

Primeros Auxilios Básico

Curso Online



Creado:

Tecnas Formación

ÍNDICE

01

CAPÍTULO I

- 1.1 Conceptos básicos
- 1.2 Soporte vital básico
- 1.3 Los cuatro pasos en primeros auxilios
- 1.4 Técnicas de soporte vital básico
- 1.5 Reanimación cardiopulmonar o rcp
- 1.6 Resumen

02

CAPÍTULO II

- 2.1 Atragantamientos
- 2.2 Resumen

03

CAPÍTULO III

- 3.1 Quemaduras
- 3.2 Regla de los 9 o regla de Wallace
- 3.3 Resumen

04

CAPÍTULO IV

- 4.1 Shock
- 4.2 Hemorragias
- 4.3 Resumen

05

CAPÍTULO V

- 5.1 Valoración de constantes

06

CAPÍTULO VI

6.1 Traumatismos

07

CAPÍTULO VII

7.1 Heridas

7.2 Vendajes

08

CAPÍTULO VIII

8.1 Electrocutación

09

CAPÍTULO IX

9.1 Hipotermia y congelación

10

CAPÍTULO X

10.1 Intoxicaciones

11

CAPÍTULO XI

11.1 Picaduras y mordeduras de animales

01

CAPÍTULO I

1.1 Conceptos básicos

- **URGENCIA**

– “Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la demanda, requiere una atención inmediata”

ASOCIACION MEDICA AMERICANA

- **EMERGENCIA**

– “La emergencia sanitaria conlleva el deber de actuar rápidamente, suministrando cuidados inmediatos”

CONSEJO DE EUROPA, QUE CONSIDERA SINONIMOS LOS TERMINOS URGENCIA Y EMERGENCIA

– “No hay nada que justifique que se prive a una persona de los cuidados inmediatos y más modernos en caso de riesgo grave”

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1.2 Soporte vital básico

Objetivos

- Asegurar el mantenimiento de las constantes vitales.
- No agravar el estado general de la víctima, o las lesiones que pueda presentar.
- Asegurar su estabilización y evacuación a un centro sanitario.

El soporte vital básico

- Se realizará en el lugar de los hechos.
- Sin cesar, hasta la llegada del personal sanitario que continúe la asistencia.

De la calidad en estos cuidados dependerá la posterior evolución del paciente.

Primer auxilio

Un socorrista de primer auxilio retiene que:

- Acercarse a la víctima de manera amigable y sin prejuicio.
- Explicar a la víctima lo que ha pasado y lo que va a pasar.
- Escuchar a la víctima y establecer empatía con ella.
- Socorrer con objetos prácticos si es necesario.
- No dar de comer o beber a la víctima enferma o herida si no es bajo recomendación facultativa.

1.3 Los cuatro pasos en primeros auxilios

- 1) PROTEGER
- 2) EVALUAR
- 3) ALERTAR
- 4) SOCORRER

1. PROTEGER

- Evaluar nuestra seguridad y cualquier peligro.
- Aproximarse al lugar de forma segura.
- Asegurar en la medida de lo posible a la víctima.
- En caso de no ser posible, alertar a los servicios de emergencias.
- Observar si el agente que originó el accidente persiste.

2. EVALUAR

- Acercarnos a la víctima y presentarnos. Explicaremos nuestros conocimientos en primeros auxilios.
- Comentarle lo ocurrido (de forma empática), y lo que puede ocurrir.
- Observaremos si se encuentra consciente y si hay signos de vida (pulso y respiración).

3. ALERTAR

- SOLICITAR AYUDA, SIN ABANDONAR A LA VÍCTIMA EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE.

112

TELÉFONO EUROPEO DE EMERGENCIAS

- Decir quién eres.
- Lugar exacto.
- Decir lo que ha ocurrido.
- Comentar la situación de la víctima
- Explicar que asistencia he proporcionado o estoy proporcionando

4. SOCORRER

- VALORACION DE LAVÍCTIMA
 - Determinar alcance de las lesiones.
 - Establecer prioridades de actuación.
 - Intentar mantener las constantes vitales.

