



CURSO BÁSICO DE PRIMEROS AUXILIOS



Índice

Introducción pág 3

1. Conceptos básicos pág 5

2. Cadena de supervivencia pág 8

3. Secuencia de RCP básica pág 10

4. Desfibrilador automático dea y semiautomático desa pág 22

5. Atención en urgencias más comunes

* Atragantamiento pag 28

* Maniobra de Heimlich pág 31

* Quemaduras pág 33

* Caídas pág 37

* Heridas pág 40

* Intoxicación pág 42

* Electrocución pág 45

* ACV pág 49

* Desmayo pág 42

* Cuerpos extraños pág 45

* Sangrado nasal pág 48

6. Traumatismos con potenciales lesiones severas pág 59

7. Botiquín pág 61

INTRODUCCIÓN

Denominamos parada cardiorrespiratoria al cese brusco, inesperado y potencialmente reversible del latido cardíaco y de la respiración. En estos casos nos encontraremos a la persona inconsciente, sin pulso y sin respirar

Está causada por un fallo inesperado de la capacidad del corazón para bombear eficazmente sangre al cerebro y a todo el organismo.

La función del corazón es bombear sangre a todos los órganos del cuerpo. Si el corazón deja de funcionar (paro cardíaco), el flujo sanguíneo se detiene, los órganos empiezan a fallar y en cuestión de minutos la persona muere.

Si detectamos el paro cardíaco puede detectarse y lo tratamos de inmediato, pueden evitarse daños serios a los órganos, daño cerebral o incluso la muerte. Esto le puede ocurrir a cualquier persona, adulto, niño, incluso a una persona que parecía gozar de buena salud.

Según los expertos del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) calculan que cada año, casi un millón de europeos sufren un episodio de muerte súbita

El 82% de estas muertes, producidas fuera de los hospitales, se deben a enfermedades cardíacas.

La mayoría de los casos de muerte súbita de origen cardíaco se producen por arritmias ventriculares (fibrilación ventricular y taquicardia ventricular), en los cuales, el único tratamiento consiste en la administración de una descarga de desfibrilación al paciente.

Debemos tener en cuenta que la probabilidad de que una descarga de desfibrilación consiga interrumpir la arritmia y recuperar al paciente, es menor cuanto más tiempo pase desde que el paciente sufre la arritmia hasta que recibe la descarga.

Así por cada minuto que una persona transcurre en PCR sin recibir ningún tipo de ayuda, se reducen las posibilidades de sobrevivir hasta en un 10%. Y cuando la descarga se aplica durante los tres primeros minutos, el porcentaje de pacientes que consiguen recuperar el pulso puede llegar hasta un 75%.

El cerebro es un órgano muy sensible ante la falta de oxígeno, afectándose muy rápidamente si no se aplican maniobras de resucitación al paciente lo antes posible, pudiendo aparecer daño cerebral permanente a partir de los 4 minutos desde que comenzó la parada.

Por esta razón se considera que la desfibrilación semiautomática (DESA) es el mayor avance conseguido hasta ahora dentro de las técnicas de soporte vital.



1.- CONCEPTOS BÁSICOS

Parada Cardiorrespiratoria (PCR): se entiende toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatoria espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): conjunto de maniobras que se aplican en una situación de emergencia, encaminadas a revertir una parada cardiorrespiratoria. Su objetivo es intentar sustituir el latido del corazón parado así como la ventilación espontánea del aire en los pulmones del paciente y de este modo intentar proporcionar a las células cerebrales la irrigación y el oxígeno imprescindibles para su supervivencia.

Soporte vital: son las acciones que se llevan a cabo para mantener a una persona con vida hasta que lleguen los servicios sanitarios. Esto es el concepto explicado anteriormente (RCP) incluyendo además, la prevención de la PCR con el reconocimiento de las situaciones de emergencia médica, alerta a los servicios de emergencias sanitarias y la intervención precoz.

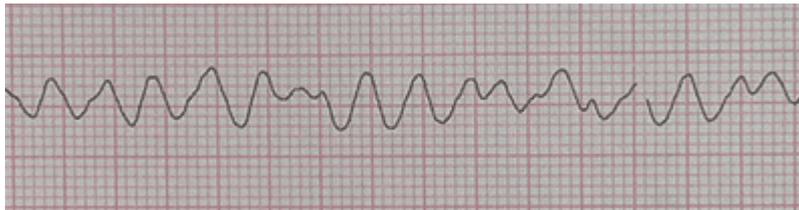
Dentro del soporte vital podemos distinguir entre dos actuaciones diferentes:

Soporte vital básico (SVB): realizamos la atención al paciente sin ningún material, excepto dispositivos de barrera (protectores faciales).

Soporte vital avanzado (SVA): se realiza la atención con material específico y deben intervenir personal sanitario cualificado.

En éste temario nos centraremos en el SVB como guía de actuación en personal no entrenado, ya que tener las herramientas de resolución de éste tipo de situaciones puede salvar una vida.

Fibrilación ventricular: Se considera la fibrilación ventricular, o fib-V, como la alteración del ritmo cardíaco más grave, es una arritmia mortal.



La FV es responsable del 80-90% de las muertes súbitas.

Los trastornos de la actividad eléctrica provocan que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) se agiten o fibrilen, en lugar de contraerse (o latir) con normalidad.

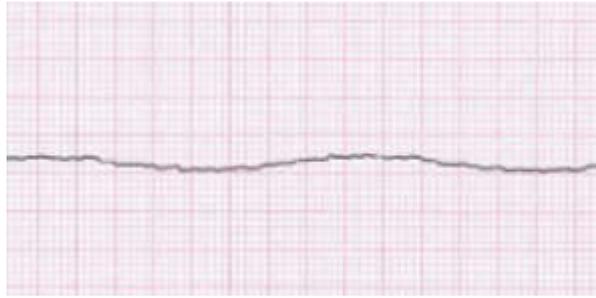
Este tipo de arritmia es una urgencia médica. Pone en riesgo la vida de las personas.

En estos casos, síntomas como el dolor en el pecho, sensación de mareo o falta de aire pueden alertar sobre la inminencia del ataque cardíaco. Es muy importante saber reconocerlos para poder activar de manera rápida las actuaciones necesarias para la supervivencia del paciente.

Si la FV persiste durante más de 3 ó 4 minutos, se produce la muerte de la persona afectada.

Asistolia: Ausencia total de sístole cardíaca, con pérdida completa de la actividad.

Se caracteriza por un trazado electrocardiográfico de una línea plana sin pulso reconocible.



Muerte súbita: Se denomina así a la muerte inesperada dentro de la primera hora del inicio de los síntomas. Son siempre por causas naturales y están excluidas las muertes accidentales, como por ejemplo en accidentes de tráfico.

2.- CADENA DE SUPERVIVENCIA

Cuando nos encontramos ante una parada cardiorespiratoria, las posibilidades de que la persona sobreviva van a depender de una actuación rápida y adecuada. Se iniciarán con una RCP básica, y después se continuará con un tratamiento especializado precoz con RCP avanzada.

Para que las maniobras de RCP resulten eficaces, deben llevarse a cabo sin demora y a la mayor brevedad y en un conjunto de 5 acciones que denominamos **Cadena de Supervivencia**.

En 1980 la American Heart Association estableció una serie de recomendaciones llamadas “cadena de supervivencia”. En estos años, la experiencia acumulada ha mostrado que es esencial la actuación según esa secuencia de acciones establecidas ante cualquier sospecha de PCR, para lograr una importante tasa de supervivencia. El concepto que describimos a continuación de la cadena de supervivencia resume los principales pasos necesarios para la resucitación exitosa. La mayoría de estos eslabones son relevantes tanto para víctimas de parada cardíaca como respiratoria.

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 cardíaca

RCP precoz por testigos: la RCP inmediata puede doblar o triplicar la supervivencia a una parada cardíaca súbita por FV

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%

Soporte vital avanzado precoz y los cuidados pos-resucitación: la calidad del tratamiento en el periodo que sigue a la resucitación afecta al resultado de esta

Poner en marcha medidas de RCP avanzada cuando acuda el equipo especializado.

Continuidad de cuidados una vez recuperado el latido cardiaco y traslado a centro sanitario para continuar asistencia

Todos los eslabones de la cadena de supervivencia son importantes. Si alguno de ellos no funciona, el proceso se rompe y las posibilidades de recuperación del paciente se reducen drásticamente



Por ello es importante la ayuda de todas las personas que presencien una situación de PCR (detectando la emergencia y avisando a los equipos de emergencia, así como realizando la RCP básica).

Una vez que se establece la llamada con los servicios de emergencia, desde el Centro Coordinador de urgencias y emergencias del 061, irán dando recomendaciones a la persona al teléfono para realizar las maniobras de RCP básicas hasta que lleguen los servicios de emergencias.

3.- SECUENCIA DE LA RCP BÁSICA EN ADULTOS

- Asegúrese de que usted, la víctima y los demás testigos estén seguros.
- Compruebe la capacidad de respuesta de la víctima, zarandeelo 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 que le ocurre y busque ayuda si la necesita, reevalúelo regularmente.

NO responde;



Grite pidiendo ayuda

Voltee a la víctima sobre su espalda y abra su vía aérea utilizando la maniobra de 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.

Valore la respiración de la víctima

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.

