Posición lateral de seguridad.
 - c) Posición de boca abajo.
 - d) Posición semisentado.
- 6. ¿Cuándo empezamos a dar Resucitación cardiopulmonar a una víctima?**
- a) Cuando la víctima esté consciente y respire.
 - b) Cuando la víctima no respire y no responda con normalidad.
 - c) Cuando la víctima esté inconsciente y tenga pulso.
 - d) Cuando la víctima este despierta.
- 7. ¿Si está sólo(a) cuantos masajes cardiacos darías en un minuto a una persona adulta con paro cardio-respiratorio?**
- a) De 40 a 60 masajes.

- b) De 70 a 90 masajes.
- c) De 100 a 120 masajes.
- d) De 130 a 150 masajes.

8. ¿Qué es lo primero que haces para empezar a realizar reanimación cardiopulmonar?

- a) Verifico conciencia, respiración y pulso.
- b) Verifico respiración y pulso.
- c) Verifico pulso y conciencia.
- d) Verifico solo el estado de conciencia.

9. ¿Cuáles son los signos leves de un atragantamiento?

- a) No habla, no respira, y esta morado.
- b) Responde “sí”, puede hablar, toser y respirar.
- c) Puede toser y reírse.
- d) No responde, pero respira.

10. En caso de atragantamiento ¿Qué se debe hacer?

- a) Dar respiración boca a boca.
- b) Dar abundante agua.
- c) Usar la Maniobra de Heimlich.
- d) Inhalar alcohol.

11. ¿Qué es un esguince?

- a) Lesión de uno o más ligamentos.
- b) Ruptura de la articulación.
- c) Lesión del músculo.
- d) Dolor del hueso.

12. ¿Qué es una luxación?

- a) El desplazamiento de los tendones.
- b) El estiramiento y desplazamiento del músculo.
- c) Es el desplazamiento del hueso fuera de la articulación.
- d) Es la Inflamación del hueso

13. ¿Qué es una fractura?

- a) Ruptura de los venas.
- b) Dolor intenso del hueso.
- c) Ruptura de los ligamentos del músculo.
- d) Ruptura del hueso(fisura y ruptura).

14. ¿Qué acciones realizarías si se presenta una luxación?

- a) Observar hasta que pase el dolor.
- b) Inmovilizar el miembro afectado y llevarlo al puesto de salud más cercano.
- c) Levantar y frotar el miembro afectado.
- d) Intentar colocar en su lugar.

15. ¿Cuáles son los signos y síntomas de una fractura?

- a) Inflamación, calambres y sangrado.
- b) Dolor y cambios de la coloración de la piel.
- c) Dolor intenso, inflamación y pérdida del movimiento.
- d) Solo hay dolor y calor.

16. ¿Cómo reconoce una quemadura de primer grado?

- a) Enrojecimiento, dolor e hinchazón de la piel.
- b) Dolor y ampollas en la piel.
- c) Heridas profundas sin dolor.

d) Heridas con secreciones.

17. ¿Qué harías si se presenta una herida (raspón) en la pierna?

- a) Retirar la ropa y echar alcohol.
- b) Limpiarla la herida y dar una pastilla para el dolor.
- c) Retira la ropa, lavar la herida y cubrir con gasa.
- d) Solo cubrir la herida.

18. ¿Qué pasos realizas si la víctima presenta una quemadura por agua caliente en la pierna?

- a) Retirar la ropa, echar agua con hielo.
- b) Retirar la ropa y colocar en abundante agua fría.
- c) Colocar en agua tibia y retirar la ropa.
- d) Colocar en agua fría y pasta dental.

19. ¿Qué es una hemorragia?

- a) Salida de sangre de las venas, arterias y capilares.
- b) Salida de sangre de las venas y pulmones.
- c) Salida de sangre de las arterias, venas y huesos.
- d) Salida de sangre solo de las arterias.

20. ¿Qué acciones realizas en una hemorragia del brazo?

- a) Hacer torniquete y esperar que pase el sangrado.
- b) Lavar y observar.
- c) Llevar inmediatamente a un establecimiento de salud.
- d) Compresión, elevación y llevarlo a un establecimiento de salud



Muchas gracias, DIOS te bendiga.

Anexo 3
INSTRUCTIVO

GUÍA DE RESPUESTAS DE CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS PARA ESTUDIANTES

El cuestionario consta de 20 preguntas estructuradas con múltiples respuestas, la distribución de puntaje es de 1 punto por respuesta correcta y 0 por respuesta incorrecta, en cada pregunta solo hay una opción que es la correcta.

PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	PUNTUACIÓN
1	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
2	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 0 D: 1
3	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
4	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
5	opción múltiple	A: 0 B: 1 C: 0 D: 0
6	opción múltiple	A: 0 B: 1 C: 0 D: 0
7	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
8	opción múltiple	A: 1 B: 0 C: 0 D: 0
9	opción múltiple	A: 0 B: 1 C: 0 D: 0
10	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
11	opción múltiple	A: 1 B: 0 C: 0 D: 0
12	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
13	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 0 D: 1
14	opción múltiple	A: 0 B: 1 C: 0 D: 0
15	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
16	opción múltiple	A: 1 B: 0 C: 0 D: 0
17	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 1 D: 0
18	opción múltiple	A: 0 B: 1 C: 0 D: 0
19	opción múltiple	A: 1 B: 0 C: 0 D: 0
20	opción múltiple	A: 0 B: 0 C: 0 D: 1

Anexo 4

ESCALA DE VALORACION DE INSTRUMENTO (CUESTIONARIO) INSTRUCTIVO DE LA ESCALA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

La escala de conocimientos, sirve para medir el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes del primero de secundaria sobre primeros auxilios; incluye 20 ítems.

CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
PUNTUACIÓN	0 - 10	11 - 14	15 - 17	18 - 20

Anexo 5



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
ASENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: Eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del Primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leonidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.

RESPONSABLE: Carla Katerina Huamani Salas

Estimado estudiante:

El presente estudio que se realizará consta de tres partes, en la primera parte se aplicará un cuestionario de 20 preguntas y que tendrá como duración aproximadamente 30 minutos, el cual, medirá el conocimiento en primeros auxilios, en la segunda parte se aplicara un programa educativo que se dividirá en cuatro sesiones educativas en la que se enseñara de forma teoría en temas de primeros auxilios, y la tercera parte se volverá a aplicar el cuestionario para medir la eficacia del programa educativo y cuanto aprendió de los temas.

La participación es voluntaria; este programa te ayuda a conocer y determinar los conocimiento en relación en primeros auxilios; así se podrá tomar alternativas de solución cuando se presente una situación que requiera tu ayuda, participando de las sesiones educativas incrementarás tus conocimientos del tema a tratar, como respuesta a esto, sabrás el manejo y uso correcto de las medidas preventivas. Se te garantiza la plena confiabilidad de los datos obtenidos y que sólo serán usados por las investigadoras para cumplir los objetivos de la presente investigación.

AUTORIZACIÓN

Luego de haber leído la explicación detallada por la investigadora del estudio

Yo:.....

Acepto voluntariamente participar del estudio.

.....
Firma del estudiante

Anexo 6



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TÍTULO:” Eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del Primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017.”

RESPONSABLE: Carla Katerina Huamani Salas
Estimado Padre de familia o apoderado:

Se solicita su autorización para que su menor hijo(a) pueda participar en forma voluntaria y de manera anónima en el estudio que tiene como objetivo determinar el conocimiento sobre primeros auxilios en estudiantes del primero de secundaria.

El presente estudio que se realizará consta de tres partes, en la primera parte se aplicará un cuestionario de 20 preguntas y que tendrá como duración aproximadamente 30 minutos, el cual, medirá el conocimiento en primeros auxilios, en la segunda parte se aplicara un programa educativo que se dividirá en cuatro sesiones educativas en la que se enseñara de forma teoría sobre primeros auxilios, y la tercera parte se volverá a aplicar el cuestionario para medir la eficacia del programa educativo y cuanto aprendió de los temas.

El beneficio del estudio es que su menor hijo recibirá sesiones educativas acerca de los primeros auxilios, ya que esto no solo le servirá a su menor hijo, sino que esto ayudara a prevenir, actuar , enseñar cuando se presente una situación en la que requiera asistencia inmediata en la institución educativa ,familia, comunidad, y poder salvar vidas.

Cabe resaltar que el estudio no conlleva a ningún riesgo para su menor hijo y en el caso de no aceptar la participación, no se tomará ningún tipo de acción en contra suya o de su menor hijo; así mismo si acepta participar puede retirarse del estudio en el momento que desee.

AUTORIZACIÓN

Luego de haber leído la explicación detallada por las investigadoras del estudio sobre la “Eficacia de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en estudiantes del Primero de secundaria de la I.E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, Yarabamba 2017”.

Yo:.....
con DNI.....Voluntariamente doy mi autorización para
que mi menor hijo(a):.....

.....
Participe en el presente trabajo de investigación que se me puso en
conocimiento.

.....
Firma del padre o apoderado

Anexo 7
Programa educativo



**Programa Educativo
sobre Primeros Auxilios
para Escolares.**



AREQUIPA-PERÚ

2017

Primeros Auxilios

Basado en conocimientos, una cultura
reflejada para la salud



I. JUSTIFICACIÓN

La educación para la salud es un conjunto de componentes que promueve cambios en el proceso-enfermedad. En dicho proceso compartido, el personal de salud en la comunidad hará la búsqueda, identificación y resolución del problema, de tal forma se adquirirá diversos conocimientos y habilidades. Existen muchas maneras de educar y enseñar, lo importante es que la educación tenga una función transformadora, logrando así un cambio.

La Enfermería tiene una de las labores más esenciales en salud, la de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Al estar en contacto con la comunidad, se reconoce que hoy en día la población necesita adquirir conocimientos básicos para conservar su salud.

Es muy común que se presenten accidentes en las instituciones educativas las cuales pueden ser de proporción leve, moderada o grave. Según los reportes de los centros asistenciales de salud se presentan casos donde estudiantes de distintos niveles educativos (inicial hasta superior) han sufrido algún tipo de accidente en sus centros de estudios, las consecuencias de tales incidentes pueden ir de la forma más leve hasta la forma letal. Mucho de estos casos son prevenibles si se actúa oportunamente y de manera adecuada, sin embargo muchos de estos casos no recibieron la atención adecuada por falta de preparación en la materia.

Frente a estas necesidades fundamentales poner en práctica un programa educativo sobre primeros auxilios en escolares, para brindar los conocimientos teóricos que les permitan intervenir de manera adecuada cuando se suscite una emergencia en su centro de estudios.

La finalidad del presente programa es contribuir a la difusión de la cultura preventiva en la comunidad estudiantil.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- ✚ Brindar una capacitación teórica sobre primeros auxilios a los estudiantes del nivel secundario para hacer frente a las situaciones de emergencia y urgencias que requiera asistencia básica inmediata.

Objetivos específicos:

- ✚ Brindar capacitación teórica en el manejo de RCP y OVACE para estudiantes del nivel secundaria.
- ✚ Brindar capacitación teórica en el manejo de esguinces, luxaciones y fracturas.
- ✚ Brindar capacitación teórica en el manejo de quemaduras, heridas y hemorragias.

III. ETAPAS DEL PROGRAMA

a) Diseño del programa

Comprendió la elaboración de la estructura del programa, desarrollo de implementación y evaluación.

b) Aprobación de la propuesta

La propuesta se puso en conocimiento a la Escuela Profesional de Enfermería, quien previa discusión y análisis, la aprobó para luego ser aplicada a la población objetivo.

c) Ejecución

En esta etapa se procedió a la aplicación del programa educativo por medio de la capacitación a los estudiantes del nivel secundario de la

Institución Educativa Monseñor Leónidas Bernedo Málaga, distrito de Yarabamba.

El programa educativo tuvo una duración de 6 semanas, las cuales se aplicó el pre test, seguidamente el programa educativo y finalmente el post test, las cuales están divididas en cuatro sesiones educativas las mismas que se desarrollaron en el lapso de 50 minutos, los días martes de 1:20 a 2: 10 pm en el aula de la institución educativa.

d) Evaluación:

1) Evaluación en general

- Se realizó una prueba de entrada antes de la aplicación del programa educativo, la que tuvo una duración de 15 minutos, la misma que se sometió a una calificación.
- Durante la aplicación del programa se evaluó los saberes previos y reforzamiento de los temas.
- Se realizó una evaluación final, una vez concluida la ejecución del programa educativo.