- **DETERMINAREMOS**

- SI ESTA CONSCIENTE, LO VALORAREMOS:

A: SI ESTA ALERTA A LOESTIMULOS

V: SI SOLO RESPONDE A ESTIMULOSVERBALES

D: SI RESPONDE A ESTIMULOSDOLOROSOS

N: NO RESPONDE AESTIMULOS

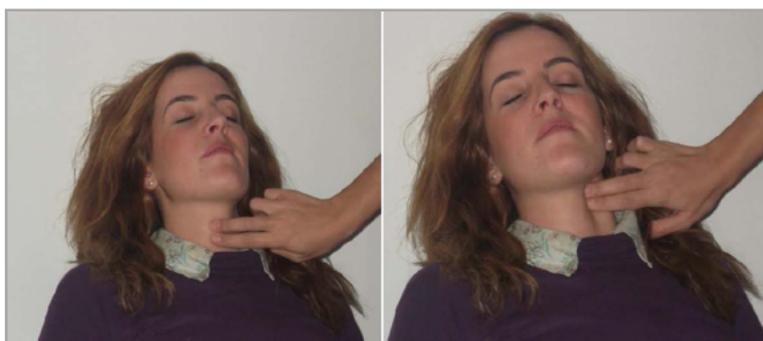
- **SIRESPIRA**

Nos agacharemos a la altura de nariz y boca, y estaremos ahí, de 5 a 10 segundos, para sentir, oír y ver si hay signos de respiración.



– SI HAY CIRCULACIÓN

La valoraremos tomando el pulso. Normalmente si la persona no es experta o profesional sanitario, tendrá mayor dificultad para valorar el pulso carotideo. Procederemos a localizar la nuez de Adán, y dejaremos caer los dedos índice y pulgar en el hueco entre la laringe y el músculo esternocleidomastoideo.



Si la persona está **consciente**

- SI LA PERSONA SE ENCUENTRA CONSCIENTE HAREMOS UNA SERIE DE PREGUNTAS
 - Qué es lo último que recuerda?
 - ¿Cuánto tiempo lleva aquí?
 - ¿Ha comido algo?
 - ¿Cuándo?
 - ¿Toma algún medicamento?
 - ¿Es alérgico a algo?



SE REALIZARÁ **EXAMEN NEURÓLOGICO** (apriete aquí con las dos manos, levante ambos brazos... Si hay alteración neurológica, no elevara o apretara con igual intensidad un miembro).



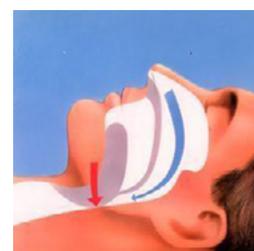
EXPLORACIÓN DE CABEZA A PIES (aquí se valorará si hay sensibilidad, además de signos de dolor, etc.

1.4 Técnicas de soporte vital básico

- Nos aproximamos de forma segura a la víctima.
- Comprobamos la consciencia
 - Agitamos los hombros y preguntamos a la víctima si se encuentra bien.
 - Si está bien, realizaremos las preguntas citadas anteriormente y valoraremos si existe alteración neurológica. Por último, exploración de cabeza a pies.
- Si agitamos a la víctima, y no responde, comprobaremos si respira y si hay signos de circulación.
- Para que la respiración no se vea comprometida, intentaremos evitar la obstrucción de la vía aérea.
- ALERTAMOS (112).

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR LA LENGUA

Una víctima inconsciente tiene los músculos relajados. En esta situación puede ocurrir que la lengua obstruya la vía aérea. Este riesgo puede eliminarse hiperextendiendo con cuidado el cuello hacia atrás y empujando al mentón hacia arriba (maniobra frente-mentón).



A) VALORACIÓN LA RESPIRACIÓN

Sentir, ver y oír si la persona respira. Pondremos el oído a la altura de su boca y nariz para comprobar la respiración durante al menos 10 segundos.

Es muy importante distinguir la respiración normal, de una respiración agónica. En este segundo caso, la respiración es jadeante, más pausada, ruidosa, y la persona suele cerrar la boca tras cada inspiración (se la conoce como respiración de besugo).

La respiración agónica se da un poco después del paro cardiaco y en un 40% de los infartos.

Reconocida como uno de los signos de infarto.

Si la respiración es normal, colocaremos a la persona en posición lateral de seguridad (PLS).