Decida si la respiración es normal, anormal o ausente. En los primeros minutos después de la parada cardíaca la víctima puede que apenas respire, o hacerlo en boqueadas irregulares y ruidosas. No las confunda con la respiración normal.

Vea oiga y sienta durante no más de 10 segundos para determinar si la víctima está respirando normalmente. Si tiene la más mínima duda de si su respiración es normal actúe como si no lo fuera.

Si la víctima respira normalmente:

- Colóquelo en posición de recuperación.



- Envíe o vaya a buscar ayuda o llame pidiendo una ambulancia.
- Compruebe que continua respirando.

Si no respira normalmente:

- Envíe a alguien por ayuda, a buscar un DEA, si se encuentra solo, use su móvil para alertar al 112, deje a la víctima sola si no hay otra opción.

Inicie compresiones torácicas.

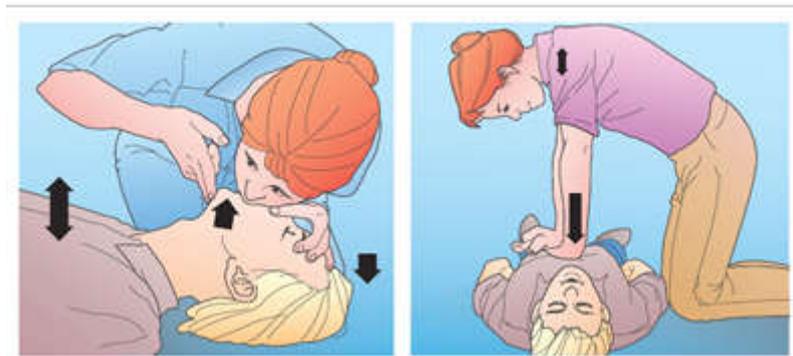


- Arrodílese al lado de la víctima.
- Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima.
- Coloque el talón de su otra mano sobre la primera
- Entrelace los dedos y asegúrese de que no aplica la presión sobre las costillas de la víctima, No aplique presión sobre la parte superior del abdomen o sobre el extremo inferior del esternón.



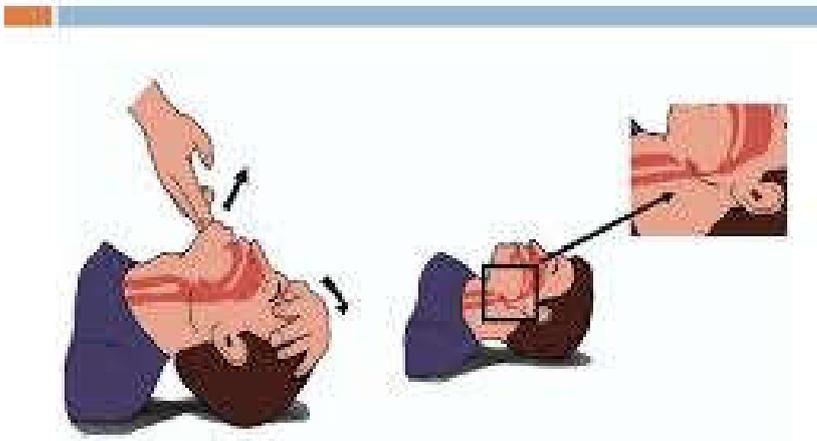
- Colóquese vertical sobre el pecho de la víctima y, con sus brazos rectos, comprima el esternón al menos 5 cm(pero no mas de 6 cm)
- Después de cada compresión libere la presión del tórax sin perder contacto entre sus manos y el esternón. Repítalo a un ritmo de al menos 100 por minuto.(pero no mas de 120 por minuto)
- El tiempo empleado en la compresión y descompresión debe ser igual.

Combine las compresiones torácicas con ventilaciones de rescate



- Después de 30 compresiones abra la vía aérea otra vez, utilizando la maniobra frente mentón.

MANIOBRA FRENTE-MENTÓN



- Tape la nariz de la victima, cerrándola con el índice y el pulgar de la mano que apoya en la frente.
- Permita que la boca de la victima 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 insufle 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 de otras 30 compresiones torácicas .
- Continúe con las compresiones torácicas y ventilaciones de rescate en una relación 30:2 y deténgase para reevaluar la víctima solo 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.

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 la compresiones torácicas.

- Si hay mas de un reanimador presente, ha de relevarse en la RCP cada 1-2 minutos, para prevenir el agotamiento. Sin embargo los relevos deben de ser los mas rápido posibles durante el cambio de reanimador para evitar pausas muy largas en las compresiones.

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, de solamente las compresiones torácicas.
- Si únicamente da compresiones torácicas debe hacerlo a una frecuencia continua de al menos 100 por minuto (pero no mas de 120 por minuto)
- Deténgase para reevaluar a la victima solo si comienza a respirar normalmente, se mueve o abre los ojos, de otro modo no interrumpa las maniobras de resucitación.

Continúe la resucitación hasta que:

- Llegue ayuda cualificada que lo releve
- La victima comience a respirar normalmente.
- Usted se agote

Riesgos para el reanimador

La seguridad tanto del reanimador como de la víctima es fundamental durante un intento de resucitación. Ha habido pocos incidentes en reanimadores que sufran efectos tales como tuberculosis y SARS (síndrome de disstres respiratorio agudo) La transmisión del VIH durante la RCP nunca ha sido comunicada.. No ha habido estudios humanos dirigidos a comprobar la efectividad de los mecanismos de barrera durante la RCP, no obstante estudios de laboratorio han mostrado que ciertos filtros, o mecanismos de barrera con válvula unidireccional, previenen la transmisión oral de bacterias de la boca de la víctima al reanimador durante las ventilaciones boca a boca. Los reanimadores deberían tomar las medidas de seguridad adecuadas siempre que sea posible, especialmente si se conoce que la víctima tiene una infección grave, como tuberculosis o SARS, es esencial que los reanimadores tomen medidas de protección necesarias.



Máscara de resucitación RCP con válvula unidireccional

Los riesgos durante las descargas de desfibrilación son mínimos para los intervinientes. Y son aun menores si llevan guantes

Apertura de la vía aérea

La única maniobra recomendada para abrir la vía aérea por personal es la maniobra frente-mentón anteriormente explicada, tanto para víctima traumática como no traumática.

Diagnostico de la parada cardiorrespiratoria

La maniobra de verificación del pulso es poco sensible (el reanimador no detecta en muchas ocasiones que un paciente en parada cardíaca no tiene pulso) y poco específica (no se detecta el pulso aunque exista) Por ello, y principalmente para los reanimadores poco expertos en materia sanitaria, se optó por considerar parada cardíaca a las situación en la que la víctima no responde, no se mueve y no respira “normalmente”, la situación considerada como ausencia de signos de circulación espontánea. La valoración del pulso queda reservada a personal con experiencia en hacerlo, con el sanitario. En todo caso, no se debe invertir más de 10 segundos en analizar el pulso.

Existe gran dificultad para determinar la presencia o ausencia de respiración normal en víctimas inconscientes, incluso para los profesionales de la salud. Eso puede deberse a que la vía aérea no está abierta o a que la víctima está haciendo bloqueadas agónicas ocasionales. La respiración agónica está presente en hasta un 40% de las paradas cardíacas. Los testigos describen las respiraciones agónicas como: apenas respiratorias donde la respiraciones es fuerte, trabajosa o ruidosa.

Ventilaciones de rescate iniciales

La ventilación es menos importante que las compresiones torácicas en los primeros minutos después de una parada cardíaca sin asfixia, pues el oxígeno contenido en la sangre se mantiene elevado y el reparto de oxígeno al miocardio y al cerebro queda limitado principalmente por la disminución del

bombeo cardíaco, y en menor medida, por la falta de oxígeno a los pulmones.

Es un hecho conocido que los reanimadores prefieren evitar la ventilación boca a boca por una serie de razones, incluyendo el temor a una infección y “reparos” por el procedimiento. Por estas razones y para enfatizar la prioridad de las compresiones torácicas se recomienda en los adultos que la RCP comience con el masaje cardíaco en lugar de con las ventilaciones iniciales.

Ventilación

Durante la RCP el propósito de la ventilación es mantener una oxigenación adecuada. La recomendación actual es que cada insuflación sea a lo largo de un segundo con suficiente volumen para hacer que el tórax se expanda pero evitando ventilaciones demasiado rápidas o demasiado fuertes. Esta recomendación se aplica a todas las formas de ventilación durante la RCP incluyendo boca a boca y bolsa-válvula-mascarilla con y sin oxígeno suplementario.

La ventilación boca a nariz es una alternativa efectiva a la ventilación boca a boca. Puede ser considerada si la boca de la víctima está seriamente traumatizada, o si no puede ser abierta, el reanimador está atendiendo al paciente en el agua o el sello boca a boca es difícil de conseguir.

No hay evidencia publicada sobre la seguridad, efectividad o fiabilidad de la ventilación boca a traqueotomía, pero puede ser utilizada para una víctima con un tubo de traqueotomía o un estoma traqueal que necesita ventilación de rescate.

Para utilizar la ventilación bolsa-mascarilla se requiere una práctica y habilidad considerable. El reanimador en solitario debe ser capaz de abrir la vía aérea traccionando la mandíbula al tiempo que sostiene la mascarilla contra la cara

de a víctima. Es una técnica solamente apropiada para reanimadores que trabajan en áreas altamente especializadas.