2) Evaluación de proceso

Se realizó mediante el control del avance de metas, cumplimiento de las actividades programadas y la participación constante de los estudiantes.

3) Evaluación de resultado

Durante el avance de las sesiones educativas, se pudo observar el interés de los estudiantes mediante su participación activa. Posteriormente se observó la mejora en sus habilidades y un incremento de sus conocimientos.

Posteriormente se evaluó el aprendizaje de los ejes temáticos tratados.

4) Evaluación del programa educativo

Se evaluó mediante la comparación de resultados, del pre-test y el pos-test.

IV. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA

- ✓ La metodología que se utilizó fue un plan de sesiones educativas de tipo expositivo.
- ✓ Se utilizó material audiovisual y material propio de primeros auxilios.
- ✓ Se hará entrega de trípticos para el reforzamiento por cada tema tratado.
- ✓ El desarrollo de los temas se realizó en cuatro sesiones siendo estas:

Primera sesión educativa

Tema 1:

Primeros Auxilios :(Definición, Objetivos, Intervención medidas de prevención de complicaciones).

Segunda sesión educativa

Tema 1:

RCP:(Definición, objetivos, clasificación, intervención, medidas de prevención de complicaciones).

Tema 2:

OVACE:(Definición, objetivos, clasificación., intervención, medidas de prevención de complicaciones).

Tercera sesión educativa

Tema 1:

Esguince: (Definición, objetivos, clasificación. intervención, medidas de prevención de complicaciones).

Tema 2:

Luxación:(Definición, objetivos, clasificación. Intervención, medidas de prevención de complicaciones).

Tema 3:

Fracturas:(Definición, objetivos, clasificación. Intervención, medidas de prevención de complicaciones).

Cuarta sesión educativa

Tema 1:

Quemaduras:(Definición, objetivos, clasificación, intervención, medidas de prevención de complicaciones).

Tema 2:

Heridas:(Definición, objetivos, clasificación, intervención, medidas de prevención de complicaciones).

Tema 3:

Hemorragias:(Definición, objetivos, clasificación, intervención, medidas de prevención de complicaciones).

V. RECURSOS**Recursos humanos**

- ✓ Responsable del proyecto Carla Katerina Huamani Salas.
- ✓ Alumnos de la I.E.
- ✓ Docentes de la Institución Educativa.
- ✓ Personal de apoyo.

Recursos materiales

- ✓ Aulas de la Institución Educativa.
- ✓ Auditorio de la Institución Educativa.
- ✓ Laptop.
- ✓ Cañón multimedia.
- ✓ Cámara fotográfica.
- ✓ Trípticos.
- ✓ papelotes, plumones, gráficos relacionados al tema.
- ✓ Material de escritorio (lapiceros, lápiz, borrador, corrector, resaltador, etc.)
- ✓ Papel, folder.
- ✓ Materiales para realizar la parte práctica como:
 - Botiquín.

- Vendas elásticas y de tela.
- Gasas.
- Apósitos.
- Guantes de látex.
- Agua destilada o suero fisiológico.
- Alcohol.
- Algodón.
- Férulas de distintos tamaños.
- Esparadrapo.
- Jabón.
- Lavador pequeño.
- Balde con cañito.
- Telas (para cabestrillos).

Recursos financieros

- ✓ Recursos propios de la responsable del programa educativo.

CRONOGRAMA DE SESIONES EDUCATIVAS

<i>SESIONES</i>	<i>CONTENIDO</i>	<i>DIA Y FECHA</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>TÉCNICA EDUCATIVA</i>
<i>PRE TEST</i>		12/10/2017	Carla Katerina Huamani Salas	Cuestionario
<i>PRIMERA SESIÓN</i>	Primeros auxilios	17/10/2017	Carla Katerina Huamani Salas	Material audio visual
<i>SEGUNDA SESIÓN</i>	RCP (resucitación cardio pulmonar) OVACE (obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños)	24/10/2017	Carla Katerina Huamani Salas	Material audio visual
<i>TERCERA SESIÓN</i>	Fracturas Luxación Esguince	31/10/2017	Carla Katerina Huamani Salas	Material audio visual
<i>CUARTA SESIÓN</i>	Quemaduras Heridas Hemorragias	07/11/2017	Carla Katerina Huamani Salas	Material audio visual
<i>POST TEST</i>		14/11/2017	Carla Katerina Huamani Salas	Cuestionario

PRIMERA SESIÓN
PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

1. PLANEAMIENTO

1.1 Tema : Introducción sobre primeros auxilios, un arma secreta de salvar vidas.

1.2 Responsable: Carla Katerina Huamani Salas.

1.3 Fecha : 17/10/2017.

1.4 Hora : 1:20 a 2:10 pm.

1.5 Tiempo : 50 min.

1.6 Lugar : I. E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga.

1.7 Participantes: Alumnos.

1.8 Recursos : Material audio visual y tríptico.

1.9 Objetivos:

- ✓ Brindar conocimientos básicos sobre primeros auxilios así como sus objetivos.
- ✓ Demostrar el uso, ubicación y contenido adecuado del botiquín.
- ✓ Desarrollar y aplicar los criterios de la conducta general del PAS (proteger, avisar y socorrer).

2. EJECUCIÓN

a) Introducción:

Muchas veces para afrontar una situación de emergencia de forma oportuna es indispensable actuar rápidamente para evitar que se genere más daño del que ya tiene la víctima, se debe tener la prioridad proteger, avisar y socorrer hasta llegar a tratar de estabilizar y evacuar a la víctima lo más posible establecimiento de salud. Al momento de socorrer a la víctima es necesario realizar

una serie de secuencias de atención, estas deben emplearse en el menor tiempo posible.

Teniendo en cuenta que una “urgencia/ayuda rápida” es un importante binomio de cuyo resultado depende en ocasiones, el pronóstico de la lesión y en otras incluso la vida del paciente.

El estado y la evolución de las lesiones derivadas de un accidente pueden depender de la rapidez y calidad de los primeros auxilios recibidos.

Se debe estar preparado y “predispuesto” para prestar esta ayuda inmediata, logrando así salvar una o más víctimas que puede estar en peligro sus vidas.

b) MOTIVACIÓN :

- ✓ Participación de los alumnos con saberes previos, videos de motivacionales, frases de reflexión.

c) DESARROLLO DEL TEMA:

Primeros auxilios

1. Definición

Los Primeros Auxilios son las medidas que se toman inicialmente en un accidente, donde ha ocurrido, “in situ”, hasta que aparece la ayuda sanitaria. Son actividades fundamentales ante una urgencia.

Los Primeros Auxilios están directamente relacionados con la salud, ésta según la OMS es un estado completo de bienestar físico, mental y social pero se puede incluir en el concepto de salud la capacidad del sujeto de hacer uso de los recursos personales, de encarar las dificultades y problemas de la vida. En este sentido podríamos considerar los Primeros Auxilios como parte de esos recursos personales para mantener la salud una vez que ha ocurrido un accidente.



2. Objetivos de los primeros auxilios

- ✚ Evitar la muerte.
- ✚ Impedir el agravamiento de las lesiones.
- ✚ Aliviar el dolor.
- ✚ Evitar infecciones o lesiones secundarias.
- ✚ Ayudar o facilitar la recuperación.

3. El botiquín de primeros auxilios.

Se establece que las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, específica que todo lugar de trabajo deberá disponer, como mínimo, de un botiquín portátil que contenga:

- ✚ Desinfectantes y antisépticos(alcohol, Isodime, furacin).
- ✚ Gasas estériles (apósitos, estampillas, mechas nasales).
- ✚ Algodón hidrófilo.
- ✚ Vendas de varios tamaños.
- ✚ Esparadrapo.
- ✚ Apósitos adhesivos.
- ✚ Tijeras.
- ✚ Pinzas.
- ✚ Guantes desechables.
- ✚ Barbijos (mascarillas).



Dicho material debe revisarse periódicamente y reponerse tan pronto como caduque o sea utilizado

4. Actuación general conducta “PAS”

- ✚ **Proteger** tanto al accidentado o enfermo como a uno mismo y los demás.
- ✚ **Avisar** al servicio de Urgencias (116-105) e informar del hecho accidente con la mayor exactitud posible, Identificarse, Informar acerca del lugar exacto. Especificar el tipo de accidente y circunstancias que pueden agravar la situación (intoxicación, quemaduras térmicas o químicas, etc.). Informar acerca del número de heridos y estado aparente (con cientes, sangran, respiran, etc.). Es importante mantener

libre la línea telefónica utilizada para la comunicación del accidente. Mientras se espera la ayuda, se puede empezar a socorrer.

✚ **Socorrer** aplicando tus conocimientos de primeros auxilios. Se debe actuar teniendo presente estas prioridades (por lo que es imprescindible la valoración del accidentado antes de cualquier actuación y, en caso de accidentes múltiples, no atender al primer herido que se encuentre o al que más grite).

- 1º Salvar la vida.
- 2º 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 heridos 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.

5. Posiciones de espera

✚ **Posición lateral de Seguridad (PLS).** Indicada para personas inconscientes, sin traumatismos en columna o cráneo, con

respiración y pulso estables. Con esta posición controlamos el vómito y evitamos la caída de la lengua hacia atrás, (aspiraciones).

- ✚ **Decúbito supino:** se utiliza en posible fractura de extremidades inferiores y para poder aplicar las técnicas de soporte vital básico.
- ✚ **Piernas elevadas (trandelenburg):** indicada en lipotimias y mareos (siempre estando seguros de que no existe inconsciencia).



3. RESUMEN:

- ✚ Los primeros auxilios son acciones que se deben realizar con mucha rapidez, teniendo los conocimientos esenciales básicos.
- ✚ Es muy importante que los primeros auxilios sea aprendido para así actuar cuando se requiera asistencia en situaciones de urgencia.
- ✚ Los botiquines escolares son muy importantes ya que el tenerlos bien implementados puede salvar muchas vidas y a laves ayudaría en la actuación de las urgencias que se presenten.

4. EVALUACIÓN

- ✚ Se evaluó por medio de preguntas a los estudiantes de acuerdo al tema tratado.
- ✚ Trazar compromiso de los estudiantes para seguir practicando los primeros auxilios ya que son actividades que contribuyen con la conservación de la vida.

SEGUNDA SESIÓN
PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

1. PLANEAMIENTO

1.1. **Tema** : Emergencia en primeros auxilios empleando RCP y OVACE.

1.2. **Responsable:** Carla Katerina Huamani Salas.

1.3. **Fecha** : 24/10/2017.

1.4. **Hora** : 1:20 a2 :10 pm.

1.5. **Tiempo** : 50 min.

1.6. **Lugar** : I. E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga.

1.7. **Participantes:** Alumnos.

1.8. **Recursos** : Material audio visual, tríptico.

1.9. Objetivos:

- ✓ Emplear conocimientos esenciales teórico en RCP así como en OVACE.
- ✓ Aplicar medidas de enseñanza en el manejo y valoración de la víctima antes de iniciar el RCP.
- ✓ Desarrollar el manejo de la secuencia básico del RCP adultos.
- ✓ Demostrar el manejo adecuado de la posición lateral de seguridad.
- ✓ Desarrollar manejo de la maniobra de Heimlich ante un OVACE.

2. EJECUCIÓN

a. Introducción:

El paro cardio respiratorio es una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de

la respiración y de la circulación espontaneas. Como consecuencia se produce una brusca disminución del transporte de oxígeno a la periferia y órganos vitales, conduciendo a la anoxia tisular y muerte biológica irreversible, si ésta situación no revierte. Es obvio que este concepto no se aplica a aquellas situaciones que son consecuencia de la evolución final de una enfermedad terminal o del envejecimiento biológico.

La RCP comprende todas aquellas maniobras encaminadas a revertir la situación de PCR, sustituyendo primero e intentando reinstaurar después, la función respiratoria y cardiovascular espontaneas.

