

Protocolo de Asistencia a Enfermería

Contenido

| | |
|---|----|
| 1. Objetivo General | 1 |
| 2. Clasificación del dolor | 1 |
| 3. Nivel de Urgencias | 2 |
| 4. Protocolo de actuación y tiempo en enfermería | 3 |
| 5. Signos y síntomas Covid-19 | 4 |
| 6. Asistencias reiteradas | 5 |
| 7. Medicamentos autorizados | 6 |
| 8. Protocolo de atención según casos | 6 |
| 8.1 Protocolo de Atención a Golpes en la cabeza. Traumatismo Encefalocraneano (TEC) | 6 |
| 8.2 Protocolo de Atención Disautonomía | 8 |
| 8.3 Protocolo de Atención Cefalea | 9 |
| 8.4 Protocolo de Atención Fiebre | 10 |
| 8.5 Protocolo de Atención Dolor Abdominal | 10 |
| 8.6 Protocolo de Atención Heridas | 11 |
| 8.7 Protocolo de Atención Contusiones | 12 |
| 8.8 Protocolo de Atención Accidentes Oculares | 14 |
| 8.9 Protocolo de Atención Reacción Alérgica | 15 |
| 8.10 Protocolo de Atención Convulsión | 15 |
| 8.11 Protocolo de Control de Signo Vitales | 16 |
| 8.12 Protocolo de Administración de Medicamentos Patologías Crónicas | 18 |



Protocolo de Asistencia a Enfermería

1. Objetivo General

El Colegio dispone de una enfermería que está al servicio de los alumnos(as) durante toda la jornada escolar, para cualquier indisposición, lesión o urgencia que pueda producirse dentro del Colegio y en horario de clases. Su función es velar por el bienestar físico de los alumnos(as) y la comunidad escolar a través de la resolución rápida y oportuna mediante acciones asistenciales. Esto se logra al establecer un sistema de atención continuo, categorizando asistencias a enfermería y medidas a tomar según cada caso.

Es importante que para la correcta atención de los estudiantes, apoderados hayan completado Ficha de Salud del estudiante, el cual es enviado a los correos de cada alumno(a).

2. Clasificación del dolor

Para la clasificación del dolor se utilizará en estudiantes entre 3 y 7 años se utilizará Escala de Caras de Valoración del Dolor de Wong-Baker, dibujo de 6 caras con diferentes expresiones según el grado de dolor. Al explicar el significado de cada cara se evita usar palabras como “contento” o “triste” y se pide al estudiante que señale la que más se aproxima al dolor que siente

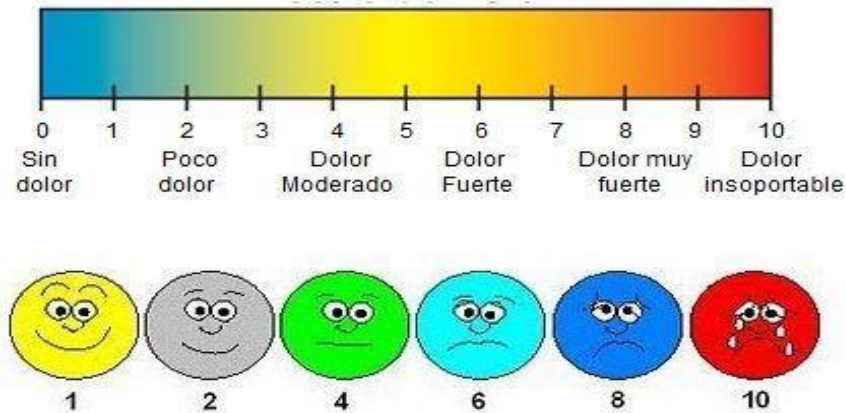
Puntuación: 0-2 Sin dolor; 3-4 dolor leve; 5-6 dolor moderado; 7-8 dolor muy fuerte; 9-10 dolor intenso.

Para estudiantes mayores de 7 años se utilizará escala numérica de valoración del dolor.

Puntuación: 0-1 Sin dolor; 2-3 poco dolor; 4-5 dolor moderado, 6-7 dolor fuerte, 8-9 dolor muy fuerte; 10 dolor insoportable

Protocolo de Asistencia a Enfermería

Escalas de dolor



3. Nivel de Urgencias

El nivel de urgencia se clasificará según el tipo de accidente y clasificación del dolor en 3 categorías. Se atenderá a los estudiantes por orden de gravedad y no por orden de asistencia a enfermería.