Compresiones torácicas

Las compresiones torácicas producen flujo sanguíneo al incrementar la presión intratorácica y por la compresión directa del corazón. El flujo generado por compresiones torácicas realizadas de un modo correcto puede llegar a producir picos de presión arterial sistólica de 60-80 mmhg, pero la presión diastólica permanece baja y la presión arterial media de la arteria carótida rara vez supera los 40mm de hg. Las compresiones torácicas generan un pequeño flujo sanguíneo, que resulta fundamental para el cerebro y el miocardio, e incrementa las probabilidades de que la desfibrilación sea exitosa. Son especialmente importantes si el primer choque se administra mas de cinco minutos después del colapso.

4.- DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO (DEA) Y DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO (DESA)

Como hemos hablado anteriormente en la Cadena de supervivencia, el tercer eslabón de la cadena corresponde a la desfibrilación.

Es una técnica que consiste en aplicar unos electrodos en el pecho del paciente (sin ropa), los cuales, conectados al dispositivo, detectan las arritmias desfibrilables (la que hacen que el corazón no genere latido eficaz). Y una vez reconocidas las arritmias, se realizan descargas para que el corazón genere latidos eficaces.

DEA

Es un dispositivo electrónico portátil que diagnostica y puede ayudar a restablecer el ritmo cardíaco cuando una persona sufre un paro cardíaco.

Cuando alguien tiene un paro cardíaco, el DEA examina la actividad eléctrica de su corazón e indica si es necesario o no dar a esa persona una descarga eléctrica. En caso de que sea necesario, es el mismo dispositivo el que realiza de manera automática la desfibrilación. Esta descarga puede hacer que el corazón vuelva a latir a su ritmo normal.

Cómo encontrar un DEA

- La ubicación de un DEA debe estar indicada con una señalización clara.

Cuándo y cómo utilizar un DEA

- ✓ En cuanto llegue el DEA, o si ya hay uno disponible en el lugar de la parada cardíaca, enciéndalo.

- ✓ Coloque los electrodos en el tórax desnudo de la víctima según la posición indicada en el DEA o en los propios electrodos.
- ✓ Si hay más de un reanimador presente, continúe con la RCP mientras se colocan los electrodos.
- ✓ Siga las indicaciones verbales (y/o visuales) del DEA.
- ✓ Asegúrese de que nadie toca a la víctima mientras el DEA analiza el ritmo cardíaco.
- ✓ Si se indica una descarga, asegúrese de que nadie toque a la víctima. Pulse el botón de descarga según las indicaciones. Reinicie inmediatamente la RCP con 30 compresiones.
- ✓ Si no se indica una descarga, reinicie inmediatamente la RCP con 30 compresiones.
- ✓ En cualquiera de los dos casos, continúe con la RCP según las indicaciones del DEA. Habrá un periodo en que mantendremos las maniobras de RCP (normalmente 2 minutos) antes de que el DEA solicite una nueva pausa en la RCP para proceder con el análisis del ritmo.

Compresiones antes de la desfibrilación

- ✓ Continúe con la RCP hasta que llegue al lugar un DEA (u otro desfibrilador) y se encienda y conecte a la víctima.
- ✓ No retrase la desfibrilación para realizar una RCP adicional una vez que el desfibrilador esté listo.

Seguridad de los DEA

Numerosos estudios sobre la desfibrilación de acceso público han demostrado que los DEA pueden ser utilizados con seguridad por los testigos, personal lego y primeros intervinientes. Aunque es excepcional que el reanimador se lesione al recibir una descarga de un desfibrilador, no se deben realizar compresiones torácicas durante la administración de la descarga.

- ✓ Asegúrese de que usted, la víctima y cualesquiera otros reanimadores y testigos están en un entorno seguro.
- ✓ Los reanimadores legos deben iniciar la RCP en caso de presunta parada cardíaca, sin temer lesionar a las víctimas que no estuviesen en parada cardíaca.
- ✓ Los reanimadores legos pueden realizar con seguridad las compresiones torácicas y utilizar un DEA, ya que el riesgo de infección durante las compresiones y de daño por descarga accidental durante el uso del DEA es muy bajo.

DESA

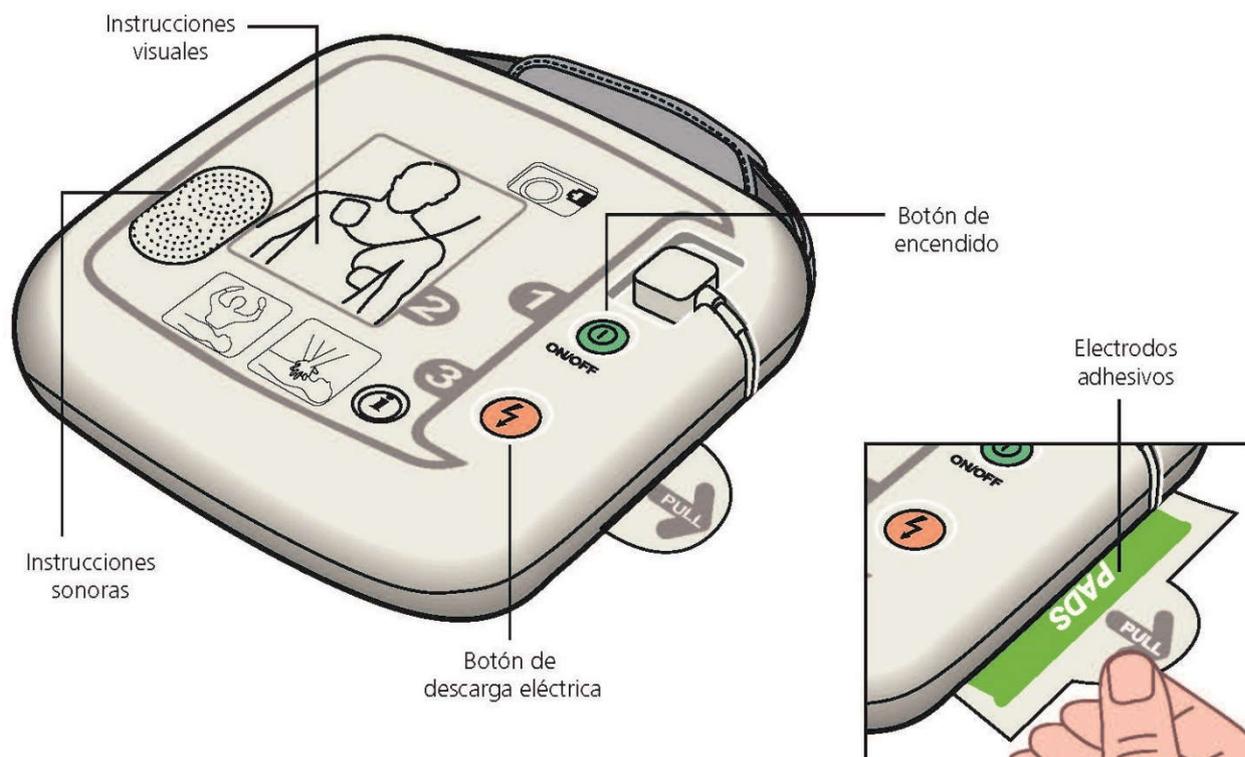
A diferencia del DEA, visto anteriormente, la desfibrilación externa semiautomática se diferencia en que después de la evaluación del dispositivo a la persona afectada, se procede a llevar a cabo una descarga eléctrica siendo en este caso el individuo el que debe presionar el botón de descarga. No se trata de un procedimiento complejo ya que, al igual que el DEA, dispone de una grabación de voz que va haciendo un seguimiento acerca de los pasos que debe llevar a cabo la persona que lo utiliza

¿CÓMO SE UTILIZAN?

1. Mientras una persona está haciendo la RCP , otra prepara el dispositivo.
2. Encender y seguir las instrucciones.

3. Si indica que hay que realizar una descarga, primero debemos asegurarnos de que nadie esté tocando a la víctima. Si eres tu el que está utilizando el DEA o DESA, deberás alertarlo en voz alta al resto de las personas.

4. Pulsar luego el botón de descarga, (en el caso de estar utilizando el DESA) y seguir las instrucciones del dispositivo hasta que llegue la ayuda médica o la víctima se recupere.

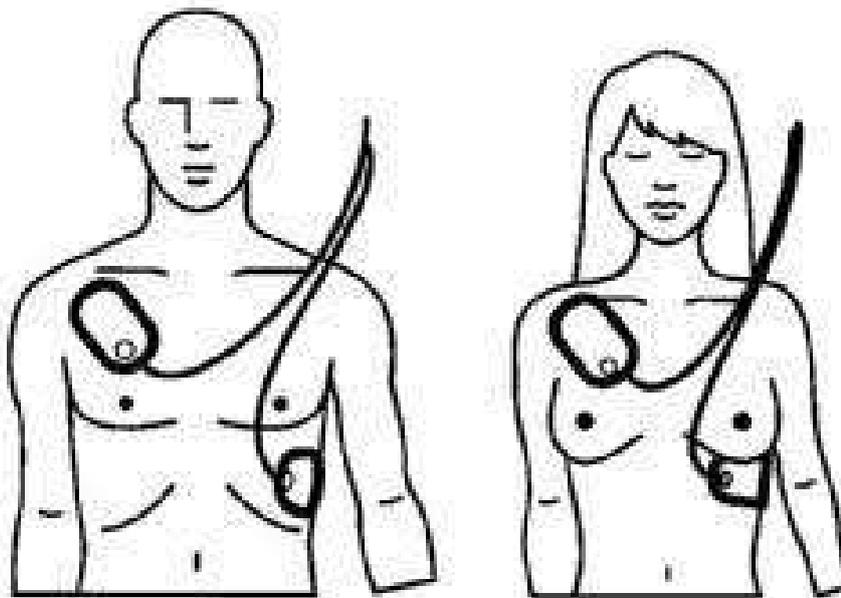


¿DÓNDE COLOCAR LOS ELECTRODOS?