Hoy en día existen múltiples causas que conllevan a que las personas algún momento de su vida puedan requerir asistencia inmediata, más aun cuando hay compromiso de la conciencia, vías aéreas, entre otras, las ausencia de algunas de ellas pueden llevar a un paro cardio respiratorio, el cual pone en riesgo la vida de la personas y es allí donde se debe actuar rápidamente para preservar la vida de la persona en situación de emergencia.

Para ello es muy importante que las personas tengan conocimiento previo del RCP para poder preservar la vida de la persona es situación de emergencia, hasta que llegue la ayuda especializada.

b. Motivación:

✓ Lluvias de ideas, saberes previos, dinámicas proactivas.

c. Desarrollo del tema:

RCP (resucitación cardíaco-pulmonar)

a. Definición

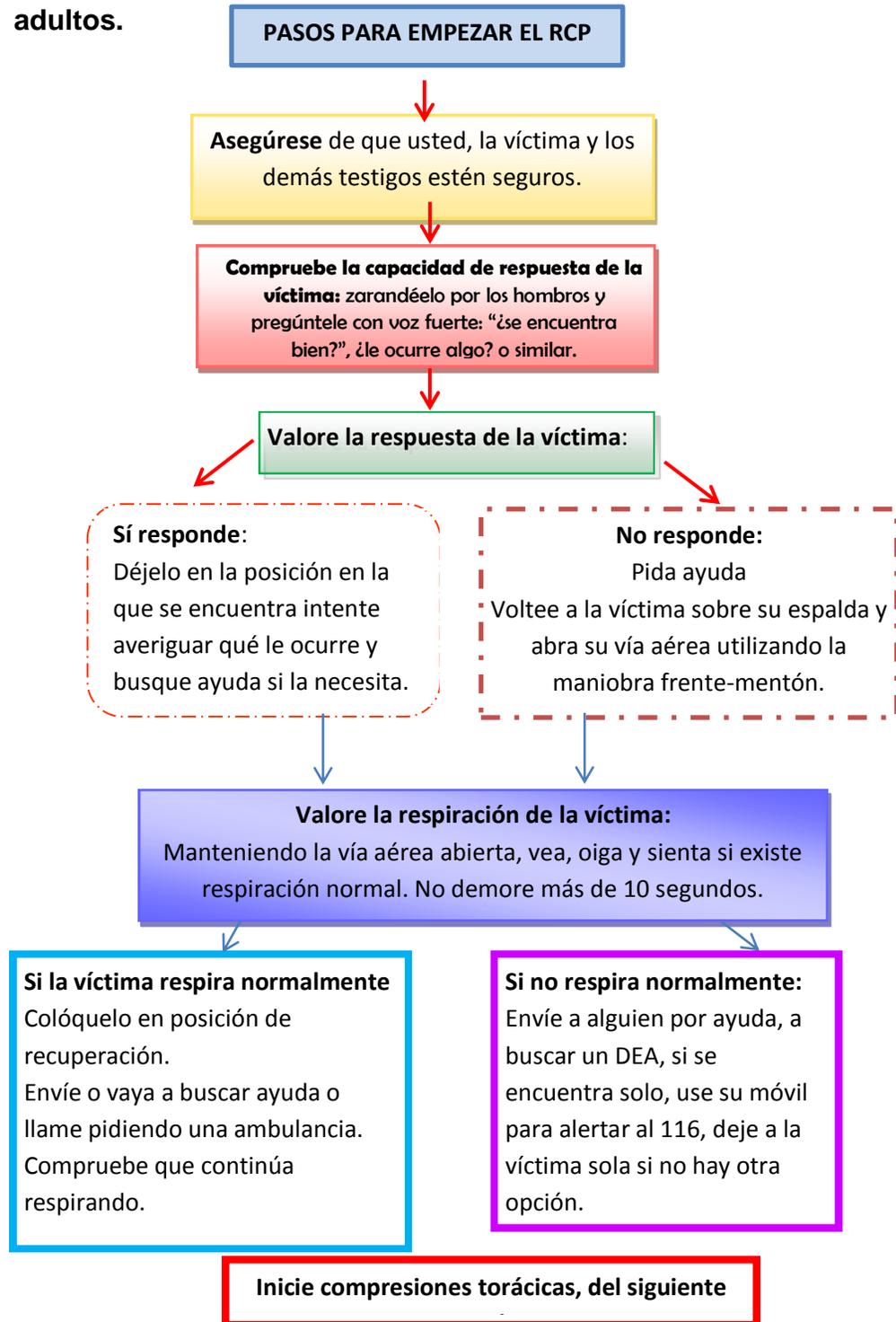
El Soporte Vital Básico se refiere al mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y al soporte de la respiración y de la circulación sin utilizar otros dispositivos que no sean los de protección. Incluye, como tal, a los 3 primeros eslabones de la Cadena de Supervivencia.

b. Clasificación:

- RCP adulto.
- RCP niño.



c. Pasos a seguir frente a una emergencia que requiera rcp en adultos.



Secuencia de RCP básica en adultos

Si la persona no responde, no respira con normalidad.

Pide ayuda al servicio de emergencia llamando a los bomberos (116) o puesto de salud de tu comunidad.

Inicia con el RCP básico, sin demoras, sin miedo, pon tus manos en el centro del pecho y empieza con:

30 compresiones y 2 respiraciones y **si estas solo puedes hacer puras compresiones** en el

***Debes comprimir de 5 cm de profundidad.**
***Y debes hacer de 100 a 120 compresiones por minuto.**

Continúa con las 30 compresiones y 2 respiraciones y si estas solo continua con las compresiones hasta que llegue la ayuda especializada, no pares, tus manos estas salvando una vida.

* Una vez que llegue la ayuda especializada sigue sus instrucciones Y **NO PARES HASTA QUE TE INDIQUEN.**

* Sonríe! Tus manos podrían haber vuelto a poner en marcha un corazón y salvar una vida.

* SIEMPRE es mejor hacer algo que no hacer nada. Bien hecho!



d. Procedimiento para llevar a una persona hasta la P.L.S.(posición lateral de seguridad).

- ✓ Retirar a la víctima gafas (si las tuviera) y objetos de los bolsillos.
- ✓ Arrodillarse a su lado. Asegurarse de que ambas piernas están extendidas.
- ✓ Colocar el brazo más próximo en ángulo recto con el cuerpo, con el codo doblado y la palma de la mano hacia arriba.
- ✓ Traer el brazo más alejado a través del pecho y sujetar el dorso de la mano contra la mejilla más próxima.
- ✓ Con la otra mano agarrar la pierna más alejada por la rodilla y tirar hacia arriba hasta apoyar el pie sobre el suelo.
- ✓ Tirar de esa pierna para hacer rodar a la víctima sobre sí misma hacia nosotros.
- ✓ Colocar la pierna de modo que cadera y rodilla queden en ángulo recto.
- ✓ Inclinar la cabeza hacia atrás para asegurar que la vía aérea permanece abierta.
- ✓ Ajustar la mano bajo la mejilla, si es necesario, para mantener la cabeza inclinada.
- ✓ Vigilar la respiración periódicamente.

3. PREVENCIÓN:

La educación y el entrenamiento en primeros auxilios puede ser útil para mejorar la morbilidad y la mortalidad por lesiones y enfermedades, y recomendamos que esté al alcance de todos.

- ✓ Llevar estilos de vida saludable (realizar ejercicios, alimentarse con alimentos sanos , evitar comidas procesadas entre otros).
- ✓ Acudir al médico periódicamente, para evaluaciones de rutina, más aun si son personas con afecciones cardiacas.

OVACE

(Obstrucción de la vía aérea por cuerpos extraños).

a. Definición

Se denomina atragantamiento a la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) provocando un cuadro repentino de asfixia, que si no se resuelve provoca una hipoxia grave, que da lugar a inconsciencia, seguida de parada cardiorrespiratoria y muerte.



b. Objetivos

- ✚ Restaurar la permeabilidad de la vía aérea obstruida por un cuerpo extraño (atragantamiento).

c. Clasificación

- ✚ Obstrucción de vías aéreas en adultos, en niños, lactantes, embarazadas, obesas y muy obesas.

d. Signos y síntomas

SÍNTOMAS	LEVE:	SEVERA O GRAVE:
"Te estás atragantando"	"Sí"	Con movimientos de cabeza.
TOS	Efectiva (buen intercambio de aire).	Inefectiva.
HABLA	Algunas palabras.	No puede hablar.
RESPIRA	SÍ	No puede respirar.
CONSCIENCIA	Consciente	Disminución nivel conciencia.

ANTECEDENTES: Estar comiendo o jugando con objetos en la boca.

SIGNO UNIVERSAL: Colocación de ambas manos en el cuello.

e. Intervención

✚ Paciente consciente

- Si el paciente está tosiendo de forma eficaz, no es precisa ninguna maniobra externa. Animarle a toser y vigilarlo de forma continuada.
- Si la tos es inefectiva o no puede toser:
- Colocarse al lado y ligeramente por detrás del paciente, sujetando su pecho con una mano e inclinarlo bien hacia delante para que cuando el objeto sea desalojado salga fuera de la boca.
 - ✓ Dar cinco palmadas fuertes interescapulares con el talón de la mano que queda libre.
 - ✓ Si las palmadas no son eficaces se realizarán 5 compresiones abdominales (puede utilizarse la maniobra de Heimlich) que tiene como finalidad aumentar la presión intraabdominal y de forma indirecta aumentar la presión intratorácica simulando así el efecto de la tos.

✚ Maniobra de Heimlich

- ✓ Con el paciente sentado o de pie, colocarse detrás rodeando con ambos brazos la parte superior de su abdomen.
- ✓ Inclinarle bien hacia delante.
- ✓ Poner una de nuestras manos



en puño, y situarlo en la línea media entre el ombligo y lejos del xifoides.

- ✓ Con la otra mano se agarrará el puño y se presionará con movimientos rápidos, hacia dentro y hacia arriba. o Repetir cada compresión 5 veces si el cuerpo extraño no es expulsado.
- ✓ En pacientes obesos o embarazadas, se rodeará a la víctima con nuestros brazos por debajo de las axilas y rodeando el pecho de la víctima. La compresión se realizará situando el puño en medio del esternón y presionando hacia atrás. Teniendo especial cuidado de no presionar la apófisis xifoidea ni los márgenes de la parrilla costal.
- ✓ Si la obstrucción no se resuelve, continuar alternando las cinco palmadas en la espalda con las cinco compresiones abdominales.
- ✓ Esta maniobra se realizará tantas veces como sea necesario hasta expulsar el objeto que provoca la asfixia, o hasta que el paciente quede inconsciente.

✚ **Paciente inconsciente:** Iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), según protocolo 2016.

✚ **Maniobra en menores de un año:**

- ✓ Colocar y sujetar al lactante en prono con la cabeza hacia abajo, para permitir que la gravedad ayude a expulsar el cuerpo extraño.
- ✓ Sujetar la cabeza del bebé colocando el pulgar de una



mano en uno de los ángulos de la mandíbula y uno o dos dedos de la misma mano en el ángulo contralateral.

- ✓ Golpear hasta 5 veces la espalda del lactante con el talón de una mano, en la zona media entre ambas escápulas.
- ✓ Si los golpes interescapulares no son suficientes para expulsar el objeto y el niño sigue todavía consciente, realizar compresiones torácicas. No utilizar compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en los lactantes.
- ✓ Girar al lactante y colocarlo en posición supina con la cabeza hacia abajo.
- ✓ Identificar la zona de las compresiones torácicas (mitad inferior del esternón, aproximadamente un dedo por encima del xifoides)
- ✓ Darle cinco compresiones torácicas. Estas son similares a las compresiones torácicas (de la RCP) pero más bruscas y con un ritmo más lento.
- ✓ Si el cuerpo extraño no ha sido expulsado y el lactante sigue consciente debe seguir con la secuencia de golpes en la espalda y compresiones torácicas hasta su expulsión o hasta que el lactante quede inconsciente.

✚ **En niños inconscientes:** abrir la vía aérea y realizar cinco ventilaciones. A continuación iniciar RCP.

f. Prevención

✚ **Adultos**

- ✓ Ingiera alimentos en trozos pequeños, mastique bien.
- ✓ No hable mientras come.
- ✓ No se ría fuertemente si tiene alimentos sólidos en la boca.
- ✓ Revise la fijación de las prótesis dentales.