Nivel Urgencia 1: Primeros en ser atendidos, Accidentes graves

- Fracturas y Fracturas expuestas
- Heridas o cortes profundos con objetos corto punzantes
- Caídas con golpes en la cabeza con o sin pérdida del conocimiento
- Atrapamiento de extremidades
- Quemaduras
- Picaduras de arañas o insectos
- Electrocución
- Intoxicación
- Paro Cardio Respiratorio
- Crisis de Asma
- Accidentes oculares (Según evaluación)
- Dolor agudo en clasificación muy fuerte e insoportable.

Nivel Urgencia 2, Accidentes menos graves:

- Heridas con poco sangramiento
- Hemorragia nasal
- Torceduras



Protocolo de Asistencia a Enfermería

- Esguinces
- Hematomas
- Caídas con dolor persistente
- Dolor abdominal, dolor de útero
- Dolor de cabeza agudo
- Dolor agudo de oídos
- Dolor en clasificación moderado a fuerte

Nivel Urgencia 3, Accidentes leves:

- Caídas
- Choque leve entre alumnos
- Rasmillones
- Tropiezos
- Cortes superficiales de pie
- Dolor en clasificación sin dolor a poco dolor

4. Protocolo de actuación y tiempo en enfermería

Según dolencia, malestar, accidente y la gravedad de éste, el/la alumno(a) permanecerá un tiempo máximo en enfermería, con la finalidad de evitar inasistencia a clases, evaluaciones, entre otros.

| Nivel de urgencia | Tiempo en enfermería | Procedimiento |
|-------------------|----------------------|---|
| 1 | 0-10 minutos | Se realizarán primeros auxilios, se da aviso a apoderados, simultáneamente se traslada a estudiante en ambulancia o vehículo particular hacia el centro asistencial de salud más cercano (atento a gravedad y necesidad de atención inmediata se evaluará siempre llevar al estudiante a Urgencias Cefam comuna de Requínoa), donde el apoderado deberá presentarse a la brevedad. Se enviará información de lo ocurrido, mediante reporte vía mail a tutores del estudiante afectado al finalizar jornada escolar. |
| 2 | 0-20 minutos | Se atiende a estudiante en enfermería, se comunica a apoderados, en caso de encontrarse mejor estudiante se reincorpora a clases. En caso de que molestias o dolor persistan por más de 20 minutos y/o alumno(a) refiera no poder reintegrarse a sala de clases se comunicará a |



Protocolo de Asistencia a Enfermería

| | | |
|---|--------------|---|
| | | apoderados para que estudiante sea retirado(a) del establecimiento educacional. Apoderados evaluarán necesidad de asistencia médica. Se enviará información de lo ocurrido, mediante reporte vía mail a tutores del estudiante afectado al finalizar jornada escolar. |
| 3 | 0-10 minutos | Se trasladará a enfermería y se le realizarán las curaciones pertinentes, otorgando luego la información de lo ocurrido, mediante reporte vía mail a tutores del estudiante afectado al finalizar la jornada escolar. |

5. Signos y síntomas Covid-19

Se aplicará rúbrica de evaluación entregada por Ministerio de Educación: “Protocolo de medidas sanitarias y vigilancia epidemiológica para establecimientos educacionales, Febrero 2022”

SIGNOS Y SÍNTOMAS COVID 19 (marque con una X en caso de presentar hace menos de 14 días)

| Síntomas Cardinales | Síntomas no cardinales | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Fiebre, temperatura sobre 37,8°C | Tos o estornudos | Debilidad muscular o fatiga |
| Ageusia (pérdida sentido del gusto) | Congestión nasal | Dolor torácico |
| Anosmia (pérdida sentido del olfato) | Dificultad respiratoria (disnea) | Calosfríos |
| | Aumento de la frecuencia respiratoria | Diarrea |
| | Dolor de garganta al tragar | Anorexia, náuseas o vómitos |
| | Dolor muscular | Dolor de cabeza |

Si el/la estudiante presenta 1 síntoma cardinal y/o 2 síntomas no cardinales, referidos anteriormente, se cataloga como Caso Sospechoso según Resolución Exenta Minsal 14 de Abril de 2022, se comunicará a apoderados de manera inmediata con la finalidad de realizar seguimiento médico y la toma de examen PCR o Prueba de Detección de Antígeno en un centro de salud habilitado. Es importante que alumnos(as) no asistan a clases si han presentado alguno de los síntomas detallados anteriormente. Se considera un síntoma, un signo nuevo para la persona y que persiste por más de 24 horas.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

1. Definiciones de casos

La autoridad sanitaria ha indicado los siguientes **tipos de casos**:

Caso Sospechoso

- Persona que presenta un cuadro agudo con al menos un síntoma cardinal² o al menos dos casos de los síntomas restantes (se considera un síntoma, un signo nuevo para la persona y que persiste por más de 24 horas).
- Persona que presenta una Infección Aguda Respiratoria Grave que requiere hospitalización.