Primero debemos retirar la ropa y cualquier objeto o material que tenga el paciente en la zona del pecho. Este debe estar lo suficientemente expuesto para que podamos colocar los electrodos de manera correcta. El primer electrodo lo colocaremos bajo la clavícula derecha, a la derecha del esternón, y el segundo se coloca en la línea media axilar izquierda (costado izquierdo a unos 10 cm de la axila). Ambos se colocan en posición vertical.

Se debe evitar su colocación sobre las mamas, ya que disminuye la cantidad de electricidad que llega al corazón.

Según el fabricante, algunos electrodos tienen un dibujo con el punto de colocación, o una identificación como “derecho” o “izquierdo”.



¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR ESTOS DISPOSITIVOS?

Se pueden encontrar en lugares como organismos públicos, estadios, colegios, instalaciones deportivas, clínicas, aeropuertos, terminales de transportes, etc.
Siempre están guardados en gabinetes de emergencia señalizados con carteles.

En Andalucía es obligatorio (decreto 20/2012) disponer de DEA en espacios donde coincidan una alta concurrencia de personas y exista la probabilidad de que ocurra una PCR, como aeropuertos, estaciones de autobuses, tren y metro, grandes superficies minoristas, instalaciones, centros o complejos deportivos, establecimientos públicos con un aforo igual o superior a 5000 personas, etc.

5.- ATENCIÓN EN URGENCIAS MÁS COMUNES

ATRAGANTAMIENTO Y OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

El atragantamiento ocurre cuando un cuerpo extraño, generalmente comida, penetra en la vía aérea, produciendo así una obstrucción. Puede ocurrir con cualquier objeto (prótesis dentales, juguetes, monedas, piedras, comida, etc). Y puede darse en cualquier edad, siendo más común en los niños, ya que son más propensos a llevarse cualquier objeto a la boca.

Cuando se da un atragantamiento, se ponen en marcha mecanismos de defensa para expulsar el objeto extraño, el más importante es la tos.

En un atragantamiento, el cuerpo extraño impide el paso de aire a los pulmones, de manera que se produce una asfixia, dejando así a nuestro cuerpo sin oxígeno, lo que puede producir lesiones graves o la muerte en pocos minutos.

Cuando un objeto sólido pasa a la vía aérea produciendo una obstrucción, y tras activarse el mecanismo de defensa (tos) no consigue ser expulsado, en pocos minutos se producirá una parada cardiorespiratoria.

Por el contrario si la obstrucción es parcial, generalmente la tos podrá eliminar el cuerpo extraño.

COMO DETECTAMOS UNA OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA

Podemos encontrar dos tipos de situaciones. La primera en la que la persona afectada se encuentra consciente, y en la que se encuentra inconsciente.

PERSONA CONSCIENTE:

Lo más habitual cuando nos encontramos frente a una situación de atragantamiento en una persona que está consciente, es que la persona se lleva las manos a la garganta. Podemos sospechar, además, si previamente ha estado comiendo o se ha llevado algo a la boca.

Cuando una persona se pone la manos en la garganta en esta situación, se conoce como “signo universal de atragantamiento”.

Obstrucción parcial o incompleta

En este caso el objeto que se ha introducido en la vía aérea no obstruye por completo la entrada de aire, por lo que se pone en funcionamiento el mecanismo de defensa y la persona comienza a toser.

Debemos dejar a la persona toser, ya que generalmente la tos funciona y se logra expulsar el objeto que causaba la obstrucción.

Si la tos no resulta efectiva para expulsar el cuerpo extraño, podemos dar golpes en la espalda a la persona. Para ello nos situaremos a su lado ligeramente detrás. Colocaremos una mano sobre el tórax de la persona y la inclinaremos ligeramente hacia delante. Con la otra mano, daremos 5 golpes fuertes y firmes intraescapulares (entre los dos omóplatos).

Comprobaremos si los golpes han ayudado a desobstruir la vía aérea, de lo contrario, iniciaremos la maniobra de Heimlich.

Si observamos que la persona logra expulsar el objeto, simplemente hay que esperar a que la persona se recupere y se tranquilice.



Cuando la obstrucción es parcial pero más acusada, la persona puede encontrarse inquieta y con una tos más enérgica y acelerada. También podemos escuchar ruidos respiratorios que se producen cuando la persona está intentando coger aire.

Si la obstrucción continua y no se puede desobstruir la vía aérea, la tos poco a poco será más débil, podremos ver como la coloración de la cara va cambiando y se vuelve más azulada, y encontraremos a la persona con una dificultad respiratoria significativa.

Es en este punto, cuando la tos no funciona, o la persona se encuentra exhausta, que el cuerpo extraño puede desplazarse produciéndose así una obstrucción completa y perdiendo la consciencia.

Obstrucción completa o total

En este caso, nos encontraremos a una persona que no puede toser ni hablar. Esto quiere decir que la vía aérea no es permeable y por lo tanto la persona no puede respirar y por tanto nos encontramos ante una situación crítica.

Generalmente la persona no puede explicar que le pasa y se encuentra en un estado de gran nerviosismo.

Ante esta situación, debemos poner en marcha la maniobra de Heimlich, que consiste en ayudar a la persona a expulsar el cuerpo extraño al exterior de la vía aérea.



PERSONA INCONSCIENTE

Cuando nos encontramos con una persona inconsciente, debemos sospechar de que se ha producido un atragantamiento con obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, cuando ha sido presenciada por testigos, y se han dado los signos y síntomas que hemos citado anteriormente.

También podemos sospechar de obstrucción de vía aérea cuando tras iniciar una RCP en una persona inconsciente, encontramos dificultad o imposibilidad de ventilar de manera efectiva a la víctima.



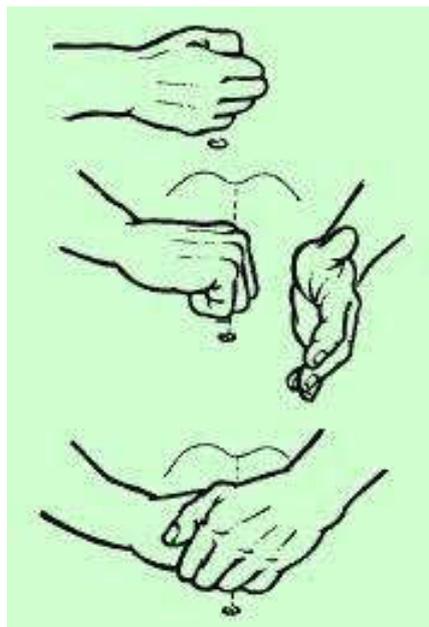
MANIOBRA DE HEIMLICH

Como hemos citado anteriormente, debemos poner en marcha la maniobra de Heimlich cuando nos encontremos con una víctima de atragantamiento y precise desobstrucción de la vía aérea.

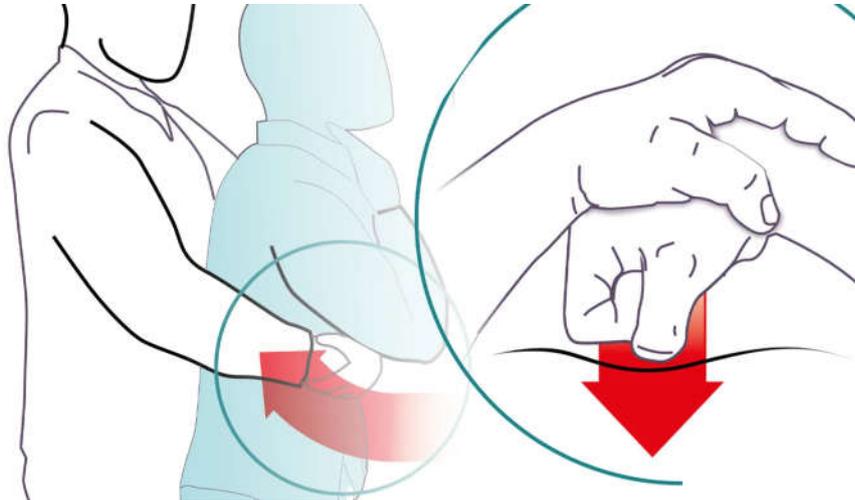
La maniobra de Heimlich, o compresión abdominal, es una técnica muy eficaz que salva miles de vidas cada año, de ahí radica su importancia.

¿CÓMO SE REALIZA LA MANIOBRA DE HEIMLICH?