Niños y lactantes

- ✓ No deje al alcance de los niños juguetes u objetos pequeños.
- ✓ Al comprar juguetes revise las precauciones según edad.
- ✓ Vigile permanentemente a los niños mientras juegan.
- ✓ Corte en trozos pequeños los alimentos o muele bien las papillas.

g. Recomendaciones.

- ✓ Para realizar la RCP Y OVACE siempre se debe tener conocimientos previos.
- ✓ antes de intervenir en una emergencia se debe tener las medidas de seguridad tanto para la persona que atiende la emergencia y para la víctima.

4. RESUMEN:

- ✓ El RCP y OVACE son maniobras y técnicas que se realiza con el fin de salvar la vida de la víctima cuando está en peligro de sufrir algún daño que esto puede llegar a la muerte, es indispensable que los, estudiantes tengan conocimiento en el tema para actuar en el momento oportuno.

5. EVALUACIÓN

- ✓ La evaluación se basó en la formulación de preguntas, retroalimentación en la RCP Y OVACE para poder conocer cuánto aprendieron los estudiantes del tema impartido.

TERCERA SESIÓN
PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

1. PLANEAMIENTO

- 1.1. Tema** : Urgencias, como actuar frente a un esguince, luxación y fractura.
- 1.2. Responsable:** Carla Katerina Huamani Salas.
- 1.3. Fecha** : 31/10/2017.
- 1.4. Hora** : 1:20 a 2:10 pm.
- 1.5. Tiempo** : 50min.
- 1.6. Lugar** : I. E. Monseñor Leónidas Bernedo Málaga.
- 1.7. Participantes:** Alumnos.
- 1.8. Recursos** : Material audio visual , tríptico.
- 1.9. Objetivos**

- ✓ Brindar conocimientos teóricos ante la intervención de un esguince.
- ✓ Brindar conocimientos teóricos para intervenir ante una luxación.
- ✓ Brindar conocimientos teóricos ante la intervención de una fractura.

2. EJECUCIÓN

a. Introducción:

El sistema locomotor está formado por el sistema óseo y muscular para dar lugar al movimiento. Este sistema está controlado por el sistema nervioso que es quien determina los movimientos musculares por medio de impulsos nerviosos que pueden ser eléctricos o químicos, llevados desde el SNC (Sistema Nervioso Central) hasta la placa neuromotora en

el musculo pasando por el SNP (Sistema Nervioso Periférico para la contracción muscular.

En la presente sesión educativa se dará a conocer los conocimientos de forma básica y simplificada sobre primeros auxilios en esguinces, luxaciones y fracturas , es esencial que la población estudiantil tengan noción de cómo actuar ante esta situación no solo en la institución educativa , si no en su casa y comunidad.

b. Motivación:

- ✓ Participación en el juego de saberes previos.

c. Desarrollo del tema:

ESGUINCES

1. Definición

Se define como lesión en los ligamentos, consisten en una lesión por distensión de los ligamentos articulares a consecuencia de un traumatismo o sobrecarga articular. Los esguinces articulares se producen cuando un impacto o un movimiento forzado



hace que el ángulo de movilidad articular sea mayor que lo normal y se originen lesiones en las estructuras capsulares o ligamentaria de las mismas. Cuando se produce una ruptura de ligamentos importante, puede darse la separación de los bordes de la articulación en movimientos suaves.

2. Clasificación

- ✓ **Primer grado:** esguince o torcedura con mínima ruptura ligamentaria sin inestabilidad.
- ✓ **Segundo grado:** con ruptura de uno o varios ligamentos, severa reacción inflamatoria y sinovial, pérdida de la función pero la articulación es estable.
- ✓ **Tercer grado:** severa avulsión arrancamiento de ligamentos o de la cápsula con inestabilidad articular y posible subluxación.



3. Intervención:

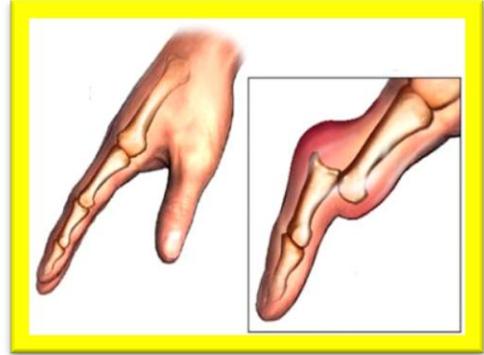
- Aplicar hielo o paños humedecidos con agua fría sobre la zona afectada.
- Inmovilizar con un vendaje compresivo (pero sin oprimir) o con cabestrillo, según la zona: vendar desde la parte distal hasta la proximal. Por ejemplo, en un esguince de tobillo se vendará desde la raíz de los dedos hasta la flexura de la rodilla.
- Mantener la zona afectada en alto.
- No apoyar el miembro hasta que lo revise un Médico.



LUXACIÓN

1. Definición:

En estas lesiones, hay una pérdida de la congruencia articular (el hueso se “sale de su sitio”), que puede ir acompañada de: Rotura de los ligamentos que mantienen estable la articulación. Cuando los extremos óseos que forman una articulación se encuentran totalmente separados se está frente a una luxación.



Cuando estas superficies mantienen algún tipo de contacto se le llama subluxación. Si los extremos están separados y presentan algún tipo de fractura las superficies óseas, se denomina luxofractura.

2. Clasificación:

Los distintos tipos de luxaciones pueden dividirse en:

- ✓ **Congénitas:** presentes en el momento del nacimiento o bien cuando los elementos constitutivos de la articulación están displásicos y crean las condiciones para que la luxación ocurra.
- ✓ **Traumática:** ocasionada por un violento trauma que de manera abrupta separa las superficies óseas.
- ✓ **Espontánea:** debido a la existencia previa de lesiones óseas capsulares o neuromusculares, que hacen posible que frente a un trauma, esfuerzo o movimiento mínimo se produzca la luxación, se puede decir que la luxación es habitual.
- ✓ **Recidivante:** es aquella o aquellas que subsiguen a una luxación inicial, que o bien fue mal tratada o lesionó estructuras articulares que permite la luxación frente a determinados movimientos.

3. Signos y síntomas de esguince o luxación:

- ✓ Rubor y calor en la zona afectada.
- ✓ Dolor intenso.
- ✓ Tumoración o inflamación en la zona afectada..
- ✓ Incapacidad funcional progresiva.
- ✓ Hipersensibilidad en la zona.
- ✓ En el caso de la luxación se encuentra la pérdida de la morfología y ausencia de salientes óseas normales O presencia de bordes óseos anormales.



INTERVENCIÓN

- ✓ Comprobar:
 - Normalidad del pulso.
 - Sensibilidad de la zona.
 - Contracción muscular.
- ✓ Inmovilizar el miembro afectado en la posición que lo encontremos, mediante un vendaje adecuado y si es en el brazo hacer un cabestrillo con un pañuelo triangular.
- ✓ Mantener en reposo y elevada la articulación.
- ✓ Evacuar a un centro hospitalario, con carácter urgente si:
 - Están alteradas las constantes vitales.
 - Aparece frialdad o palidez del miembro afectado debido a un compromiso vascular.
 - El accidentado nota hormigueo o acorchamiento por afectación de los nervios de la zona.
 - Hay ausencia o disminución de la contracción muscular.

FRACTURA

1. Definición

Una fractura es la pérdida de la continuidad de la superficie de un hueso (rotura total del hueso). En las fisuras, la rotura es incompleta.



2. Clasificación

Existen varios tipos de fractura, que se pueden clasificar atendiendo a los siguientes factores, estado de la piel, localización de la fractura en el propio hueso, trazo de la fractura, tipo de desviación de los fragmentos y mecanismo de acción del agente traumático.

✚ Clasificación según

✓ Según el estado de la piel

- **Fracturas cerradas:** Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.

- **Fracturas abiertas:** Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto.

Fractura simple



Fractura conminuta



Fractura abierta

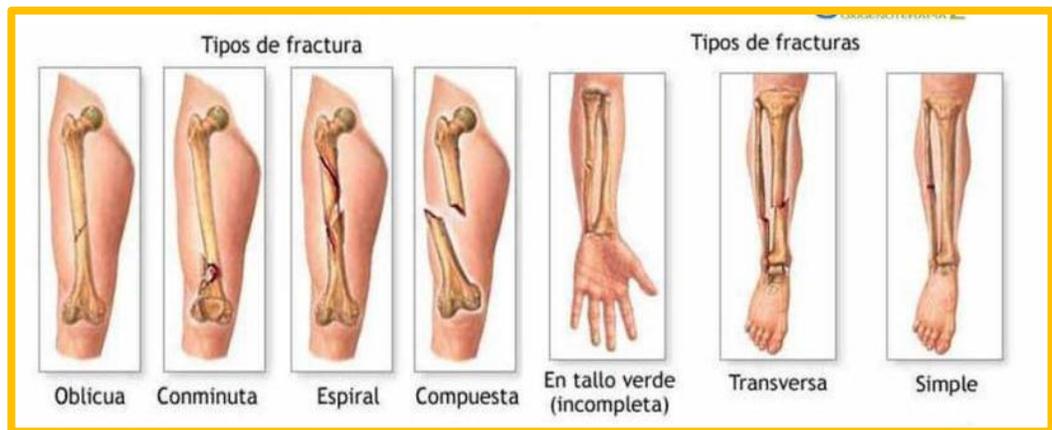


✓ **Según su localización**

- Los huesos largos se pueden dividir anatómicamente en tres partes principales: la diáfisis, las epífisis y las metáfisis.

✓ **Según el trazo de la fractura**

- **Transversales:** la línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.
- **Oblicuas:** la línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.
- **Longitudinales:** la línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.
- **En «ala de mariposa»:** existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre si y delimitan un fragmento de forma triangular.
- **Conminutas:** hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos. En los niños, debido a la gran elasticidad de sus huesos, se producen dos tipos especiales de fractura:
- **Incurvación diafisaria:** no se evidencia ninguna fractura lineal, ya que lo que se ha producido es un aplastamiento de las pequeñas trabéculas óseas que conforman el hueso,
- **En «tallo verde»:** el hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso.



✓ Según el mecanismo de producción

- **Traumatismo directo:** La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.
- **Traumatismo indirecto:** La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.
- **Contracción muscular brusca:** En deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado. También se han observado fracturas de este tipo en pacientes sometidos a electroshock.

3. Signos y síntomas

- ✓ Rubor y calor en la zona afectada.
- ✓ Dolor intenso.
- ✓ Tumoración o inflamación en la zona afectada.
- ✓ Deformidad de la zona.
- ✓ Crepitación de la zona afectada y pérdida de la funcionalidad.

4. Intervención

- ✓ Antes de actuar sobre la propia fractura, hay que atender a la respiración y al ritmo cardiaco. Si el accidentado no respira, es inútil intentar solucionar la fractura.
- ✓ Si el accidentado respira pero está inconsciente, hay que procurar mantener libres sus vías respiratorias-
- ✓ Para ello se pondrá de lado la cabeza del paciente, con el fin de que no pueda aspirar ninguna secreción o vómito, en caso de que se produzca. Luego se debe tirar de la lengua hacia fuera, para evitar que se obstruya la glotis.
- ✓ Una vez controlada la respiración, puede prestarse atención a la fractura. Ante todo, no se debe movilizar el foco de fractura, porque podrían desplazarse los fragmentos óseos y hacer más difíciles la reducción y la consolidación. Además, la movilización produce un intenso dolor.
- ✓ No se debe intentar quitar la ropa al accidentado. Esta maniobra debe ser llevada a cabo por personal especializado.
- ✓ La inmovilización se puede realizar de distintos modos, según la zona que se haya fracturado y el material de que se disponga.
- ✓ Una vez inmovilizada la fractura, se trasladará al accidentado al centro hospitalario más cercano.
- ✓ Cuando se sospeche que puede haber fractura de la columna vertebral, la conducta más prudente es no tocar al paciente, cubrirle con alguna prenda de abrigo para que no se enfríe y llamar a una ambulancia para que sea trasladado con rapidez a algún centro hospitalario.

4. RECOMENDACIONES.

- ✓ Actuar rápidamente en situaciones de emergencia.
- ✓ Guardar la calma cuando se produzca algún evento que requiera asistencia prontamente.