Medidas y Conductas:

- Realizarse un test PCR o prueba de detección de antígenos en un centro de salud habilitado.

2. Síntomas Cardinales: fiebre (desde temperatura corporal de 37,8°C), pérdida brusca y completa del olfato (anosmia) y pérdida brusca o completa del gusto (ageusia).

Síntomas no cardinales: tos o estornudos, congestión nasal, dificultad respiratoria (disnea), aumento de la frecuencia respiratoria (taquipnea), dolor de garganta al tragar (odinofagia), dolor muscular (mialgias), debilidad general o fatiga, dolor torácico, calosfríos, diarrea, anorexia o náuseas o vómitos, dolor de cabeza (cefalea).

Protocolo de medidas sanitarias y vigilancia epidemiológica para establecimientos educacionales, Febrero 2022. Página 04

6. Asistencias reiteradas

En casos en donde los/las estudiantes asistan de forma frecuente, 3 o más veces consecutivas por una misma dolencia o situación, se comunicará a los apoderados para que sea evaluado(a) por médico. Posterior a esta atención y consulta médica se deberá enviar copia de certificado de atención médica, diagnóstico y, de existir, recomendaciones a Profesor(a) Jefe con copia a Coordinador de Ciclo y Enfermería certificado médico.

Si un/a estudiante asiste a médico, recibe medicación o tratamiento y continúa asistiendo a enfermería por la misma situación, apoderados informarán y sostendrán reunión con profesor(a) jefe para abordar situación y dejar constancia.

El/la estudiante no puede permanecer en sala de enfermería por más de 30 minutos mientras se encuentra en evaluación, por lo que será retirado del establecimiento educacional.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

7. Medicamentos autorizados

En caso de alumnos(as) que deban tomar algún medicamento en horario de clases se debe enviar mail al Profesor(a) Jefe y Encargada de enfermería, detallando el nombre del medicamento, dosis y el horario a administrar. Apoderados también pueden dejar en enfermería medicamentos para el dolor de cabeza, dolores menstruales, en caso de que sus hijos(as) lo necesiten en algún momento, ej: pastillas para el dolor menstrual. (Ver 8.11 Protocolo de Administración de Medicamentos Patologías Crónicas)

Respecto a lo anterior, por el peligro que esto supone, **no está permitido que alumnos(as) traigan, mantengan o consuman medicamentos sin conocimiento, control y autorización de profesor(a) jefe y Encargada de enfermería.**

8. Protocolo de atención según casos

8.1 Protocolo de Atención Golpes en la cabeza. Traumatismo Encefalocraneano (TEC)

Un golpe en la cabeza provoca que el cerebro se mueva hacia delante y hacia atrás con mucha fuerza. Esto causa cambios químicos en el cerebro y a veces lesiones cerebrales. Por lo que siempre se debe evaluar. Los golpes en la cabeza son una amenaza constante durante la niñez y adolescencia: del total de consultas de urgencia por TEC, más de la mitad de ellas corresponden a accidentes domésticos, señala el Minsal.

Signos de Alerta

- Compromiso del estado de consciencia
- Pérdida de memoria
- Somnolencia
- Cefalea Intensa
- Vómitos
- Alteraciones en la visión
- Irritabilidad
- Salida de sangre o líquido por la nariz /oídos
- El caminar se hace inestable
- Sensación de hormigueo en alguna extremidad
- Contusión
- Caída en altura

¿Qué hacer?