En embarazadas, esta posición será sobre el lado izquierdo para facilitar el retorno venoso de las piernas de la madre, ya que el peso del feto no aplasta las venas cavas inferior ni el hígado, dificultando la circulación, y por lo tanto, pudiendo producir sensación de asfixia, mareos, etc. Puede influir en el desarrollo normal del feto

B) VALORACION DEL PULSO

- La palpación del pulso carotideo es una manera inexacta para establecer la ausencia de circulación y tendría que ejecutarla un profesional sanitario.
- En su defecto, podremos valorarla mediante los siguientes pasos:
 - Buscaremos la nuez de Adán.
 - Dejamos caer los dedos índice y corazón en el hueco que producen el musculo esternocleidomastoideo y la laringe, a derecha o izquierda.
 - No utilizaremos el dedo pulgar porque posee pulso propio
- Justamente tras valorar la inexistencia de pulso y de respiración, procederemos a llamar al 112.
- Apoyaremos a la víctima en una superficie dura, y nos colocaremos junto a su costado, con las rodillas en el suelo.
 - Retiraremos de nuestras manos y brazos cualquier objeto que pueda impedir la reanimación, o que durante un periodo largo de tiempo interfiera en mi actuación.
- Descubriremos el pecho de la víctima, para poder localizar el punto donde aplicaremos la reanimación.



1.5 Reanimación cardiopulmonar o rcp

- Llamamos en primer lugar al servicio de emergencias, para poder así comenzar la RCP y no tener que parar para realizar la llamada.
- Colocamos el talón de una mano en el centro del pecho, en la línea intermamaria, de forma que mi dedo corazón coincida con el pezón de la víctima. Entrelazo la otra mano, por encima de la primera.
- Ejerceremos una presión de manera que la presión sea de 5cm aproximadamente. La compresión y la descompresión serán iguales.



Para realizar las ventilaciones, pinzaremos la nariz, y sellaremos con nuestros labios, la boca de la otra persona.

El volumen de aire ventilado será similar al de una respiración normal, y lo mismo ocurre con la velocidad.

No excederemos de 2 ventilaciones por cada 30 compresiones.

CUANDO NO DEBEMOS REANIMAR



- Cuando exista riesgo para los reanimadores.
- Cuando exista deseo expreso y escrito de la víctima de no reanimación.
- Cuando exista orden facultativa de no reanimar.
- Si existen signos evidentes de muerte.

CUANDO DEBEMOS PARAR DE REANIMAR

- Cuando los reanimadores sean relevados.
- Cuando los reanimadores queden exhaustos.
- Cuando aparezcan signos evidentes de muerte.

1.6 Resumen

En situación de emergencia, realizaremos distintas premisas a la hora de actuar, en función del estado de la víctima.

Son fijas, las conocidas como PEAS (proteger, evaluar, alertar y socorrer).

Actuaremos de forma que protejamos a la víctima y a nosotros mismos en el lugar de los hechos.

Evaluaremos el estado de la víctima, y el nuestro propio, para conocer si somos capaces de atender y controlar la situación.

Alertaremos a los servicios de emergencias (112), o a cualquier persona que pueda dar aviso de la situación.

Socorreremos en función de cómo se encuentre la víctima.

- Si está consciente, respira, y tiene pulso, la colocaremos en posición lateral de seguridad, hiperextendiendo la cabeza mediante la maniobra frente-mentón, para evitar obstrucción de la vía aérea. Llama al112.
- Si esta inconsciente, no respira y no tiene pulso, llamaremos entonces al 112 y comenzaremos con la maniobra de RCP (30 compresiones, 2 ventilaciones).

02

CAPÍTULO II

2.1 Atragantamientos

OVACE

- OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPOEXTRAÑO
- LAS OBSTRUCCIONES SE CLASIFICAN EN:
 - LIGERAS
 - SEVERAS
- **OBSTRUCCIÓN LIGERA**
 - Al preguntar a la persona si se ha atragantado, y nos responde que sí, la animaremos a seguir tosiendo.
- **OBSTRUCCIÓN SEVERA**
 - Si preguntamos si se ha atragantado, y no nos puede responder verbalmente, además, la persona se lleva las manos a la garganta, entenderemos que es una obstrucción severa.
 - Procederemos a realizar 5 golpes interescapulares, de forma seca, y regular, con el talón de la mano.
 - Si la situación no se revierte, actuaremos efectuando la Maniobra de Heimlich (nos colocaremos detrás de la víctima, y haremos un puño con la mano, que posicionaremos en la parte superior del estómago, debajo de la caja torácica y se harán 5 compresiones secas).
 - Si la maniobra no soluciona la situación, y la persona cae inconsciente, quedando sin respiración y sin signos de circulación, abriremos la boca para ver si podemos acceder al cuerpo extraño, y extraerlo. Si no podemos acceder, procederemos a realizar la RCP.