5. EVALUACIÓN

- ✓ Retroalimentación sobre el tema tratado.
- ✓ demostración teórica de intervención en un esguince, luxación y fractura

CUARTA SESIÓN
PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

1. PLANEAMIENTO

- 1.1. **Tema** : Urgencias, basadas en la intervención ante quemaduras, heridas y hemorragias.
- 1.2. **Responsable** : Carla Katerina Huamani Salas.
- 1.3. **Fecha** : 07/11/2017.
- 1.4. **Hora** : 1:20 A 2:10 pm.
- 1.5. **Tiempo** : 50 min.
- 1.6. **Lugar** : Institución Educativa.
- 1.7. **Participantes** : Alumnos.
- 1.8. **Recursos** : Material audio visual, tríptico.
- 1.9. **Objetivos:**
- ✓ Desarrollar conocimientos teóricos básicos en el manejo de quemaduras.
 - ✓ Desarrollar conocimientos teóricos básicos en el manejo de heridas.
 - ✓ Desarrollar conocimientos teóricos básicos en manejo de hemorragias.

2. EJECUCIÓN

a. Introducción:

Unos de los accidentes más relevantes que ocurren en las instituciones educativas son los traumatismos y las heridas de diversa magnitud, ese conlleva muchas veces a que el estudiante sufra un accidente dañando su salud, es por ello indispensable la importancia de saber actuar ante esa situación, a la vez prevenir y promocionar la salud.

b. Motivación: Participación en el juego d, saberes previos

c. Desarrollo del tema

QUEMADURAS

1. Definición:

Actualmente, esta definición se hace más amplia y se entiende por quemadura “las lesiones producidas por alteraciones de origen térmico, calor o frío, sea cual sea el agente etiopatogénico y la presentación de dichas lesiones”.

2. Clasificación

a. Profundidad

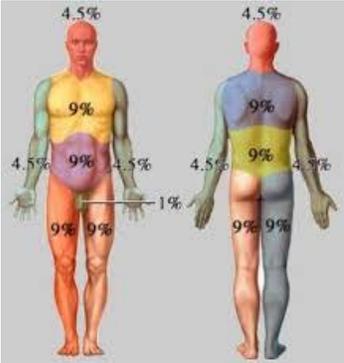
La profundidad de las quemaduras depende del agente causal y del tiempo de exposición.

En general, las quemaduras se clasifican en superficiales (I y IIA), que curan en menos de 3 semanas y no precisan escisión quirúrgica, y profundas (IIB, III, IV), cuya curación espontánea requiere más de 3 semanas y precisan cirugía para conseguir una epitelización más rápida, minimizar el riesgo de sepsis y conseguir mejores resultados funcionales y estéticos.



b. Extensión

La valoración de la extensión de las quemaduras puede hacerse fácilmente recordando que la palma de la mano del



adulto que estamos valorando equivale al 1% de su superficie corporal, o bien siguiendo la regla de los “9” de Wallace. Cada miembro superior equivale a un 9%, cada miembro inferior es un 18%, el tronco anterior corresponde a un 18% y el tronco posterior a un 18%. Es preciso recordar que no se deben incluir las quemaduras epidérmicas y que sólo es válida para adultos. En los pacientes pediátricos es preciso tener en cuenta su edad para realizar este cálculo.

c. Localización

Según la localización de las áreas quemadas, se consideran graves y de gran importancia las quemaduras situadas en cara y cuello, manos, genitales y pliegues flexoextensores, debido a su repercusión futura, tanto funcional como estética.

d. Tipos de quemaduras

✚ Térmicas

- ✓ **Calor:** Líquidos calientes: escaldadura , Fuego directo (llama) Gases inflamables
- ✓ **Frío:** Congelación



✚ Eléctricas

- ✓ **Electricidad:** Atmosférica, Industrial



✚ Químicas

- ✓ **Producto químico:** Ácidos-Bases, Gases



✚ Radiactivas

- ✓ **Radiación:** Energía radiante: Sol, Radiaciones ultravioletas, Radiaciones



ionizantes: Rayos X, Energía atómica, Radiación por isótopos: radiactivos.

e. Intervención

Los objetivos principales en la atención de quemaduras son:

- ✓ Aliviar el dolor,
- ✓ Prevenir la infección
- ✓ Prevenir el shock

✚ Quemadura por líquido caliente:

- ✓ Quitar la ropa de la zona quemada inmediatamente.
- ✓ Colocar la zona afectada bajo el agua fría (no helada).
- ✓ Colocar compresas limpias y frías sobre la quemadura hasta que desaparezca el dolor (no utilizar hielo, porque retarda la curación por quemadura).
- ✓ Cubrir con una gasa o una venda estéril sin ajustarla y llevarlo al centro de salud más cercano.



✚ Quemadura por fuego:

- ✓ Tirar a la persona al piso y girar el cuerpo (revolcarse)
- ✓ Emplear una manta o abrigo húmedos para sofocar el fuego.



- ✓ Una vez apagadas las llamas, aplicar agua, a fin de enfriar las zonas quemadas.
- ✓ No aplicar compresas de hielo directamente sobre la parte quemada, ya que disminuiría la temperatura corporal (hipotermia).
- ✓ Retirar los objetos restrictivos como: collar, reloj, anillo.
- ✓ No colocar ungüentos ni pomadas sobre la quemadura.
- ✓ Cubrir la herida con telas o paños limpios.
- ✓ Acudir al centro de salud más cercano.

+ Quemadura química:

- ✓ Proceder al lavado generoso de la piel con AGUA en abundancia (ducha durante 20-30 minutos).
- ✓ Tener especial cuidado con las salpicaduras que pueden alcanzarnos o con el contacto directo de nuestra piel con la sustancia química.

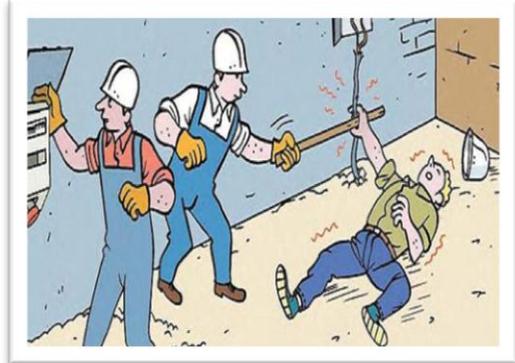


- ✓ Durante la ducha se ha de proceder a retirar todos los objetos que estén en contacto directo con la piel: gafas, ropa, zapatos, anillos, pulseras, relojes y otras joyas.
- ✓ Cubrir la herida y llevarlo al centro de salud.

+ Quemaduras eléctricas:

- ✓ Desconectar inmediatamente la corriente eléctrica, en condiciones seguras, no sin antes prever la caída del sujeto.
- ✓ Retirar de la fuente eléctrica, con un objeto de madera ya que no es conductor de electricidad.

- ✓ No tocar con las manos porque puede recibir la descarga eléctrica.
- ✓ Buscar otras posibles lesiones como hemorragias, shock, fracturas. Se tratará siempre primero la lesión más grave.
- ✓ Colocar sobre las quemaduras un apósito limpio y estéril.
- ✓ Pedir ayuda y trasladarlo al hospital más cercano.



HERIDAS

1. Definición

Una herida se describe clínicamente como la “Pérdida de la Continuidad en el Tejido Blando”, en otras palabras más simples, es el desgarramiento o ruptura de un tejido blando del cuerpo.



2. Las heridas se clasifican en:

✚ **Abiertas:** Cuando la lesión involucra a la capa externa de la piel, además de la lesión como tal, veremos una hemorragia al exterior.

✚ **Cerradas:**

En éste tipo de herida no hay ruptura de la capa externa de la piel, por lo tanto la hemorragia no es externa (no sale la sangre al exterior),

3. Tipos de heridas:

✓ **Heridas cortantes:** producidas por objetos afilados como latas, vidrios, cuchillos, etc.

✓ **Heridas punzantes:** Son producidas por objetos puntiagudos, como clavos, agujas, picahielos, etc.

✓ **Laceración:** Esta herida es del grupo de las Abiertas, puede ser superficial o profunda y la característica principal es que los bordes de la herida son irregulares, comúnmente son causadas por animales, maquinaria y golpes.



- ✓ **Abrasión:** Esta herida es muy común y generalmente la conocemos como el Raspón.
- ✓ **Incisión:** Es una herida que su característica principal son los bordes regulares de la piel, comúnmente son causadas por objetos con filo, como son cuchillos, hojas de pases, navajas, vidrio u otros.
- ✓ **Punción:** Es un tipo de herida abierta causada por objetos punzantes o puntiagudo puede causar daño interno.
- ✓ **Avulsión:** Daño a la superficie externa de la piel, existe un desprendimiento considerable del tejido, quedando por lo general en un tejido colgante o colgajo.
- ✓ **Amputación:** Se considera como amputación cuando existe el desprendimiento total de un tejido.
- ✓ **Heridas por PAF Proyectoil de Arma de Fuego:** Son un tipo particular de heridas, comúnmente observamos un orificio pequeño que puede contener quemadura de tejidos, la profundidad de la lesión se debe considerar como factor importante de lesiones asociadas.

4. Intervención:

- ✓ Retirar la ropa que cubre la herida
- ✓ Utilizar guantes de látex, para evitar el contagio de alguna enfermedad así como contaminar la herida.
- ✓ Se limpia con gasas y solución salina o agua potable quitando el exceso de sangre y la tierra que pueda tener. La manera de limpiar con la gasa es de adentro hacia fuera en círculos excéntricos, partiendo del centro de la herida, siendo éstos cada vez mayores; se



voltea la gasa y se vuelve a hacer para evitar infectarla. Se repite el procedimiento, dos o tres veces más.

- ✓ Se aplica yodo para evitar infecciones, Se cubre la herida con un gasa.
- ✓ No se debe aplicar ningún tipo de remedio casero debido a que pueden causar infecciones.
- ✓ No se deben de aplicar medicamentos ni antibióticos debido a que podemos causar una reacción alérgica.

HEMORRAGIA

1. Definición

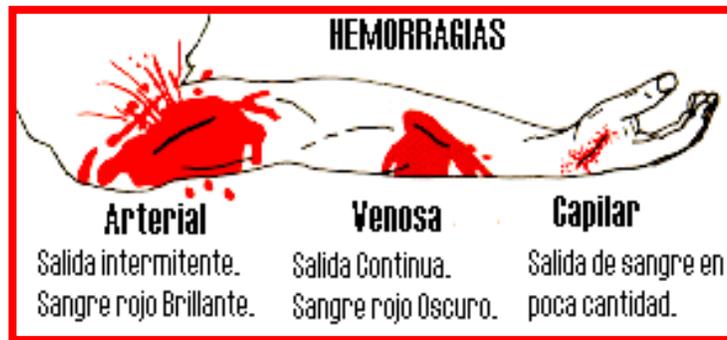
La hemorragia es la salida de sangre incontrolada de cualquier vaso sanguíneo (venas, arterias y capilares). Por causas traumáticas como heridas o fracturas.



2. Clasificación

✚ Las hemorragias pueden ser :

- ✓ **Internas:** Aquellas en las que la sangre se vierte hacia las cavidades internas del organismo.
- ✓ **Exteriorizadas por los orificios naturales.** Se producen en órganos y estructuras del organismo y la sangre sale parcialmente el exterior a través de orificios naturales.
- ✓ **Externas:** En las cuales la sangre se vierte al exterior del cuerpo.
- ✓ **Arteriales:** Se caracteriza por la sangre de color rojo brillante y su salida a chorros rítmicos que coinciden con el latido del corazón y el pulso.
- ✓ **Venosas:** Se caracteriza por el color rojo oscuro y la salida de sangre continua y uniforme.
- ✓ **Capilares:** Solo compromete vasos capilares por lo cual es escasa y se puede controlar fácilmente, por lo general se forma un moretón (hematoma).



3. Signos y síntomas

- ✓ Lesión interna o en la piel, pérdida de sangre, palidez cutánea, mareo o sensación de desvanecimiento inmediato, etc.