1. Evaluar al alumno(a) en el lugar del accidente, llevar botiquín.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

2. Evitar que se levante.
3. Evaluar estado de conciencia (Escala de Glasgow) y reacción de pupilas con linterna.
4. Preguntar cómo fue el golpe.
5. Controlar los signos vitales.
6. Si el alumno(a) está consciente y los signos vitales están estables.
 - a) Se llama a apoderados y se comunica situación, se evaluará su retiro anticipado del establecimiento educacional.
 - b) Aplicación de frío local con compresa fría.
 - c) No se debe dar agua ni medicamentos.
 - d) Traslado a enfermería, en camilla o caminando según la gravedad.
7. En caso de que el/la estudiante que no responde, inconsciente.
 - a) Avisar a los padres
 - b) Traslado inmediato a servicio de urgencias Cesfam comuna de Requínoa.
 - c) Realizar seguimiento de alumno(a) según protocolo

Protocolo de Asistencia a Enfermería

ESCALA DE COMA GLASGOW

Info
graficando

MEJOR RESPUESTA
@Creative_Nurse

O C U L A R

| | | | |
|--|--|---|--|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | |
| ESPONTÁNEA Abre antes del estímulo | AL SONIDO Tras decir o gritar la orden | A LA PRESIÓN Tras estímulo en la punta del dedo | NINGUNA No abre los ojos No hay factor que interfiera |

NV No Valorable = Cerrados por un factor a nivel local

V E R B A L

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | |
| ORIENTADO Da correctamente Nombre, Lugar y Fecha | CONFUSO No orientado Comunicación coherente | PALABRAS Palabras sueltas ininteligibles | SONIDOS Solo gemidos y quejidos | NINGUNA No se oye respuesta No hay factor que interfiera |

NV No Valorable = Existe factor que interfiere en la comunicación

M O T O R A

| | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------------|--|
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | |
| OBECEDE ORDENES Obedece con ambos lados | LOCALIZA Lleva la mano por encima de la clavícula estimulada | FLEXIÓN NORMAL Dobla brazo sobre codo rápidamente | FLEXIÓN ANORMAL Dobla brazo sobre codo. Características anormales | EXTIENDE Extiende el brazo | NINGUNA No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera |

NV No Valorable = Parálisis u otro factor limitante

FUENTE: <http://www.glasgowcomascale.org/>

8.2 Protocolo de Atención Disautonomía

La disautonomía es una alteración del sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso autónomo regula funciones involuntarias importantes como el pulso, la presión arterial y la respiración entre otras. Las personas con este trastorno tienen los vasos más distensibles, por lo que cuando están de pie, hace calor o realizan ejercicio físico, se dificulta que la sangre vuelva hacia el corazón. Esto disminuye la cantidad de sangre en músculos y cerebro. Pueden presentar sensación de debilidad, cansancio exagerado, palpitaciones, taquicardia e hipotensión arterial (presión baja). En los episodios agudos se manifiesta por fatiga y debilidad de rápida aparición, náuseas, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, dificultad para respirar, palidez y puede haber desmayo.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

¿Qué hacer?

- 1) Alumno(a) presenta episodio agudo de disautonomía.
- 2) Recostar en el suelo/camilla.
- 3) Elevar las extremidades inferiores sobre el nivel del corazón.
- 4) Controlar presión arterial y pulso.
 - a. Si están alterados elevar las extremidades inferiores sobre el nivel del corazón.
 - b. Repetir control en 5 minutos.
- 5) Valorar el estado de consciencia.
 - a. Si responde a las preguntas dar agua con sal.
 - b. Dejar en reposo en la enfermería hasta que se sienta bien, disminuya palidez y taquicardia.
- 6) Avisar a los padres.

8.3 Protocolo de Atención Cefalea

La cefalea es una sensación dolorosa en cualquier zona de la cabeza. Es un síntoma frecuente. Se puede asociar a fiebre, enfermedades respiratorias superiores, estrés, falta de sueño, golpes entre otras. Más común en las mujeres.

Signos de Alerta

- Inicio repentino.
- Que no responde a un analgésico.
- Náuseas/vómitos sin antecedentes de jaqueca.
- Pérdida de sensibilidad o movilidad de una extremidad.
- Compromiso del estado de consciencia.
- Si el alumno(a) presenta un signo de alerta se debe llamar al apoderado y dolor de 6 o más de acuerdo a escala de valoración del dolor

¿Qué hacer?

- 1) Preguntar:
 - ¿Dónde te duele?
 - ¿Cómo te empezó el dolor?
 - ¿Cuánto te duele? (Escala de valoración del dolor)
 - ¿Sientes algo más?
 - ¿Tomaste algún remedio? ¿Cuál? ¿Cuándo?
- 2) Si el alumno(a) es jaquecoso (declarado en ficha de salud).
 - a. Controlar la temperatura.
 - b. Si no tiene fiebre.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

- Dolor mayor a 3 escala de valoración del dolor, administrar analgésico previa autorización de apoderados por llamada telefónica
- Reposo en enfermería si dolor es mayor a 5 Escala de valoración del dolor, por 20 minutos.
- Evaluar el traslado a la casa.

c. En caso de fiebre: seguir el protocolo de fiebre.