1. Debemos colocarnos detrás de la persona que está sufriendo el atragantamiento, y colocar nuestros brazos alrededor de la parte superior de su abdomen.
2. Cerramos un puño y lo colocamos en la línea media del abdomen, por encima del ombligo y debajo del esternón (en la boca del estómago).
3. Colocamos la otra mano encima de la que hemos colocado con el puño cerrado.



4. Realizaremos una compresión fuerte y rápida hacia dentro y hacia arriba.

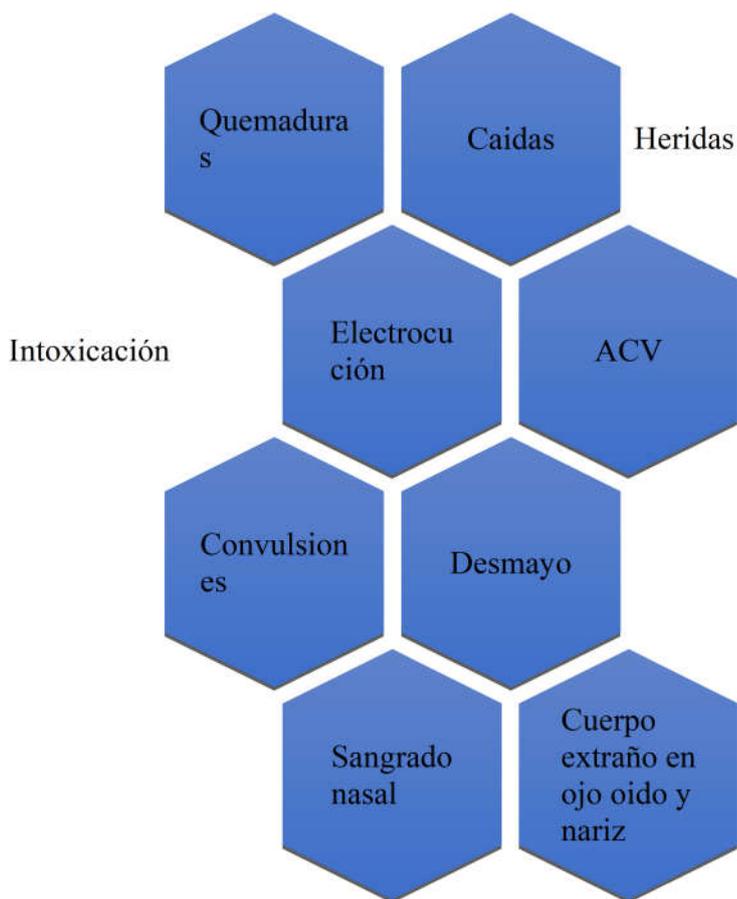


En personas con sobrepeso o embarazadas, realizaremos las compresiones a la altura del tórax en lugar de a la altura del abdomen.

El objetivo de esta técnica es aumentar la presión intraabdominal y de esa manera aumentar también la presión intratorácica, y así movilizar o expulsar el cuerpo extraño que dificultaba o impedía el paso de aire en la vía aérea.

INCIDENTES Y LESIONES MÁS FRECUENTES (PREVENCIÓN Y ASISTENCIA)

Las lesiones e incidentes más comunes son:



Quemaduras

Las quemaduras son muy frecuentes en el hogar y en particular en la cocina. Las más habituales son las ocasionadas por líquidos calientes. Pueden también producirse por fuego, electricidad, vapores, planchas o líquidos inflamables.

En los niños, las zonas más afectadas en general son la cabeza (especialmente la cara), las manos, el tórax y los miembros inferiores y genitales. En adultos mayores, las quemaduras se producen por causas generalmente asociadas con las limitaciones motoras propias de la edad: en el manejo de sartenes y ollas, en caídas sobre estufas o braseros encendidos, o por la rotura de bolsas de agua caliente o el cierre deficiente de las mismas. Las quemaduras pueden ser superficiales, pero en niños y adultos mayores pueden llegar a ser más graves a igual extensión y profundidad.



Medidas de prevención

1. Procure cocinar los alimentos en los fuegos traseros y ubique los mangos de las sartenes para que no sobresalgan y queden al alcance de niños.
2. Regule el peso de ollas y la cantidad de líquido, a fin de no provocar derrames ocasionados por el desequilibrio.
3. Emplee utensilios de cocina con mangos firmes y evite los lisos ya que son más resbaladizos.

4. Guarde encendedores, fósforos y líquidos inflamables en un lugar seguro.
5. No deje braseros, cigarrillos o velas encendidas durante la noche.
6. Regule la temperatura del baño de los niños.
7. Evite dejar ropa secando cerca o encima de la estufa y no deje alfombras cerca ya que pueden ocasionar incendios.
8. No deje al niño solo cuando la plancha está encendida o hay ollas en el fuego.
9. Use bolsas de agua caliente con tapa de seguridad.



Frente a una quemadura con fuego directo los primeros auxilios consiste en:

1. Tranquilizar a la víctima.
2. Retirar ropa, anillos, pulseras y cinturones no adheridos a las lesiones.
3. Aplicar agua sobre la lesión. Para el manejo de quemaduras leves sólo debe aplicar en la zona lesionada agua a temperatura ambiente (nunca agua caliente o muy fría). Esto calma el dolor y evita el avance de la lesión.
4. Llamar al servicio de emergencias médicas o acudir al centro de salud más cercano. No coloque hielo, cremas, dentífrico u otras soluciones habitualmente de origen popular, pues pueden aumentar la lesión y provocar infección. En caso de tener “ampollas” no las abra.



CAÍDAS- Fracturas

Es un incidente frecuente en casas en construcción y terrazas sin protección. Son también sitios propicios para caídas las escaleras sin pasamanos o en mal estado, las ventanas sin protección; los pisos encerados, mojados, irregulares, pisos alfombrados, los objetos mal ubicados y especialmente en zonas rurales o semiurbanizadas, las zanjas, los pozos y los aljibes sin protección.

En los adultos mayores, las caídas pueden producir graves problemas de salud (principalmente por la fractura de la cadera), que generan importantes consecuencias en su calidad de vida, debido a que pueden acarrear discapacidad y muerte.

Los niños más expuestos son los que pasan muchas horas sin la compañía de un adulto.

Prevención

1. Proteja con barandillas o rejas de las terrazas, ventanas y posibles accesos, como puertas en sitios elevados o en obras de construcción no terminadas
2. Mantenga en buen estado pasamanos y escaleras.
3. Evite dejar objetos innecesarios en el suelo así como alfombras y patines que puedan generar tropiezos y resbalones.
4. Mantenga los suelos secos y limpios.

5. Coloque alfombras antideslizantes y barras laterales en bañeras.
6. En el exterior del hogar, proteja el acceso a zanjas, pozos y aljibes.
7. Asegure el buen estado de los materiales y funcionamiento de juegos exteriores (toboganes, hamacas) y de bicicletas o triciclos.
8. Coloque a los niños casco, rodilleras, etc. cuando usen de bicicletas, patines o patinetes.
9. Asegure buena iluminación natural en todos los ambientes de la casa y fácil acceso al encendido de la luz artificial.
10. Procure NO cerrar el baño con llave mientras se baña.
11. Evite utilizar escaleras portátiles de poca estabilidad. si ante una caída se produce una fractura.
12. Es importante no movilizar a la víctima, ni al miembro fracturado ya que puede agravar la lesión.

FRACTURAS: INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS

Retirar anillos, pulseras y relojes cuando la fractura se produce en los miembros superiores (la hinchazón posterior puede hacer imposible su extracción y cortar la circulación). Si se requiere trasladar a la persona, ante fracturas no complejas de miembros (brazos o piernas) es importante “inmovilizar” con objetos rígidos, maderas, palos, cartones gruesos. Esta maniobra calma o disminuye el dolor.

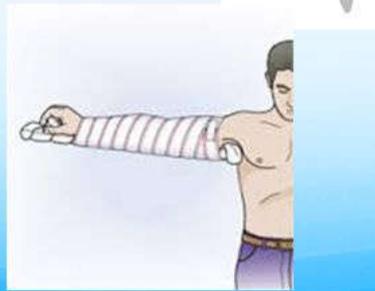
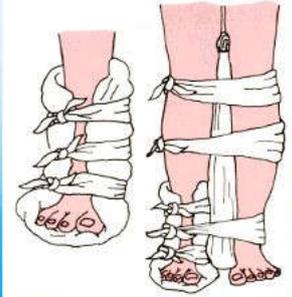
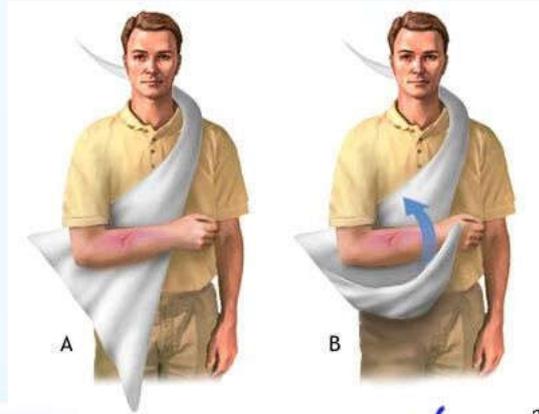
Hay que trasladar a la persona siempre y cuando se movilice por sus propios medios. En caso contrario esperar al servicio de emergencias.