4. Intervención

✚ Hemorragias externas:

- ✓ Ayudar a la víctima a sentarse en prevención de una lipotimia.
- ✓ Presionar directamente sobre la herida con apósitos o ropa limpia.
- ✓ Elevar simultáneamente la zona si no se sospechan fracturas.
- ✓ Si con estas medidas no cesa la hemorragia, presionar en los puntos de compresión arterial.
- ✓ Excepcionalmente, y si la vida del paciente está en peligro, tiene que colocarse un torniquete.
 - Indicaciones del torniquete: amputación traumática de extremidades, aplastamientos prolongados, fracaso de las medidas de actuación anteriores.
 - Peligros del torniquete: gangrena e intoxicación por las sustancias nocivas acumuladas en la extremidad.
 - Siempre se tiene que colocar un rótulo sobre la víctima con la «T» de torniquete y la hora en que se colocó.

- El torniquete sólo se puede soltar definitivamente en un medio hospitalario.
- Sin embargo, sí que se puede aflojar durante un minuto cada quince minutos.
- ✓ El shock hipovolémico es una complicación de las hemorragias debida a la pérdida de un volumen importante de sangre.
- ✓ Pueden aparecer: piel fría y húmeda, palidez, pulso débil y rápido, desasosiego, obnubilación y coma.
- ✓ Primeros auxilios: posición anti shock, cubrir a la víctima, insistir en el control de la hemorragia y trasladar a un centro sanitario vigilando las constantes vitales.

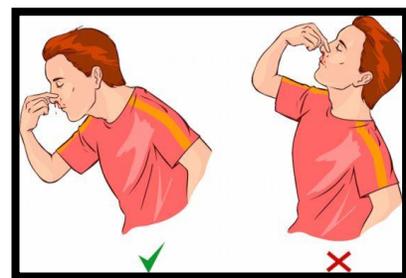
✚ Hemorragias internas:

- ✓ Sospecharlas cuando haya existido un traumatismo importante y se presenten signos de shock hipovolémico sin causa externa aparente.
- ✓ Primeros auxilios: posición anti shock, cubrir a la víctima y trasladarla a un centro sanitario, vigilando las constantes vitales.

✚ Hemorragias exteriorizadas por los orificios naturales:

Epistaxis: Salida de sangre por la nariz.

- Comprimir manualmente la fosa sangrante durante quince minutos de forma continuada.
- Si la hemorragia no cede, taponar con una gasa empapada en agua oxigenada la fosa nasal sangrante.



- Trasladar al paciente en posición sedente.

Hematemesis: Salida de sangre del aparato digestivo por la boca.

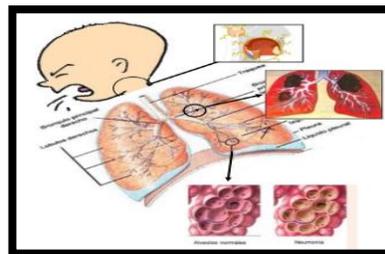
- Pueden aparecer vómitos mezclados con sangre digerida. Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad o acostada boca arriba con las rodillas flexionadas.



- Trasladar guardando una muestra de vómito.
- Valorar la presencia de shock hemorrágico.

Hemoptisis: Salida de sangre del aparato respiratorio por la boca.

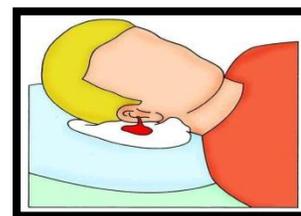
- Pueden aparecer tos, sangre roja mezclada con saliva.
- Colocar a la víctima acostada boca arriba o semisentada.
- Trasladar guardando una muestra de esputo.



- Valorar la presencia de shock hemorrágico.

Otorragia: Salida de sangre por el oído.

- Puede existir una fractura de la base del cráneo.
- Limpiar el oído externamente en casos leves.
- Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad sobre el oído que sangra.
- Cojín bajo la cabeza.
- Trasladar al paciente, No taponar.



5. RECOMENDACIONES.

- ✓ Siempre se debe considerar la gravedad de las lesiones, y actuar rápidamente con previo conocimiento.
- ✓ Cuando se va cubrir el miembro afectado se debe hacer cuidadosamente para evitar dañar o lesionarlo más.
- ✓ Al tratarse de una herida y sangrado siempre tener las medidas de seguridad para la persona que atiende la emergencia y para la víctima.
- ✓ No jugar de forma brusca, en zonas de riesgo que puedan ocasionar lesiones.

6. EVALUACIÓN

- ✓ Se realizó preguntas sobre el tema tratado, dando énfasis a los primeros auxilios quemaduras, heridas y hemorragia.
- ✓ Se realizó la demostración y cuidado y manejo de las quemaduras heridas, y hemorragias.
- ✓ Retroalimentación del tema.

BIBLIOGRAGIA

- Primeros auxilios y entorno educativo pag. 9-10 disponible en :
http://servicios2.abc.gov.ar/primeros_auxilios/manual_de_primeros_auxilios_para_escuelas.pdf
- Manual de Primeros Auxilios, Cruz Roja Peruana Filial Arequipa paginas 4,5,6.
- Guía de primeros auxilios servicio de salud y riesgos laborales en centros educativos disponible en :
http://profex.educarex.es/profex/Ficheros/RiesgosLaborales/Guia_Primeros_Auxilios.pdf
- Aspectos destacados de la actualización de las Guías de la AHA para RCP y ACE DE 2015 disponible en la web. <http://ceisal.com/2015/10/actualizacion-RCP-nuevas-recomendaciones-erc/>
- Guía de soporte vital básico y DEA Actualizado según edición 2016 disponible en la web.
- <http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Guias%202015/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>
- Documentación de enfermería hospital general universitario Gregorio Marañón, comunidad de Madrid, OVACE Entrada en vigor:1/03/2013 Página 1 de 8, disponible en la web:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352812763916&ssbinary=true>

- Rodríguez, K., Y Cortez, S, Navarro, J. Artículo de investigación, obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños Colombia septiembre 2009, Pag.22,24
- Manual de primeros auxilios, Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño OVACE , disponible en la web:<http://files.sfcesde1.webnode.es/200000125-35cb337cdd/OVACE%20PR.pdf>
- García, A,y. Gómez ,G. Cirugía tomo II,Habana 2006, en la Pag.685- 686
- .Tortora J, Y Rerrickson, B. Principios de anatomía y fisiología 11º edición México 2011 pag 187,225 ,227,
- Manual De Enfermería Zamora Tema 11 sistema musculo esquelético cuidados de enfermería. pag. 390, 391 ,393 ,402 ,403,
- González, J. Y ArévaloJ. Servicio De Cirugía Plástica Y Unidad De Grandes Quemados. *Unidad De Cuidados Intensivos. Hospital Universitario De Getafe. Madrid. en el tema Tratamiento pre hospitalario del paciente quemado crítico Madrid España. pag.299-300
- Píriz, R, Enfermería médico quirúrgico capítulo 73, quemaduras pag 1124,1126
- Rodríguez, E. Revisado Por: María Soledad Zuzulich. Directora de Salud Estudiantil Manual De Primeros Auxilios Santiago, septiembre de 2011 pag.22,24.
- Ccañihua, M. Y , Anchante, G, Influencia de una intervención educativa sobre primeros auxilios en quemaduras en el conocimiento de las madres

del programa desayuno escolar gratuito villa el salvador Lima 2014 pag.18-22.

- Rodríguez F. Y , Becerra J. , Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Málaga. tema heridas. Pag.3-7

- Primeros Auxilios En Heridas Y Hemorragia disponible en la web:
Shttp://academico.upv.cl/doctos/ENFE-2097/%7BCC02FCC5-CE25-4E6F-80C3-5D42F373CC3E%7D/2012/S1/PRIMEROS%20AUXILIOS%20EN%20HERIDAS%20Y%20HEMORRAGIAS.pdf

Posiciones de espera después de atender la víctima:

Posición lateral de seguridad (PLS).

Indicada para personas inconscientes, sin traumatismos en columna o cráneo, con respiración y pulso estables. Con esta posición controlamos el vómito y evitamos la caída de la lengua hacia atrás, (aspiraciones).



Decúbito supino o de espaldas

se utiliza en posible fractura de extremidades inferiores y para poder aplicar las técnicas de soporte vital



Piernas elevadas (trandelenburg):

indicada en lipotimias y mareos (siempre estando seguros de que no existe inconsciencia).



Números de emergencia:

Policía 105

Bomberos 116

Defensa Civil 110

Cruz Roja 15- (054) 204343

Yarabamba Emergencias 947044626

SESIÓN EDUCATIVA N° 1

Primeros Auxilios



Ponente: **CARLA K. HUAMANI SALAS**

AREQUIPA-PERU

2017

Primeros Auxilios

"SALVAGUARDAN LA VIDA"

Los Primeros Auxilios son las intervenciones inmediatas que se brinda a una persona que ha sufrido un accidente en un lugar específico, hasta que aparece la ayuda especializada. Son actividades fundamentales ante una urgencia.



OBJETIVOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

- ⇒ Evitar la muerte.
- ⇒ Impedir el agravamiento de las lesiones.
- ⇒ Evitar más lesiones de las ya producidos.
- ⇒ Aliviar el dolor.
 - ⇒ Evitar infecciones o lesiones secundarias.
 - ⇒ Ayudar o facilitar la recuperación del lesionado



EL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS

Se establece que las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, específica que todo lugar de trabajo deberá disponer, como mínimo, de un botiquín portátil que contenga:

- ⇒ Desinfectantes y antisépticos(alcohol, Iodime, furacín)
- ⇒ Gasas estériles (apósitos, estampillas, mechas nasales).
- ⇒ Algodón hidrófilo
- ⇒ Vendas de varios tamaños
- ⇒ Esparadrapo
- ⇒ Apósitos adhesivos
- ⇒ Tijeras
- ⇒ Guantes desechables
- ⇒ (Dicho material debe revisarse periódicamente y reponerse tan pronto cuando caduque la fecha de vencimiento o se haya utilizado.



1. Proteger tanto al accidentado como a uno mismo y los demás.

2. Avisar al servicio de Urgencias (116-105) e informar del hecho con la mayor exactitud posible.

3. Socorrer aplicando tus conocimientos de primeros auxilios.

ACTUACIÓN GENERAL P.A.S.

4. Prioridad en la atención de la víctima

Prioridad inmediata:

Problemas respiratorios, paros cardíacos, hemorragias graves, inconsciencia, shock, tórax abierto o heridas abdominales, quemaduras del aparato respiratorio, o heridos 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



Posición lateral de seguridad

Esta posición se usa cuando la víctima está fuera de peligro, se colocara en esta posición para evitar posibles complicaciones como aspiraciones, para que pueda respirar mejor, etc., hasta que llegue el personal capacitado y lo evalúe.

- Retirar a la víctima lentes (si las tuviere) y objetos de los bolsillos.

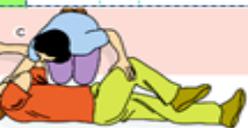


- Arrodillarse a su lado. Asegurarse de que ambas piernas estén extendidas.



- Colocar el brazo más próximo a usted en ángulo con el codo doblado y la palma de la mano hacia arriba.

- Poner el brazo más alejado a través del pecho y sujetar la mano contra la mejilla más próxima.



- Con la otra mano agarrar la pierna más alejada por la rodilla y doblar hacia arriba hasta apoyar el pie sobre el suelo.

- Doblar la pierna para hacer rodar a la víctima sobre sí misma hacia nosotros.



- Inclinar la cabeza hacia atrás para asegurar que la vía aérea permanece abierta.

- Vigilar la respiración periódicamente

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

- Actuar rápidamente para evitar daño cerebral, ya que pasado los 10 minutos, pasado el accidente la víctima puede sufrir algunas complicaciones leves, moderadas o severas.
- La víctima siempre que sufra algún tipo de accidente debe de ser evaluado por un profesional de salud.

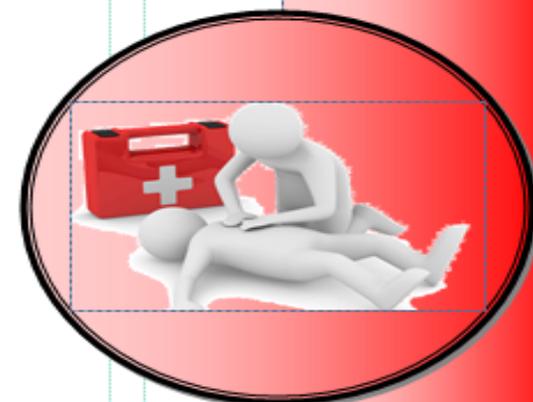
PREVENCIÓN

La educación y el entrenamiento en primeros auxilios puede ser útil para mejorar la morbilidad y la mortalidad por lesiones y enfermedades, y recomendamos que esté al alcance de todos.