3) Si el/la estudiante no tiene antecedentes de jaqueca.

a. Controlar la temperatura.

b. Si no tiene fiebre y el dolor es mayor o igual a 4 Escala de valoración del dolor, administrar analgésico previa autorización de apoderados por llamada telefónica.

8.4 Protocolo de Atención Fiebre

La fiebre es una temperatura del cuerpo más elevada de lo normal. Por lo general, es una señal de que el cuerpo está tratando de combatir una enfermedad o infección.

Síntomas asociados a la fiebre:

- Sudoración.
- Taquicardia.
- Escalofríos.
- Ojos vidriosos.

¿Qué hacer?

1. Controlar la temperatura con termómetro digital.

2. Si la temperatura es entre 37 y 37.5°C.

a. Si la temperatura se mantiene o aumenta, avisar a apoderados para solicitar su retiro anticipado del establecimiento educacional.

3. Si la temperatura es mayor a 37,8°C.

a. Avisar a los padres, debido a que es un síntoma cardinal de Covid-19.

b. Coordinar el traslado a la casa.

8.5 Protocolo de Atención Dolor Abdominal

El dolor abdominal es un síntoma frecuente. Las causas pueden ser infecciones, inflamaciones, úlceras, menstruación, estrés entre otras.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

Signos de Alerta

- Dolor Intenso, con pulso elevado, sudoración y confusión
- Náuseas, vómitos y/o diarrea
- Meteorismo

¿Qué hacer?

1. Preguntar

- ¿En qué parte te duele?
- ¿Desde cuándo te duele?
- ¿Has tenido vómitos o diarrea?
- ¿Tomaste algún remedio? ¿Cuál? ¿A qué hora?
- ¿Qué comiste hoy/ayer?

2. Aplicar escala de EVA.

3. Acostar en una camilla y controlar los signos vitales.

4. Palpar zona abdominal, observando si está blando, depresible y donde presenta el dolor.

5. Si no hay náuseas, vómitos, ni diarrea y el abdomen está blando aplicar calor local.

6. Se administra infusión de manzanilla.

7. Observar en enfermería por un máximo de 20 minutos y volver a clases.

8. Enviar mail con reporte de atención a apoderados.

9. En caso de agravamiento de dolor y que además del dolor abdominal presente:

- Vómitos.
- Diarrea.
- Fiebre.
- Abdomen duro.

Se avisa a apoderados y solicita su retiro anticipado del establecimiento educacional.

Se sugiere consultar en un centro médico en caso que se mantengan o agraven los síntomas.

8.6 Protocolo de Atención Heridas

Las heridas son lesiones que generan la pérdida de continuidad en la integridad de los tejidos blandos (piel, músculo, tendones etc.) Pueden producirse por agentes externos (cuchillos, vidrios, latas etc.) o agentes internos (hueso fracturado). Se clasifican en abiertas, cerradas, simples y complicadas.

¿Qué hacer?



Protocolo de Asistencia a Enfermería

1. Colocarse guantes de procedimiento.
 2. Preguntar el origen de la lesión.
 3. Valorar la herida.
 - a. Ubicación.
 - b. Extensión.
 - c. Profundidad.
 - d. Sangrado.
 4. Realizar limpieza con agua de la llave o suero fisiológico, secar la zona con una gasa realizando pequeños toques.
 5. Retirar los elementos extraños que están en el lecho de la herida.
 6. Si hay elementos incrustados no sacar y derivar al alumno al servicio de urgencia.
 7. Si hay sangrado comprimir al menos 5 minutos con un apósito. Si se le pasa el apósito con sangre ponga otro encima. (Para no retirar el coágulo que se está formando).
 8. Si se observa tejido subcutáneo (grasa) requiere sutura. Deriva al servicio de urgencia.
 9. En caso de contusión aplique frío con cold pack y eleve la extremidad.
 10. En caso de una herida abierta poco profunda (hasta dermis) afronte con steri strip.
 11. Cubrir la herida con gasa, apósito o parche curita, dependiendo de la herida.
 12. Si la herida tiene las siguientes características:
 - a. contaminadas con tierra, heces, o saliva.
 - b. heridas causadas por un objeto punzante (clavo o aguja).
- Puede requerir un refuerzo de vacuna antitetánica.
Sugiera a los padres acudir al servicio de urgencia.
13. Informe a los padres de la lesión por mail o por teléfono según la gravedad de la herida.