Cuando la fractura es expuesta, es decir que se ve el hueso, no intente reintroducir los fragmentos óseos. Sólo cúbralo con gasas o telas limpias e inmovilice.

La inmovilización debe tomar dos articulaciones, una por arriba y otra por debajo de la fractura. Si hay una fractura en el antebrazo, inmovilice también el codo y la muñeca.

Inmovilización de extremidades

- Sin materiales médicos.



HERIDAS

Las heridas son incidentes muy frecuentes en el hogar. Generalmente no presentan gravedad y rara vez comprometen la vida, aunque hay que evitar la contaminación y posterior infección.

En los niños, las heridas pueden producirse por el contacto con objetos cortantes, como cuchillos, tijeras, vidrios o latas, también a causa de golpes con palos o piedras que generan desgarramiento o raspones de la piel.

En los adultos mayores, tener pieles más frágiles, secas y menos elásticas facilita la aparición de infecciones, si la desinfección es insuficiente. Su falta de lubricación las hace sensibles con el lavado exagerado. Los rasguños o

heridas superficiales tienen una cicatrización más lenta por eso hay que lavarlos y limpiar con un desinfectante.

Medidas de prevención:

1. Utilice con sumo cuidado y buena iluminación elementos cortantes como cuchillos, tijeras, alfileres.
2. Proteja salientes de mesas y esquinas puntiagudas cuando hay niños.
3. Evite juegos con envases de vidrio y latas (bordes cortantes).
4. Coloque un autoadhesivo decorativo a ventanales de vidrio, para evitar confundir que se encuentran abiertos.
5. Emplear abrelatas en buen estado, que no requieran realizar grandes esfuerzos.

TRATAMIENTO DE LA HERIDA: supuestos de actuación inmediata

Para prevenir infecciones en la víctima y a su vez protegerse, lave bien sus manos con agua y jabón. Luego, lave la herida y alrededores con agua y jabón.

PRIMERA MEDIDA

Si la herida presenta “hemorragia”, para detener o disminuir el sangrado, debe aplicar una “compresa” o tela limpia haciendo presión.

SEGUNDA MEDIDA Si la herida se encuentra en piernas o brazos, levante el miembro a un nivel superior al corazón, esto puede detener o reducir una hemorragia.



TERCERA MEDIDA Si el sangrado no se detiene, es conveniente colocar más compresas y realizar un vendaje. NO USAR torniquete. De acuerdo a la gravedad, traslade a la víctima lo antes posible para atención médica.

Frente a heridas no sangrantes, después de un abundante lavado con agua y jabón blanco, use antiséptico líquido (tipo povidona, etc).

- ✓ Luego cubra con compresa, gasa y vendaje si fuera posible.
- ✓ No coloque algodón sobre la herida, ya que se incorpora al tejido.

- ✓ La herida debe ser evaluada por un médico lo antes posible (antes de las 6 horas pues puede requerir sutura).

INTOXICACIÓN

Puede ocasionarse por exposición a distintas sustancias: medicamentos, productos de limpieza, plaguicidas, hidrocarburos (queroseno, nafta, aguarrás), productos para coches, drogas de abuso, cosméticos y otros.

Puede suceder por ingestión, inhalación o contacto con la piel.

Los niños pequeños tienen alto riesgo de sufrir una intoxicación debido a su curiosidad natural.

En el adulto, las intoxicaciones más frecuentes se producen por medicamentos, productos para limpieza doméstica o para el jardín, monóxido de carbono, bebidas alcohólicas y drogas. Una intoxicación muy grave y hasta mortal, frecuente en el invierno, se produce con el “monóxido de carbono” (CO). Este gas no tiene olor ni es irritante y se produce por la combustión en hornos, motores, estufas y calefacciones, entre otros. Sucede en ambientes cerrados y sin ventilación cuando los aparatos no funcionan bien o no fueron correctamente instalados

Medidas de prevención

1. Guarde medicamentos y productos de limpieza fuera del alcance de niños y en su envase original. Si se cambian de sitio, debemos colocar una etiqueta con el nombre del producto.

2. No almacenar productos químicos en recipientes para alimentos como botellas de bebidas.
3. Dejar siempre un poco abierta una ventana o puertas si se tiene aparatos encendidos que producen combustión.
4. Hacer revisiones por profesionales: calefacción, hornos, fogones y otros artefactos a gas del hogar.
5. Evitar la automedicación.
6. Lea y aplique los productos de limpieza, diluyentes de pintura y plaguicidas para uso domestico y jardín según lo indican las instrucciones de sus envases.
7. No encender el motor del coche en un garaje cerrado.

Signos que podrían indicar una probable intoxicación:

Malestar, dolor de cabeza, mareos, náuseas o vómitos. Ardor y/o dolor de garganta, tos repentina, dificultad para tragar o respirar, babeo, falta de fuerzas, somnolencia repentina, confusión o disminución de la capacidad mental, convulsiones, desvanecimiento.

La presencia de envases de plaguicidas o medicamentos en las cercanías de la víctima, o de restos de sustancias y/o quemaduras alrededor de la boca, los dientes, los ojos o la piel, también pueden estar asociados a una intoxicación.

Cómo debemos actuar

Si el contacto fue por la piel: Quitar rápidamente la ropa y lavar con abundante agua durante 15 o 20 minutos. No aplicar ninguna loción, grasa o aceite.

Si el contacto fue por vía inhalatoria: Trasladar a la víctima a un lugar abierto y bien ventilado.

Si se produjo por monóxido de carbono: Después de sacar a la víctima, apague la fuente de combustión y ventile el ambiente. Aunque los síntomas sean leves siempre se debe consultar al médico debido a que los daños pueden aparecer más tarde. En el caso de aparatos mal instalados o con inadecuada ventilación, recuerde insistir en la revisión y reparación antes de usarlos nuevamente.

Si el contacto fue en el ojo: Pasar suavemente un paño o un papel por la cara para retirar restos de producto y lavar el ojo con agua a temperatura ambiente y manteniendo el ojo abierto durante 15- 20 minutos. Hay que fijarse por si quedan restos sólidos del producto en las pestañas, en las cejas o alrededor del ojo.

Si el contacto fue por vía oral (ingestión): No hacer vomitar o beber a una persona que está inconsciente, confundida, adormecida o tiene dificultad

para tragar. En cualquier caso, antes de administrar algo “por boca” a una persona que ha ingerido un producto potencialmente tóxico, comunicarse con un Centro de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica o consultar a su médico.

EN TODOS LOS CASOS DE INTOXICACIÓN ACUDIR O TRASLADAR AL PACIENTE AL HOSPITAL O CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO SIN PERDER TIEMPO.

ELECTROCUCIÓN

El contacto directo del cuerpo humano con una corriente eléctrica puede generar lesiones externas e internas, desde quemaduras hasta el paro cardio-respiratorio y la muerte. Los daños internos pueden involucrar al corazón, los músculos y al cerebro. El efecto de la descarga eléctrica dependerá de la intensidad del voltaje de la fuente, la dirección de la corriente a través del cuerpo, el estado de salud de la persona y la rapidez y eficacia del tratamiento.

Las formas de lesión por descarga eléctrica más frecuentes son:

- Paro cardio-respiratorio por efecto eléctrico en el corazón
- Destrucción muscular, nerviosa y de tejidos por la corriente que atraviesa el cuerpo
- Quemaduras por contacto directo con la fuente eléctrica.

Medidas de prevención

1. Hogar: Instale interruptor automático en la instalación eléctrica de su casa. Corte la corriente siempre que quiera hacer un arreglo.

Evite peligros eléctricos en el hogar y en el trabajo, conozca los riesgos inherentes a su hogar y trabajo.

2. Aparatos eléctricos: No manipule aparatos eléctricos descalzo o mojado. Siga siempre las instrucciones de seguridad del fabricante al utilizar electrodomésticos. Nunca toque aparatos eléctricos mientras está en contacto con cañería de agua fría.

3. Utilice protectores de seguridad para niños en todos los enchufes. Enseñe a los niños sobre los peligros de la electricidad. Manténgalos alejados de dispositivos eléctricos conectados.

4. Las instalaciones eléctricas deben siempre ser realizadas por personal cualificado.

5. Cumpla con las normas de seguridad en el trabajo (protección, corte corriente, uso de herramientas adecuadas).

Formas de contacto con la fuente de corriente eléctrica.

Los incidentes eléctricos más frecuentes son los generados en el hogar y en el trabajo. Siendo los laborales los más graves, sobre todo el contacto con alto voltaje. Es común el contacto accidental con cables o artefactos eléctricos expuestos o dañados, arco eléctrico de líneas de alto voltaje y relámpagos (rayos) sobre todo en zona rural, playa, espejos de agua, por exposición ante una tormenta eléctrica; en niños al morder cables eléctricos o por inserción de un objeto metálico en un enchufe.



Síntomas que produce la descarga.

Son variados, puede producir la alteración del nivel de la conciencia, desde la pérdida total (desmayo) hasta mareos o embotamiento. Puede presentar contractura y dolor muscular, hasta fracturas óseas de miembros; dolor de cabeza; alteración de la deglución, visión y audición; arritmias cardíacas; hormigueo en cara, tronco, o miembros; dificultad para respirar (hasta paro respiratorio); convulsiones; quemaduras y paro cardíaco.