- Llevar estilos de vida saludable (realizar ejercicios, alimentarse con alimentos sanos, evitar comidas procesadas entre otros)



- Acudir al médico periódicamente, para evaluaciones de rutina, más aun si son personas con afecciones cardiacas.



R.C.P. RESUCITACIÓN CARDIO PULMONAR

Ponente: CARLA K. HUAMANI SALAS

AREQUIPA-PERU

2017

R.C.P. RESUCITACION CARDIO PULMONAR

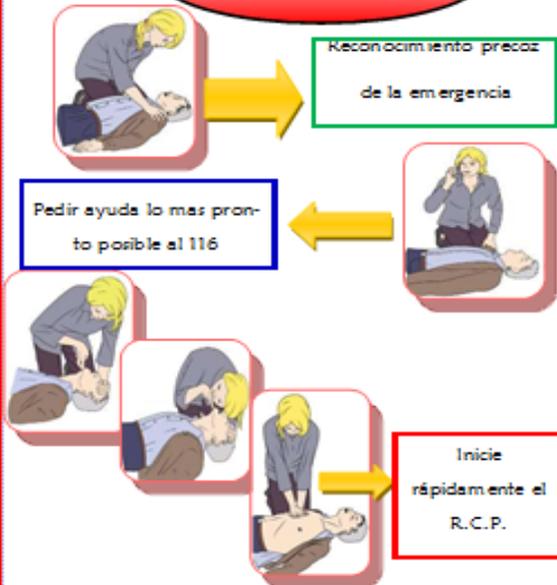
Se refiere al mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y al soporte de la respiración y de la circulación sin utilizar otros dispositivos que no sean las manos hasta que llegue la ayuda Necesaria.



OBJETIVOS

Restablecer la función cardíaca y respiratoria en el menor tiempo posible.

CADE NA DE SUPERVIVEENCIA



PASOS PARA EMPEZAR EL RCP

Asegúrese de que usted, la víctima y los demás testigos estén seguros.

Compruebe la capacidad de respuesta de la víctima: zarandéelo por los hombros y pregúntele con voz fuerte: "¿Se encuentra bien?", ¿le ocurre algo? o similar.

Valore la respuesta de la víctima:



Si responde:
Déjelo en la posición en la que se encuentra intente averiguar qué le ocurre y busque ayuda si la necesita. Reevalúelo regular-

No responde:
pida ayuda. Voltee a la víctima sobre su espalda y abra su vía aérea utilizando la maniobra frente-mentón.

Valore la respiración de la víctima:

Manteniendo la vía aérea abierta, vea, oiga y sienta si existe respiración normal. No demore mas de 10 segundos.

Si la víctima respira normalmente:
Colóquelo en posición de recuperación. Envíe o vaya a buscar ayuda o llame pidiendo una ambulancia. Compruebe que conti-

Si no respira normalmente:
Envíe a alguien por ayuda, a buscar un DEA, si se encuentra solo, use su móvil para alertar al 116, deje a la víctima sola si no hay otra opción.

Inicie compresiones torácicas, del siguiente modo:

RECUERDA:

Antes de iniciar el R.C.P. VERIFI-
CAR:
C : CONCIENCIA,
A : RESPIRACIÓN
B : PULSO

Secuencia de RCP básica en adultos:

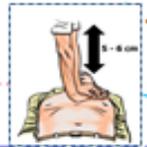
Si la persona no responde, no respira con normalidad

Pide ayuda al servicio de emergencia llamando a los bomberos (116) o puesto de salud de tu comunidad.

Inicia con el RCP básico, sin demoras, sin miedo, pon tus manos en el centro del pecho y empieza con:

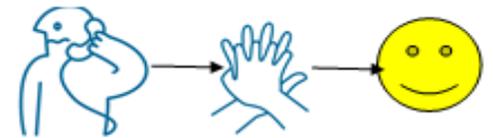
30 compresiones y 2 respiraciones y si estas solo puedes hacer puras compresiones

- Debes comprimir de 5 cm de profundidad
- Y debes hacer de 100 a 120 compresiones por minuto



Continua con las 30 compresiones y 2 respiraciones y si estas solo continua con las compresiones hasta que llegue la ayuda especializada, no pares, tus manos estas salvando una vida.

- Una vez que llegue la ayuda especializada sigue sus instrucciones Y NO PARES HASTA QUE TE INDIQUEN
- Sonríe! Tus manos podrían haber vuelto a poner en marcha un corazón y salvar una vida
- SIEMPRE es mejor hacer algo que no hacer nada. Bien hecho!



MANIOBRA DE

Con el paciente sentado o de pie, colocarse detrás rodeando con ambos brazos la parte superior de su abdomen.

Inclinarse bien hacia delante.

Poner una de nuestras manos en puño, y situarlo en la línea media entre el ombligo y el estómago.



Con la otra mano se agarrará el puño y se presionará con movimientos rápidos, hacia dentro y hacia arriba. o Repetir cada compresión 5 veces si el cuerpo extraño no sale.



En pacientes obesos o embarazadas, se rodeará a la víctima con nuestros brazos por debajo de las axilas y rodeando el pecho de la víctima.

La compresión se realizará situando el puño en medio del esternón y presionando hacia atrás. Teniendo especial cuidado de no presionar la apófisis xifoidea ni los márgenes de la parrilla costal.

MANIOBRA EN MENORES DE UN AÑO

Colocar y sujetar al lactante de barriguito con la cabeza hacia abajo, para permitir que la gravedad ayude a expulsar el cuerpo extraño.



Dar 5 golpes en la espalda del lactante con el talón de una mano, en la zona media de la espalda.

Si los golpes en la espalda no efectivos y no expulsó el objeto y el niño sigue con signos conscientes, realizar compresiones torácicas.

Si el cuerpo extraño no ha sido expulsado y el lactante sigue consciente, se debe seguir con la secuencia de golpes en la espalda y compresiones torácicas hasta su expulsión o hasta que el lactante quede inconsciente.

girar el lactante y colocarlo de espaldas con la cabeza hacia abajo, iniciar compresiones mitad inferior del esternón, aproximadamente un dedo por encima del xifoides).

Darle cinco compresiones torácicas. Estas son similares a las compresiones torácicas (de la RCP) pero más breves y con un ritmo más lento.



PREVENCIÓN

Adultos

Ingiere alimentos en trozos pequeños, mastique bien.

No se ría fuertemente si tiene alimentos sólidos en la boca.

Revise la fijación de las prótesis dentales.

Prevención de complicaciones

- Dar asistencia inmediata a víctima
- Observar la presencia de alguna alteración causada por OVACE.
- La víctima siempre debe ser evaluado por un personal de salud

Niños y lactantes

No deje al alcance de los niños juguetes u objetos pequeños.

Al comprar juguetes revise las precauciones según edad.

Vigile permanentemente a los niños mientras juegan.

Corte en trozos pequeños los alimentos o muela bien las papillas.

SESIÓN EDUCATIVA N°2



OVACE (OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS POR CUERPOS EXTRAÑOS)



PONETE: CARLA K. HUAMANI SALAS

AREQUIPA- PERÚ

2017

OVACE (Obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños)

Son situaciones que provocan repentinamente asfixia (dificultad para respirar), que muchas veces pueden ser leves o graves, dando lugar a una inconsciencia, seguida de un paro cardiorrespiratorio y muerte, si no se da una atención inmediata a la víctima



OBJETIVO

Restaurar la permeabilidad de la vía aérea obstruida por un cuerpo extraño

Se puede dar en toda las etapas de la vida

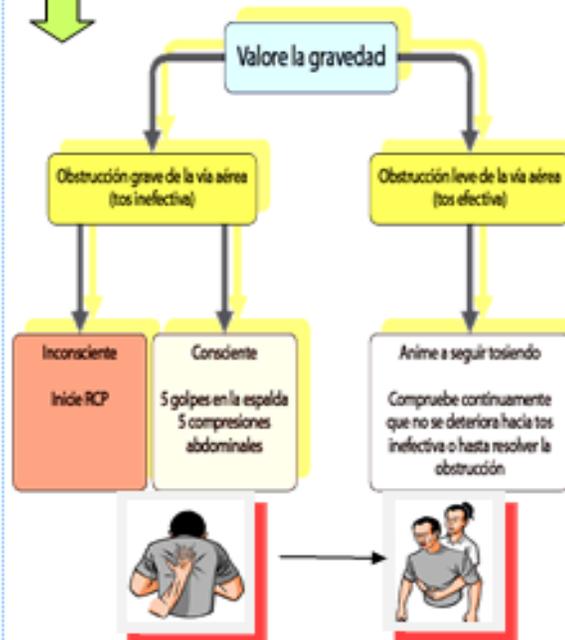
- Lactantes
- Niños
- Adolescentes
- Jóvenes
- Adultos
- Adultos mayores

SIGNOS Y SINTOMAS

SIGNOS	OBSTRUCCIÓN LEVE	OBSTRUCCIÓN GRAVE
Se está atragantando	Responde "sí"	No puede ni hablar, puede asentir
Otros signos	Puede hablar, toser, respirar	No puede respirar, intenta toser y no puede, se queda

Signos generales: el ata que suele ocurrir durante la comida y la víctima se lleva la mano al cuello

INTERVENCIÓN OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO EN ADULTO



SIGNOS Y SINTOMAS

Signos generales de OVACE	
Episodio presenciado Tosiendo/Atragantado Comienzo Brusco Historia reciente de juego con/comida, pequeños objetos	
TOS INEFECTIVA Incapaz de vocalizar Tos silente o ausente Incapaz de respirar Cianosis Disminución del nivel de conciencia	TOS EFECTIVA Llanto o respuesta verbal a preguntas Tos fuerte Capaz de respirar antes de toser Totalmente reactivo

INTERVENCIÓN OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AEREA



MEDIADAS PREVENTIVAS

- ♦ Mantenga el suelo libre de objetos que puedan producir caídas.
- ♦ Evite juegos que sean peligrosos o muy bruscos.
- ♦ Evita subir a los árboles, muros divisorios o techos de las casas que no sean seguros o firmes.
- ♦ Tener una buena y adecuada iluminación en casa.
- ♦ No dejar solo a niños pequeños en sillitas, andadores, mesas o superficies muy altas.
- ♦ Dejar a los niños y adultos mayores al cuidado de una persona mayor.



PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

La prevención de las complicaciones se dan a partir de la lesiones que se ha sufrido ,estas medidas se toman para evitar que se produzca mayores daños entre ellas las medidas a tomar son:

- ♦ Cuando se tenga algún tipo de lesión (luxación o esguince), seguir las indicaciones del profesional de salud, hasta su completa recuperación.
- ♦ Evitar auto medicarse,
- ♦ Acudir al establecimiento de salud mas cercano para ser evaluado .

Números de emergencia

Policía 105

Bomberos 116

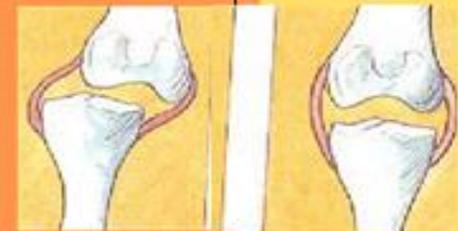
Defensa Civil 110

Cruz Roja 115- (054) 204343

Yarabamba Emergencias: 947044626

SESION EDUCATIVA N° 3

LUXACIÓN Y ESGUINCE



Ponente: CARLA K. HUAMANI SALAS

AREQUIPA-PERU

2017

Esguince y luxación

Esguince: Conocidos coloquialmente como torceduras, consisten en una lesión por distensión de los ligamentos articulares a consecuencia de un traumatismo o sobrecarga articular.



Luxación: En estas lesiones, hay una pérdida de la congruencia articular (el hueso se "sale de su sitio"), que puede ir acompañada de: Rotura de los ligamentos que mantienen estable la articulación.

CLASIFICACIÓN DEL ESGUINCE

-Primer grado: esguince o torcedura con mínima ruptura ligamentaria sin inestabilidad.