8.7 Protocolo de Atención Contusiones

La contusión es una lesión producida por un golpe, caída o cualquier impacto sobre la piel, pero sin llegar a romper su continuidad ni ocasionar heridas abiertas. Los efectos de un golpe varían según la fuerza y energía aplicada dando lugar a una lesión superficial, como los moretones (equimosis), o lesiones sobre órganos y vísceras de mayor magnitud.

Las contusiones se pueden clasificar en:

- Leve: dolor.
- Moderado: moretón más grande (hematoma), inflamación y dolor.
- Grave: hay lesión de vasos sanguíneos, quedando esa zona sin irrigación sanguínea y muerte del tejido. Puede producir un shock por la pérdida de sangre.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

Contusión bucal:

- a. Calmar al alumno.
- b. Colocación de guantes de procedimiento.
- c. Enjuagar la boca.
- d. Recostar en camilla.
- e. Preguntar cómo fue el accidente.
- f. Buscar lesiones en labio, paladar, lengua y dientes.
- g. Preguntar si hubo golpe en la cabeza, si hubo seguir protocolo "Golpe en la Cabeza".
- h. Aplicar frío local con cold pack en la parte externa de la boca.
- i. Reposo en enfermería.
- j. Si la contusión fue leve, enviar mail de atención a los padres para seguir régimen blando.
- k. Si hay lesión dentaria o contusión moderada, llamar a los padres y sugerir traslado a servicio de urgencia.

Contusión ocular:

- a. Calmar al alumno.
- b. Preguntar cómo fue el accidente.
- c. Evaluar si es un traumatismo ocular cerrado o abierto.
- d. Evaluar cómo está la visión.
- e. Siempre avisar inmediatamente a los padres y evaluar el traslado al servicio de urgencias.
- f. Aplicar frío con compresa fría.

Contusión abdominal:

- a. Calmar al alumno(a).
- b. Preguntar cómo fue el golpe.
- c. Controlar los signos vitales con énfasis en presión arterial y pulso.
- d. Si los signos vitales están dentro de rango normales:
 - i. Aplicar frío con compresa fría.
 - ii. Dejar en reposo por 10 minutos.
- e. Si los signos vitales están alterados, hipotensión (presión arterial baja) o con taquicardia (pulso mayor a 100) puede ser una hemorragia interna.
 - i. Avisar a los padres en forma inmediata.
 - ii. Coordinar traslado al servicio de urgencia.

Contusión lumbar:

- a. Evaluar al alumno(a) en el lugar donde ocurrió el accidente.
- b. Calmar al alumno(a).
- c. Preguntar cómo fue el golpe.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

- d. Valorar movilidad y sensibilidad de extremidades superiores e inferiores.
- e. Si no se observan alteraciones.
- Reposo en enfermería.
 - Aplicar frío con cold pack.
 - Administración de antiinflamatorio de acuerdo a ficha de salud, previa autorización de padres vía llamada telefónica.
 - Avisar a los padres.
- f. Si hay alteración de movilidad y sensibilidad.
- Avisar a apoderado().
 - Coordinar traslado a servicio de urgencia.
 - iii. Hacer seguimiento del alumno(a).

Contusión en extremidades:

- a. Calmar al alumno(a)
- b. Preguntar cómo fue el accidente.
- c. Depende de la magnitud: sentarse en una silla o acostado en camilla.
- d. Evaluar: dolor, aumento de volumen, moretón y movilidad.
- e. Elevar la extremidad y aplicar frío con compresa fría.
- f. Si hay aumento de volumen, dolor de 4 o más de acuerdo a escala de EVA, avisar a los padres y sugerir asistir al servicio de urgencia.

8.8 Protocolo de Atención Accidentes Oculares

Las lesiones en el ojo se pueden dar por un golpe, arañazo, pinchazo, salpicadura o porque algún objeto se inserta dentro del ojo.