2.2 Resumen

En este capítulo hemos aprendido a reconocer la gravedad de un atragantamiento y a actuar frente a cualquier situación. En el caso de obstrucción ligera, lo reconoceremos si al preguntar a la persona si se ha atragantado, nos responde verbalmente que sí. Entonces, solamente se animará a seguir tosiendo. En el supuesto de obstrucción severa, lo reconoceremos porque la persona se llevará las manos a la garganta (signo internacional de obstrucción severa), y no podrá respondernos verbalmente a la anterior pregunta. Entonces actuaremos de la siguiente forma:

- Efectuaremos 5 golpes interescapulares, con el talón de la mano, de forma seca.
- Si la situación no mejora, realizaremos la maniobra de Heimlich, haciendo con una mano un puño, y empujando con la otra, rodeando a la persona desde la espalda, aplicando 5 golpes abdominales.
- Si tampoco encontramos mejoría tras esta actuación, y la persona cae al suelo inconsciente, perdiendo respiración y pulso, abriremos la vía aérea para ver si es posible acceder al objeto extraño. Si no, realizaremos la maniobra de RCP.

03

CAPÍTULO III

3.1 Quemaduras

Una quemadura es una lesión provocada por factores externos (calor, sustancias químicas, descargas eléctricas, radiaciones) sobre tejidos orgánicos, que conducen a su destrucción parcial o total.

La gravedad de una quemadura dependerá de su extensión y profundidad.

Conforme avanza el grado, avanza la gravedad.

o GRADO1:

- Será una quemadura de primer grado aquella en la que aparezca en la zona de lesión, una placa enrojecida, o eritema.
- Esta herida solo afecta a la epidermis.
- Suelen producir mucho dolor.

o GRADO2:

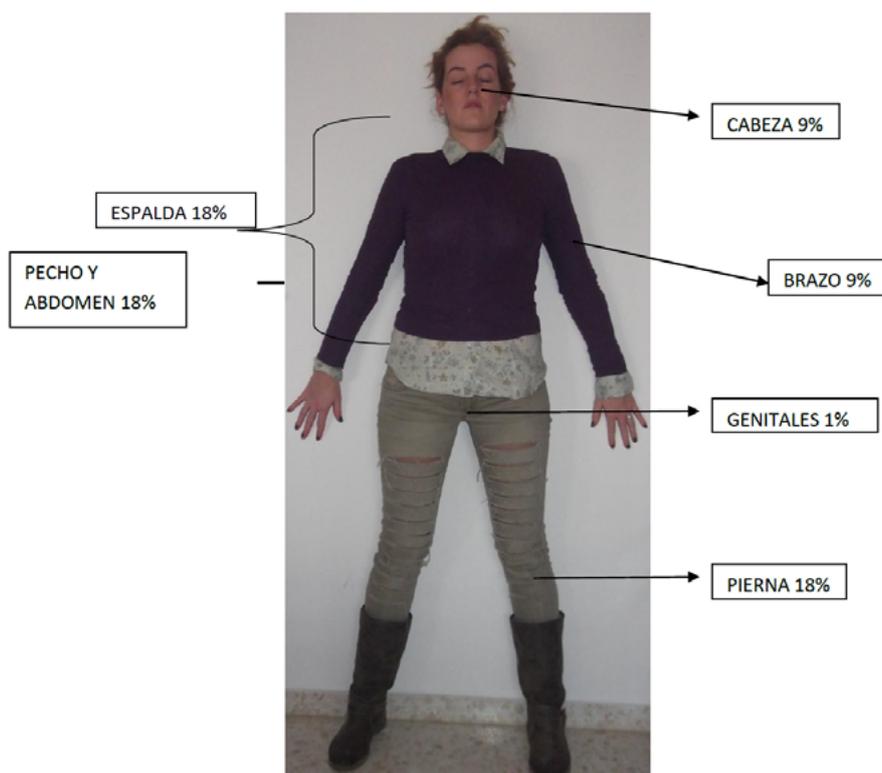
- Son quemaduras de grado 2 las que se presentan en forma de ampolla o flictena.
- Afectan a la epidermis y tercio superior de la dermis, o a dermis completa.
- Son poco dolorosas.

o GRADO3:

- Son las que se presentan como una escara blanquecina, o una placa negruzca(necrosada).
- Afectan hasta la hipodermis.
- No son dolorosas.

