

# Formulario para acompañar al paciente al hospital (¡por favor, advertir al hospital sobre el tratamiento específico que requieren las quemaduras de AHF/HF!)

Por favor asegúrese que el personal del hospital sea consciente de las características únicas de lesiones causadas por exposiciones al AHF/HF y del hecho que los efectos tóxicos sistémicos de dicha exposición requerirán una vigilancia inmediata del nivel de fluoruros, calcio, magnesio y sodio mediante la aplicación de suero, además de una reposición de calcio por infusión.

## El AHF/HF es corrosivo y tóxico y puede causar:

- Graves y dolorosas quemaduras en la piel
- Irritación de las vías respiratorias que puede producir una bronquitis o incluso un edema pulmonar
- Asfixia
- Graves y dolorosas quemaduras en los ojos
- Ceguera
- Graves y dolorosas quemaduras del tubo digestivo
- Graves efectos tóxicos sistémicos, que requerirán una intervención metabólica, quirúrgica, torácica u oftálmica especializada (Cuidados intensivos)

**Nota:** Todos o cualquiera de los efectos mencionados arriba pueden tardar en producirse al comienzo y/o estar acompañados de efectos tóxicos sistémicos.

## GESTIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA LESIONES DE ÁCIDO FLUORHÍDRICO

Nombre \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha y hora \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO (MARQUE LO APROPIADO)

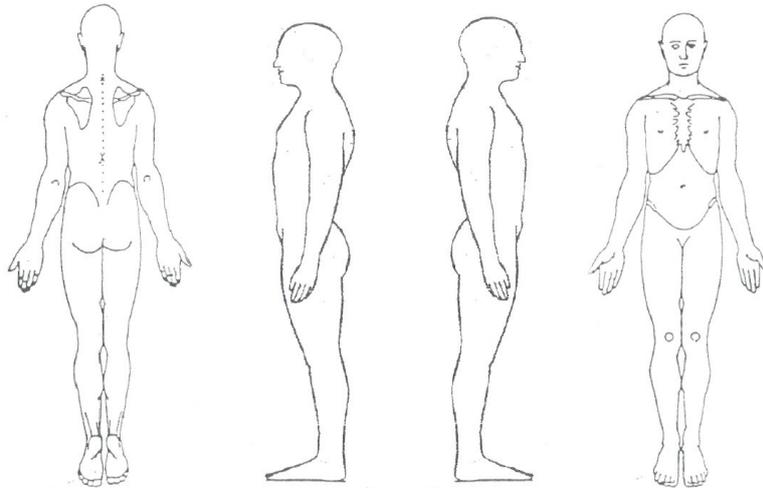
Este paciente ha sido expuesto a

- Ácido Fluorhídrico Anhidro  
 Solución de HF al \_\_\_\_\_% (especifique)  
 ¿Otro tipo de Fluoruro? (especifique \_\_\_\_\_)

Fecha de exposición \_\_\_\_\_ Hora de exposición \_\_\_\_\_

Naturaleza de exposición:  Piel  Ojos  Inhalación  Ingestión

Superficie corporal afectada:



### TRATAMIENTO APLICADO (MARQUE LO APROPIADO)

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Lavado, descontaminación de la piel                           | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Lavado, descontaminación de los ojos                          | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Gel de Gluconato de Calcio                                    | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Enjuague ocular con una solución de Gluconato de Calcio al 1% | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Nebulización de una solución de Gluconato de Calcio al 2,5%   | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Apoyo vital básico  | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique _____)                                     | Duración _____ min. |

Tiempo entre la exposición y la descontaminación con agua: \_\_\_\_\_ min.

Tiempo entre la descontaminación con agua y otros tratamientos: \_\_\_\_\_ min.

- Méd.  
 Enferm.  
 Ayud. 1<sup>ros</sup> Auxilios

Nombre y firma

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

**Nota para el Ayudante de 1<sup>ros</sup> Auxilios:** A ser posible, los pacientes deberían ser acompañados por un Médico o Enfermero/a.

### PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN MÉDICA

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_