En la mayoría de los casos el problema se resuelve con un poco de hielo. No obstante, si manifiesta síntomas como visión borrosa, pérdida de visión, dolor de cabeza, o hinchazón se debe acudir a médico lo antes posible

Cuando nos arañamos el ojo (con una rama, hoja de papel, uña) o bien cuando se mete algo dentro del ojo (polvo, arena, tierra, una pestaña, un pequeño insecto), suele haber dolor fuerte en el ojo, lagrimeo, la parte blanca del ojo se pone roja y hay dificultad para abrir los párpados.

Siempre se debe asistir a un centro de salud si presenta:

- Aumento del enrojecimiento del ojo que no disminuye con los minutos
- Supuración del ojo



Protocolo de Asistencia a Enfermería

- Dolor que no calma en el ojo
- Cualquier cambio en la visión
- Cualquier cambio visible en el globo ocular
- Sangre visible en la parte blanca del ojo (esclerótica), en especial cerca de la córnea

8.9 Protocolo de Atención Reacción Alérgica

Una reacción alérgica, es una reacción anormal del sistema inmunológico frente a una sustancia extraña. La reacción alérgica puede ser a fármacos, alimentos, dermatitis de contacto, asma, rinitis, animales entre otras. La anafilaxia es una intensa reacción alérgica que puede poner en peligro la vida del paciente, que requiere traslado inmediato a un servicio de urgencia. Compromete la vía aérea y puede producir shock.

Signos de Alerta

- Edema (hinchado) cara, ojos, labios, lengua.
- Rush cutáneo y prurito generalizado.
- Respiración difícil y ruidosa.
- Sensación de opresión en la garganta.
- Dificultad para hablar.
- Compromiso estado de conciencia.
- Hipotensión (presión arterial baja).
- Taquicardia.

Si el alumno presenta un signo de alerta se debe llamar a los padres o de forma inmediata y coordinar traslado al servicio de urgencias.

¿Qué hacer?

1. Calmar al alumno(a).
2. Averiguar qué fue lo que ocurrió.
3. Revise antecedentes de enfermedades y alergias en la ficha de salud.
4. Preguntar si le había pasado antes.
5. Controlar los signos vitales.
6. Buscar signos de alerta.
7. Avisar a los padres en forma inmediata y coordinar el traslado al servicio de urgencias. Se requiere administración de adrenalina en forma urgente.
8. Si solo hay rash cutáneo y prurito, llamar a apoderados y sugerir que consulte en un centro de salud.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

8.10 Protocolo de Atención Convulsión

La convulsión es una actividad eléctrica anormal en el cerebro. Entre las causas están epilepsia, fiebre alta, lesiones en la cabeza, hipoglucemias, hiperglucemias, entre otras. La mayoría de las convulsiones duran de 30 segundos a dos minutos.

Los síntomas de una convulsión son:

- Pérdida de conocimiento, seguido por un período de confusión.
- Caída.
- Espuma en la boca.
- Movimientos en los ojos.
- Movimientos en todo el cuerpo.
- Espasmos musculares.
- Relajación de esfínter.
- Alteración de la respiración.

¿Qué hacer?

1. Mantener la calma, habitualmente son autolimitadas.
2. Trate de que el/la estudiante que están alrededor se alejen, debido a que se pueden asustar.
3. Ayude a colocarlo(a) en el suelo y corra las cosas con que se pueda golpear.
4. No introducir objetos en la boca.
5. Aflojar ropa cercana al cuello.
6. Importante:
 - Cuidar que no se golpee la cabeza.
 - Tomar el tiempo de duración de la crisis.
 - Observe si hay contracción muscular y movimientos involuntarios.
 - Si hubo relajación de esfínter.
7. Trasladar al alumno(a) en camilla a la enfermería.
8. Avisar a los padres.
9. Traslado al servicio de urgencias.
10. Hacer seguimiento del alumno de acuerdo a protocolo y preguntar cuál fue la causa para realizar estrategias preventivas de una nueva convulsión.

8.11 Protocolo de Control de Signo Vitales



Protocolo de Asistencia a Enfermería

Los signos vitales son las manifestaciones externas de las funciones vitales (cerebro, corazón y pulmones), susceptibles de ser percibidos con facilidad por los sentidos o con ayuda de instrumentos sencillos. Los cuatro signos vitales son frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura. La valoración de los signos vitales permite detectar alteraciones potenciales o reales. Esta valoración es importante para la toma de decisiones.

FRECUENCIA CARDÍACA (PULSO)

Es el número de veces que se contrae el corazón en un minuto. Se toma en arteria radial (muñeca) o carótida (cuello) en casos más graves.