La descarga eléctrica puede asociarse con explosión e incendio además pudiendo producir la caída de la víctima, pudiendo ocasionar lesiones traumáticas adicionales, externas obvias y/o internas ocultas.

En la vía pública nunca corte o intente manipular cables caídos.

Se puede tocar a la víctima para desconectarla de la fuente, con algún elemento que no conduzca la electricidad como madera, plástico y sin pisar agua.

Primeros auxilios frecuentes

- Si presencia la electrocución de una persona: primero, si es posible y no hay riesgos para usted, interrumpa el suministro eléctrico general (apague interruptores, llave térmica u otro) Con solo apagar un equipo puede no interrumpir el flujo eléctrico.
- Si no puede interrumpir el flujo de corriente, utilice un objeto no conductor (palo, escoba, silla madera, rollo alfombra) para empujar a la víctima lejos de la fuente. NO utilice un objeto húmedo ni metálico. De ser posible, párese sobre un objeto no conductor (goma, papeles). No intente el rescate de una víctima que se encuentre cerca de líneas activas de alto voltaje.
- Si la víctima está libre de la fuente de electricidad, controle su respiración y evalúe el estado de conciencia, si no responde, no se mueve, no respira o respira mal, comience a administrar compresiones torácicas (RCP).
- Si la víctima está consciente, tranquilícela, si tiene una quemadura, retire la ropa que salga con facilidad y lave con agua corriente (ver quemaduras).
- Si se desmaya, palidece, o tiene mareos, recuéstela sobre una zona seca y cómoda con las piernas elevadas (25 a 30°), y cúbrala con abrigo.

- Permanezca con la víctima hasta que llegue la ayuda de los servicios de emergencias
- Evite mover la cabeza o el cuello de la víctima si sospecha que pueda haber lesión traumática de la columna vertebral.
- Active o haga activar la cadena de vida si:



La víctima está inconsciente o tiene dificultad para respirar, tiene quemaduras en la boca o estas son extensas o estuvo en contacto con una fuente de alto voltaje, o está en paro cardio-respiratorio. Además, si hubo explosión, incendio o derrame de sustancias peligrosas, debe llamar a los bomberos.

ACV

El accidente cerebro vascular es provocado por el taponamiento o la rotura de una arteria del cerebro. Es una enfermedad aguda que puede ser mortal o dejar secuelas con una discapacidad funcional importante.

¿Qué debe hacer la familia, los socorristas casuales y/o la misma víctima?

- Reconocer y reaccionar ante los signos de alarma.

- Iniciar la cadena de vida

- Traslado al hospital adecuado.

Detección: el paciente, familiar o testigo circunstancial reconocen los signos y síntomas de un (ACV) y llama o hace llamar por teléfono al servicio de emergencias

El comienzo puede ser sutil: debilidad repentina o entumecimiento de cara, brazo, pierna; especialmente de un solo lado del cuerpo; confusión súbita, trastornos para hablar o entender, trastorno repentino en la vista (uno o dos ojos), trastorno súbito para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación, cefalea grave sin causa aparente.

Educar a familiares y al paciente que tenga un alto riesgo. Ante la sospecha, llamar inmediato al servicio de emergencias, eslabón fundamental para acortar los tiempos de traslado a un centro hospitalario y para tratamiento en el servicio especializado del hospital (mayor tasa de supervivencia y mejor recuperación) no más de 1 a 2 horas.

CONVULSIONES

Las convulsiones tónico-clónicas generalizadas o crisis epilépticas se caracterizan por una pérdida súbita de conocimiento, con movimientos espasmódicos de todo el cuerpo, acompañado en general de incontinencia urinaria (se orina encima por falta de control de esfínteres) y una violenta contractura mandibular (pudiendo escapar algo de espuma y un hilo de sangre de la boca). Los primeros auxilios consisten en mantener segura a la víctima hasta que cese la convulsión (estado post-epiléptico).

1. Mantenga la calma y tranquilice a otras personas.
2. Evite lesiones a la víctima, retire elementos duros o cortantes alrededor de ella. Protéjala acolchando el suelo. Retirar dentro de lo posible gafas, aflojar corbata, etc.
3. Controle cuánto dura la convulsión: si dura más de 5 minutos, inicie la cadena de atención.
4. No trate de retenerla o evitar que se mueva durante la convulsión. No se puede tragar (ni dar vuelta) la lengua por lo tanto no ponga nada en la boca de la víctima (potencial lesión de dientes o mandíbula).
5. Gire a posición de seguridad suavemente. No hay que realizar respiración artificial, excepto si la persona esta inconsciente y deja de respirar después de terminar la convulsión (iniciar RCP).

6. Nunca abandone a la persona hasta su recuperación. No ofrezca agua ni alimentos hasta que esté bien despierta.

Considere una emergencia e inicie la cadena de atención, si las convulsiones:

- Duran más de 5 minutos o si la víctima respira mal al cesar las mismas, o no se recupera en forma normal.
- Si repite las convulsiones.
- Si no se despierta.
- Si se lesionó durante la convulsión o está dentro del agua.
- Si La persona tiene otra enfermedad (diabetes, cardíaca o embarazo)
- Manténgase calmado y hable con tranquilidad. Manténgalo lejos de peligros. Bloquee el acceso de la persona a objetos peligrosos, pero no lo retenga.

DESMAYO

Se conoce como desmayo, síncope o lipotimia al estado que súbitamente presenta una persona con pérdida parcial o total de la conciencia. Los desmayos son relativamente frecuentes en adolescentes y la mayoría de las veces no son signos de gravedad.

Se debe a descargas nerviosas y/o circulatorias que provocan un descenso temporal de la sangre en el cerebro o disminución de la presión arterial sanguínea, perdiendo el conocimiento, con caída. Se suelen recuperar en uno o dos minutos. No tiene pérdida del control de esfínteres.

Causas

Hay una gran variedad de causas, las más frecuentes son:

- Emociones fuertes o súbitas, temor o alegría (sobreexcitación).
- Lugares cerrados mal ventilados (falta de aire o tóxicos en el ambiente: monóxido).
- Ataque de pánico/ansiedad.
- Ayuno prolongado.
- Dolor agudo.
- Golpe de calor.

- Fobias y otras.

Síntomas

Debilidad repentina, palidez de la piel, sudoración fría, visión borrosa, obnubilación, escasa reacción, o pérdida momentánea de la conciencia y caída. La respiración es superficial pero no se pierde. En sí no produce ninguna complicación a menos que haya un golpe importante en la cabeza, cara o miembros (traumatismo).

¿Qué hacer ante un desmayo?

1. Compruebe si la víctima respira. Si respira, colóquela en lugar con buena ventilación fuera del calor/frío o peligros aledaños (vía pública).
2. Si todavía no perdió el conocimiento, acuéstela boca arriba sobre una superficie horizontal (tiene reflejo deglutorio, aunque ante la duda colóquela en posición lateral de seguridad). Afloje la ropa para facilitar la respiración (la cabeza quedará al mismo nivel que el corazón, ayuda a mejorar la circulación cerebral)
3. Pídale que tosa varias veces (estímulo mejora la circulación cerebral).
4. Si perdió el conocimiento: levántele las piernas (30°) para facilitar el retorno venoso y elevar la presión arterial.

5. Si hace frío, evite que la víctima se enfríe (hipotermia). Cúbrala con ropa extra.

¿ Que no debe hacer ?

No intente ofrecerle comida ni bebida hasta que esté completamente recuperada (agua, nunca alcohol). Nunca deje sola a la persona afectada.

Signos de alarma

A edades más avanzadas, el síncope puede deberse a causas complejas, como las afecciones previas a nivel cardiológico, neurológico, vascular u otras. Asimismo, la evolución de estos casos puede ser seria y requiere muchas veces ingreso en un hospital y estudios específicos.

Si el desmayo dura más de 5 minutos comience la cadena de vida por teléfono al sistema de emergencias, ya que puede ser también una persona con diabetes y estar sufriendo una hipoglucemia: bajada súbita del azúcar de la sangre o alguna otra de las causas mencionadas.

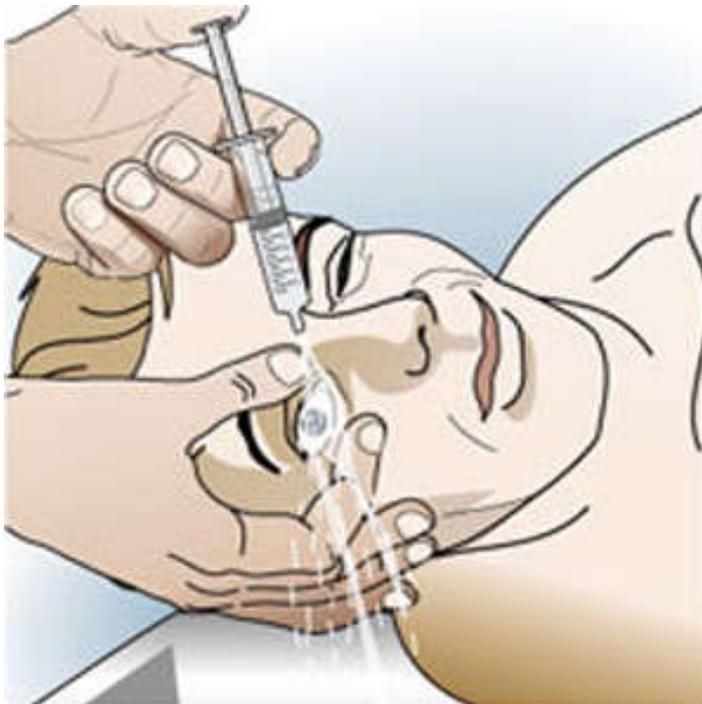
Si la persona comienza a convulsionar, es posible que se trate de una crisis epiléptica. En este caso se avisará a los servicios médicos y se apartarán los objetos con los que pueda chocar la víctima para evitar que se haga daños mayores.