-Segundo grado: con ruptura de uno o varios ligamentos, severa reacción inflamatoria y sinovial, pérdida de la función pero la articulación es estable.

-Tercer grado: severa avulsión arrancamiento de ligamentos o de la cápsula con inestabilidad articular y posible subluxación

QUE HACER ANTE UN ESGUINCE

Aplicar hielo o paños humedecidos con agua fría sobre la zona afectada.

-Inmovilizar con un vendaje compresivo (pero sin oprimir) o con cabestrillo, según la zona: vendar desde la parte distal hasta la proximal. Por ejemplo, en un esguince de tobillo se vendará desde la raíz de los dedos hasta la flexura de la rodilla.

-Mantener la zona afectada en alto.

No apoyar el miembro hasta que lo revise un Médico

SIGNOS Y SINTOMAS DEL ESGUINCE Y DE LA LUXACIÓN

Dolor intenso
Rubor en la zona afectada.

Tumoración o inflamación en la zona afectada.

Calor, la zona afectada se siente caliente.

Incapacidad funcional progresiva.

Hipersensibilidad en la zona.

pérdida de la morfología y ausencia de salientes óseos normales. O presencia de bordes óseos anormales.

CLASIFICACIÓN DE LAS LUXACIONES

Espontáneas: previa de lesiones óseas que hacen posible frente a un golpe, esfuerzo o movimiento mínimo se produzca la luxación.

Congénitas: de da al momento de nacer.

Traumáticas: por un golpe fuerte en la articulación.

QUE HACER ANTE UNA LUXACIÓN

Comprobar pulso, sensibilidad de la zona, contracción muscular.

Inmovilizar el miembro afectado en la posición que lo encontremos, mediante un vendaje adecuado.

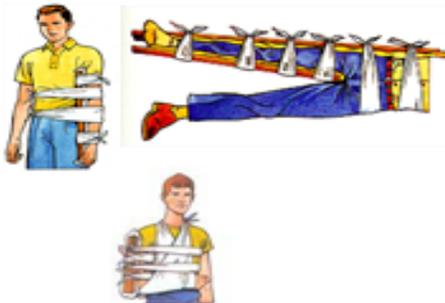
- Evacuar a un centro hospitalario, con carácter urgente si: ausencia de signos vitales, frialdad o palidez del miembro afectado, la víctima refiere hormigueo, encogimiento, ausencia o disminución de la contracción muscular.

Sistema de inmovilización:

CABESTRILLO



CON FEDULAS



CON LA PIERNA



MATERIAL



PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

La prevención de las complicaciones se dan a partir de la lesiones que se ha sufrido, estas medidas se toman para evitar que se produzca mayores daños entre ellas las medidas a tomar son:

- Evitar auto medicarse, y usar algunos insumos que puedan provocar algún tipo de infección.
- Cuando se tenga algún tipo de fractura debe ser y trasladado inéditamente aun establecimiento de salud.
- Seguir las indicaciones medicas y acudir a sus controles cuando se le indique.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Mantenga el suelo libre de objetos que puedan producir caídas.
- Evite juegos que sean peligrosos o muy bruscos.
- Evita subir a los árboles, muros divisorios o techos de las casas que no sean seguros o firmes.
- Tener una buena y adecuada iluminación en casa.
- No dejar solo a niños pequeños en sillitas, andadores, mesas o superficies muy altas.
- Dejar a los niños y adultos mayores al cuidado de una persona mayor.

FRACTURAS



Ponente: CARLA K. HUAMANI SALAS

AREQUIPA-PERU
2017

FRACTURAS



Una fractura es la pérdida de la continuidad de la superficie de un hueso (rotura total del hueso). En las fisuras, la rotura es incompleta o parcial.

Clasificación

Se pueden clasificar atendiendo a los siguientes factores: estado de la piel, localización de la fractura en el propio hueso, trazo de la fractura, tipo de desviación de los fragmentos y mecanismo de acción del agente traumático.

SEGÚN EL ESTADO DE LA PIEL



ABERTA



CERRADA

SEGÚN EL TRAZO DE FRACTURA



Fractura cerrada o simple



Fractura abierta o compuesta



Fractura transversa



Fractura en tallo verde



Fractura conminuta

SEGÚN EL MECANISMO DE PRODUCCION

Traumatismo directo: por un golpe fuerte, inesperado

Traumatismo indirecto: por caídas muy fuertes

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Rubor en la zona afectada.

Dolor intenso.

Tumoración o inflamación en la zona afectada.

Calor, la zona afectada se siente caliente.

Deformidad de la zona.

Crepitación de la zona afectada.

Perdida de la funcionalidad

INTERVENCIÓN

Asegurarse que las vías aéreas estén permeable



Antes de mover o inmovilizar el aérea afectada, fijarse bien de no desplazar aun mas la fractura.

No se debe intentar quitar la ropa al accidentado. Esta maniobra debe ser llevada a cabo por personal especializado



La inmovilización se puede realizar de distintos modos, según la zona que se haya fracturado y el material de que se disponga, trasladar al accidentado al centro hospitalario más



Cuando se sospeche que puede haber fractura de la columna vertebral, la conducta más prudente es no tocar al paciente, cubrirle con alguna prenda de abrigo para que no se enfríe y llamar a una ambulancia para que sea trasladado con rapidez a algún centro hospitalario



Tipos de hemorragia



Arterial	Venosa	Capilar
Salida intermitente. Sangre rojo Brillante.	Salida Continua. Sangre rojo Oscuro.	Salida de sangre en poca cantidad.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Sangrado visible
- Respiración rápida y débil
- Pulso rápido y débil
- Piel pálida, fría y sudorosa
- Confusión mental



Intervención hemorragia externa

- Elevar la parte que sangra
- Hacer presión directa
- Torniquete en casos extremos
- Abrigar e inmovilizar



Epistaxis: salida de sangre por la nariz. .

- Comprimir manualmente la fosa sangrante durante quince minutos de forma continuada.
- Si la hemorragia no cede, taponar con una gasa empapada en agua oxigenada la fosa nasal sangrante.
- Trasladar al paciente en posición sedente.



Hematemesis: salida de sangre del aparato digestivo por la boca.

- Pueden aparecer vómitos mezclados con sangre digerida. . Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad o acostada boca arriba con las rodillas flexionadas.
- Trasladar guardando una muestra de vómito.
- Valorar la presencia de shock hemorrágico.



Hemoptisis: salida de sangre del aparato respiratorio por la boca.

- Pueden aparecer: tos, sangre roja mezclada con saliva.
- Colocar a la víctima acostada boca arriba o semisentada.
- Trasladar guardando una muestra de esputo.
- Valorar la presencia de shock hemorrágico.



Otomagia: salida de sangre por el oído. Puede existir una fractura de la base del cráneo.

- Limpiar el oído externamente en casos leves.
- Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad sobre el oído que sangra.
- Cojín bajo la cabeza.
- Trasladar al paciente.



PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

Excepcionalmente, y si la vida del paciente está en peligro, tiene que colocarse un torniquete. . Está se indica en amputación traumática de extremidades, aplastamientos prolongados, fracaso de las medidas de actuación anteriores.
Actuación con rapidez para evitar un shock hipovolémico.
Usar medidas de bioseguridad (para evitar contagios)

Heridas y Hemorragias



Ponente : **Carla k. Huamani Salas**

**Arequipa -Perú
2017**

HERIDAS

Una herida se describe clínicamente como la "Pérdida de la Continuidad en el Tejido Blando", en otras palabras más simples, es el desgarramiento o ruptura de un tejido blando del cuerpo.



CLASIFICACIÓN



Herida abierta

Herida cerrada

TIPOS DE HERIDAS



INTERVENCIÓN

- Retirar la ropa que cubre la herida
- Lavarse las manos y colocarse guantes de látex, para evitar el contagio de alguna enfermedad así como evitar contaminar la herida.
- limpiar con gasas o tela limpia, solución salina o agua y jabón, quitando el exceso de sangre y la tierra que pueda tener.
- limpiar la herida con la gasa de adentro hacia fuera en forma circular.
- cubrir la herida con una gasa o tela limpia.
- No aplicar ningún tipo de remedio casero, para evitar infecciones.
- No aplicar medicamentos antibióticos ya que pueden producir reacciones alérgicas.



PREVENCIÓN



Camine con cuidado

HEMORRAGIAS

La hemorragia es la salida de sangre incontrolada de cualquier vaso sanguíneo (venas, arterias y capilares).

Por causas traumáticas como o heridas o fracturas.



CLASIFICACIÓN

Externas: en las cuales la sangre se vierte al exterior del cuerpo



Internas: aquellas en las que la sangre se vierte hacia las cavidades internas del organismo.

Exteriorizadas por los orificios naturales: Se producen en órganos y estructuras del organismo y la sangre sale parcialmente el exterior a través

hiposfagna



otorragia



epistaxis



hemoptés



hematomas

Quemaduras químicas:

Proceder al lavado generoso de la piel con AGUA en abundancia (ducha durante 20-30 minutos).

Tener especial cuidado con las salpicaduras que pueden alcanzarnos o con el contacto directo de nuestra piel con la sustancia química.



Durante la ducha se ha de proceder a retirar todos los objetos que estén en contacto directo con la piel: gafas, ropa, zapatos, anillos, pulseras, relojes y otras joyas.

Cubrir la herida y llevarlo al centro de salud.



Quemaduras eléctricas:

Desconectar inmediatamente la corriente eléctrica, en condiciones seguras, no sin antes prevenir la caída del sujeto.



Retirar de la fuente eléctrica, con un objeto de madera ya que no es conductor de electricidad.

No tocar con las manos porque puede recibir la descarga eléctrica.

Buscar otras posibles lesiones como hemorragias, shock, fracturas. Se tratará siempre primero la lesión más grave.

Colocar sobre las quemaduras un apósito limpio y estéril.

Pedir ayuda y trasladarlo al hospital más cercano



Quemadura por líquido caliente:

Quitar la ropa de la zona quemada inmediatamente.

Colocar la zona afectada bajo el agua fría (no helada).



Colocar compresas limpias y frías sobre la quemadura hasta que desaparezca el dolor (no utilizar hielo, porque retarda la curación por quemadura).

Cubrir con una gasa o una venda estéril sin ajustarla y llevarlo al centro de salud más cercano



Números de emergencia

Policía 105

Bomberos 116

Defensa Civil 110

Cruz Roja 115- (054) 204343

Yarabamba Emergencias: 947044626

SESION EDUCATIVA N°4

QUEMADURAS



Ponente: CARLA K. HUAMANI SALAS

AREQUIPA-PERU

2017

QUEMADURAS

La quemadura "las lesiones producidas por alteraciones de origen térmico, calor o frío, o cualquier agente que la pueda producir una quemadura (ácidos, electricidad, corrosivos)



CLASIFICACIÓN

Profundidad

I Grado



- Enrojecimiento
- Dolor
- Hinchazón

II Grado



- Enrojecimiento
- Dolor
- Hinchazón
- Ampollas

III Grado



- Destrucción extensa de la piel
- Lesiones no dolorosas

TIPOS DE QUEMADURAS

Térmicas

Llama directa, líquidos calientes, gases inflamables, contacto con objetos calientes, fríos en exceso (congelación).



Químicas

Sustancias ácidas o básicas concentradas.



Eléctricas

Descargas eléctricas espontáneas (rayos), domésticas o industriales.



Por radiación

Radiación solar, rayos UV, rayos X, radiación por isótopos radiactivos, energía atómica.



OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES

- Aliviar el dolor
- Prevenir las posibles infecciones y complicaciones.
- Prevenir el shock.

Quemadura por fuego:

- Tirar a la persona al piso y girar el cuerpo (revolcarse)
- Emplear una manta o abrigo húmedos para sofocar el fuego.
- Una vez apagadas las llamas, aplicar agua, a fin de enfriar las zonas quemadas.
- No aplicar compresas de hielo directamente sobre la parte quemada, ya que disminuiría la temperatura corporal (hipotermia).
- Retirar los objetos restrictivos como: collar, reloj, anillo.



No colocar ungüentos ni pomadas sobre la quemadura.
Cubrir la herida con telas o paños limpios.
Acudir al centro de salud más cercano



Fotos de alumnos de la TE Monseñor Leónidas Bernedo

Málaga