Materiales: reloj con segundero o teléfono con cronómetro.

Procedimiento:

- 1) Coloque el reloj en un lugar visible.
- 2) Elija la arteria donde va a controlar.
- 3) Apoye la yema de los dedos índice y medio, sobre el punto del pulso y ejerza una presión media.
- 4) Cuenta el número de pulsaciones en un minuto.
- 5) Observe si está regular y la firmeza.
- 6) Registre el valor en la ficha electrónica de salud.

Valores Normales

- Niños de 2 a 10 años 60 a 140 latidos por minutos
- Mayores de 10 años 60 a 100 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria

Es el número de respiraciones en un minuto. Es importante controlarla en caso de dificultad respiratoria.

Materiales: reloj con segundero o teléfono con cronómetro.

Coloque la mano del alumno sobre su tórax y cuente el número de ciclos respiratorios en un minuto (inspiración – espiración =1)

Valores Normales

- Normal (eupnea) 12 a 20 respiraciones por minuto
- Aumentada (taquipnea) Más de 21 respiraciones por minuto
- Disminuida (bradipnea) Menos de 11 respiraciones por minuto
- No respira (apnea)

Control de Temperatura



Protocolo de Asistencia a Enfermería

La temperatura corporal es una medida de la capacidad del organismo de generar y eliminar calor.

Se sugiere utilizar termómetros digitales porque el mercurio es un metal tóxico, por lo que no se utilizan en los servicios de salud. Los termómetros digitales son menos sensibles, pero no causan daño.

Materiales:

- Termómetro digital.
- Alcohol pad o tórula de algodón con alcohol.

- 1) Desinfectar el termómetro con alcohol
- 2) Despejar la axila.
- 3) Si la axila está húmeda, seque la axila con toalla de papel dando suaves toques.
- 4) Encienda el termómetro.
- 5) Coloque el termómetro en el centro de la axila, cuidando que el bulbo quede completamente cubierto de piel.
- 6) Doble el brazo del alumno sobre el tórax con los dedos de la mano sobre el hombro opuesto.
- 7) Mantenga el termómetro hasta que suene la alarma del termómetro.
- 8) Retire el termómetro y lea el valor obtenido.
- 9) Limpie el termómetro con una tórula con alcohol.

Valores Normales

- Afebril (sin fiebre) 36°C – 37°C
- Subfebril 37,5°C - 37,9°C
- Febril Mayor a 37,8°C - 38°C

Presión Arterial

La presión arterial es la fuerza de la sangre que ejerce sobre las paredes de las arterias.

Se obtienen dos resultados:

- Presión Arterial Sistólica: presión cuando se contraen los ventrículos (alta).
- Presión Arterial Diastólica: presión cuando se relajan los ventrículos (baja).

Materiales: equipo de presión arterial automático.

- 1) Despeje el brazo, suba la ropa.
- 2) Ajuste la manga a nivel superior del codo.
- 3) Prenda el aparato e inicie.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

4) Registre los valores obtenidos.

Valores Normales

| | Sistólica | Diastólica |
|--------------------|------------|------------|
| Mayores de 10 años | 130-85mmHg | 85-60 mmHg |
| Menores de 10 años | 100 mmHg | 65 mmHg |

8.12 Protocolo de Administración de Medicamentos Patologías Crónicas

1) Los padres deben entregar la orden médica con la indicación del tratamiento, puede ser enviada vía mail con copia al Profesor(a) Jefe, Encargada de Enfermería y Coordinadora de Ciclo.

- Nombre del alumno.
- Medicamento.
- Dosis.
- Vía.
- Por cuánto tiempo.
- Horario.

2) El registro escrito debe quedar guardado en el archivador de pacientes crónicos por orden de abecedario.

3) El medicamento quedará guardado en la caja de medicamentos de alumnos con enfermedades crónicas.

4) Se debe registrar:

- Cantidad de medicamentos entregados por los padres.
- Fecha de vencimiento.

5) En la enfermería se administran los medicamentos por horario o SOS dependiendo de la indicación médica.

6) Es responsabilidad de la encargada de enfermería la administración del medicamento.



Protocolo de Asistencia a Enfermería

7) Encargada de enfermería debe revisar y mantener al tanto a los padres de falta de medicamentos o vencimiento de éste para reposición.

8) Al finalizar el año escolar se debe devolver los medicamentos a los padres, dejando registrado la cantidad.

- última actualización enero 2025