CUERPOS EXTRAÑOS

Ojos

La presencia en los ojos de arena, partículas de madera o metal, maquillaje, pestañas, insectos, etc, son muy irritantes y pueden producir inflamación, enrojecimiento del ojo afectado, sensación de ardor, dolor, lagrimeo y dificultad para mantener el ojo abierto.

¿Qué se debe hacer? Lavar el ojo afectado inclinando la cabeza hacia el lado lesionado, con agua corriente o solución fisiológica. No usar hisopos de algodón, gasas o pañuelos para extraerlo. No frotar, ni aplicar gotas o cremas. Si la molestia continúa trasladar a un Centro oftalmológico.



Nariz

La presencia de cuerpos extraños en la nariz es frecuente en niños a partir aproximadamente de los 9 meses de edad ya que para entonces desarrollaron la capacidad de recoger objetos. Puede tratarse de las cosas más insospechadas, como juguetes, legumbres, bolitas, etc. Debe ser eliminado por completo de manera rápida y sin molestias y peligro.

Ocasionan: inflamación de la nariz; secreción sanguinolenta o bien dificultad para respirar.

¿Qué se debe hacer? Trate que se expulse haciéndole sonar la nariz apretando la fosa nasal libre y, si de esta manera no se logra, trasladar a un centro hospitalario.

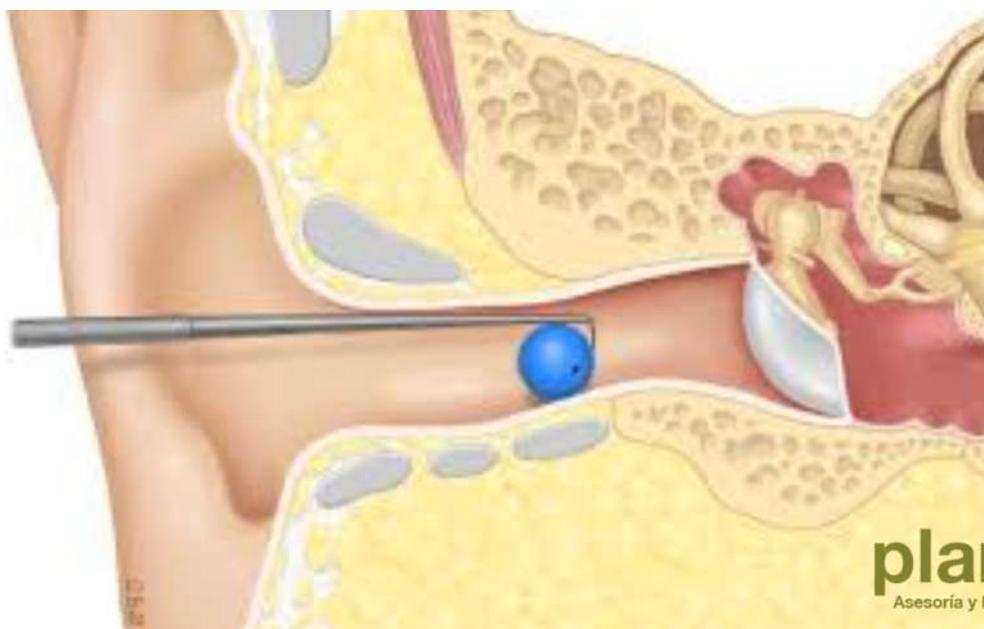


Oído

La presencia de cuerpos extraños en el oído son una causa de consulta relativamente común en la medicina de emergencia. Se ven más a menudo, pero no exclusivamente en los niños.

Se encuentran en el canal auditivo externo, (pequeño canal que desemboca en el tímpano). Varios tipos de objetos pueden ser encontrados, incluyendo juguetes, piedras, papel doblado, y materiales biológicos, tales como insectos o semillas. Los pacientes pueden presentar: dolor por inflamación; náuseas o vómitos, disminución de la audición o sensación de oído tapado. Incluso si se trata de un insecto, puede sentirse el movimiento de este en el oído y zumbidos.

¿Qué se debe hacer? La mayoría de los casos de cuerpos extraños en el oído no son graves y por lo general pueden esperar hasta la mañana o al día siguiente para su eliminación. Sin embargo, tiene que ser eliminado por completo de forma rápida y con la menor cantidad de molestias y peligro. No trate de sacarlo con pinzas. Si tiene dolor, sordera o salida de pus, trasladar al centro de salud colocando la cabeza de forma que el oído afectado quede hacia abajo.



SANGRADO NASAL (EPISTAXIS)

Epistaxis es la salida de sangre por las fosas nasales. Es un signo bastante frecuente ya que la nariz es un órgano muy vascularizado. Puede presentarse a cualquier edad siendo más frecuente en los niños y mayores de 50 años. En general la pérdida es escasa y de resolución espontánea.

¿Qué se debe hacer? Siente a la persona inclinándole la cabeza ligeramente hacia delante y pídale que se suene la nariz varias veces. Comprima el tabique y las alas nasales entre sus dedos índice y pulgar. No le indique inclinar la cabeza hacia atrás. No coloque gasas o algodón.

6.- TRAUMATISMOS CON POTENCIALES LESIONES SEVERAS (VÍA PÚBLICA)

En las grandes ciudades, el intenso tránsito de vehículos, el comportamiento de los conductores y de los peatones suelen ser propicios para que ocurran incidentes en la vía pública, que pueden llegar a producir lesiones graves o muerte.

En general son casos complejos que deberán ser atendidos por personal cualificado. La persona que visualice el accidente y en un primer momento ayude a la víctima, solo podrá aplicar maniobras básicas y ser el intermediario vital, entre la víctima y el sistema de emergencias. No movilice a la víctima si no sabe qué hacer, puede agravar su estado.

¿Qué debe hacer en la vía pública ante un incidente con lesiones severas (Politraumatismos)?

1. **NO SE EXPONGA.** No se convierta en otra víctima. Ante la evidencia de peligro, no asuma riesgos. Actúe solo si no hay riesgo para usted. No movilice a la víctima si no sabe qué hacer, puede agravar el estado de la víctima.
2. **¿Qué puedo hacer?** Comenzar la cadena de vida (llamado a emergencias) es fundamental, pues la posibilidad de lesiones graves es alta. Conserve la tranquilidad, esto calmará a la víctima si está consciente y **NUNCA LA DEJE SOLA HASTA QUE LLEGUE AYUDA CAPACITADA.**

3. **NO TRATE DE MOVER A LA VÍCTIMA.** Las víctimas de estos accidentes (colisión de vehículos, atropello, caídas de altura, accidentes laborales, etc.) probablemente tengan lesión en la columna vertebral y de ser movilizados de forma incorrecta podría ocurrir daño de la médula espinal provocando una seria discapacidad.

4. **MANIOBRA ACEPTADA.** Si está solo con la víctima y espera la llegada del servicio de emergencias, una maniobra aceptada en estos casos podría ser la compresión de una hemorragia externa importante (herida sangrante, amputación) que puede efectuarse con la ropa de la víctima (por ejemplo) realizando una compresión firme y sostenida donde se observa la salida de sangre. De ser posible utilice un par de guantes.

5. En el lugar podrá colaborar, si no está presente el personal capacitado (policía, seguridad, otros) en la contención de personas que no intervengan en la atención (el cordón de seguridad evita la intervención de curiosos).

7.- BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS

Contar con los elementos necesarios para ayudar y protegerse en caso de incidentes y lesiones es imprescindible. Por ello, debe contar con un botiquín de primeros auxilios en su casa, en el trabajo, vehículos y al hacer deportes.

Ubique el botiquín en un lugar accesible y controle el buen estado de los elementos periódicamente.

- ❖ Guantes desechables de látex: para no contaminar heridas y para seguridad de quien asiste.
- ❖ Gasas y vendas limpias: para limpiar heridas y detener hemorragias.
- ❖ Antisépticos, yodo o povidona, agua oxigenada o alcohol: para prevenir infecciones.
- ❖ Tijera: para cortar gasas y vendas o la ropa de la víctima.
- ❖ Cinta adhesiva: para fijar gasas o vendajes.



❖ Jabón neutro (blanco): para higienizar heridas

❖ Apósitos estériles: para limpiar y cubrir heridas abiertas.



❖ Vendas (de 7 y 10 cm. de ancho)

❖ Clorhexidina
arrastre)

(desinfectar heridas, lavado



- ❖ Férulas: (inflables o cartones o maderas)



- ❖ Colirio sin antibiótico (ojos)

- ❖ Alcohol en gel y líquido: para lavado manos y limpieza.

- ❖ Se pueden añadir los medicamentos utilizados habitualmente y que hayan sido recetados por el médico.