3.2 Regla de los 9 o regla de Wallace

Es un método que nos ayuda a concretar la extensión de la quemadura.



Otra técnica de cálculo de extensión en quemaduras es la estipulación de la mano de la víctima, como un 1%. Se sobrepondrá encima de la quemadura, y cuantas manos cubran la herida, tanto porcentaje será.

Ej.: un adulto se quema un muslo. Si sobreponemos sus manos sobre la herida, y son dos manos, será un 2%

SE VARIARÁ LA GRAVEDAD SEGÚN LA EXTENSIÓN

- Si la quemadura es de 1er grado y la extensión es mayor al 30% a cualquier edad.
- Si la quemadura es de 2º grado y la extensión es mayor al 5% en niños y ancianos, y al 10% en adultos.
- Si la quemadura es de 3er grado, se considerará grave.
 - También se considerarán graves todas las quemaduras que se produzcan con las siguientes características:
 - Quemaduras circunferenciales.
 - Quemaduras producidas eléctricamente.
 - Quemaduras producidas por agentes corrosivos.
 - Las que comprometen directa o indirectamente la vía aérea.

Actuación

Intentaremos asegurar las constantes vitales.

En el caso de quemaduras, es primordial buscar signos de inhalación de humos. Refrescar con agua la zona quemada unos 20 minutos. Es preferible introducir la zona en agua fría, mejor que ponerla debajo de un grifo. Este último método nos empeorara la situación, porque al correr el agua, puede arrastrar gérmenes de una zona a otra.

No nos excederemos en el tiempo, puesto que puede producir hipotermia. Retiraremos anillos, relojes, etc. Realizaremos una limpieza cuidadosa, y retiraremos la ropa quemada, excepto si se pega a la piel.

No pinchar las ampollas, ya que el líquido que contienen protege a la piel del exterior.

El resto de los cuidados se realizará por un facultativo, porque la aplicación de pomadas u otros cuidados específicos pueden empeorar la situación si no tenemos unos conocimientos afianzados.

3.3 Resumen

En este capítulo hemos de destacar, en primer lugar, el grado de la quemadura, para así reconocer su gravedad.

- 1º grado: afecta a epidermis, y se produce un enrojecimiento de la piel, o placa eritematosa, y son muy dolorosas.
- 2º grado: afectan a epidermis y tercio superior de la dermis, o a dermis completa. Aparecen con una ampolla o flictena y son menos dolorosas.
- 3º grado: afectan hasta la hipodermis, y suelen aparecer escaras blancas, o placas negruzcas (necrosis). No suelen doler.

También variara la gravedad cuando entra en juego la extensión de la quemadura, de manera que es grave:

- Una quemadura de 1er grado, si afecta a una extensión superior al 30% del cuerpo, a cualquier edad.
- Una quemadura de 2º grado, si afecta a más del 5% en niños y ancianos, y a más del 10% en adultos.
- Las quemaduras de 3er grado siempre son graves.

Además, se considerarán siempre como quemaduras graves

- Las producidas por corriente eléctrica.
- Las producidas por agente corrosivo.
- Las producidas de forma circunferencial.
- Las que comprometen directa o indirectamente la vía aérea.

Actuaremos sumergiendo la zona quemada en agua fría, durante al menos 20 minutos. No pincharemos la ampolla producida, ni aplicaremos ninguna pomada, ni realizaremos ningún cuidado específico, hasta orden facultativa.

Arropearemos a la persona, y retiraremos la ropa quemada, si no está adherida a la piel.

04

CAPÍTULO IV

4.1 Shock

El shock es un estado clínico, donde la circulación sanguínea se ve comprometida por una inadecuada perfusión, que, en sus inicios, puede ser prevenible.

Tipos de shock:

- 1) Shock cardiogénico.
- 2) Shock distributivo.
- 3) Shock hipovolémico.
 - 1) Shock cardiogénico
Se produce a consecuencia de un fallo cardiaco.
 - 2) Shock distributivo
Se produce por una alteración en la perfusión o conducción de la sangre a través de todo el organismo.
 - 3) Shock hipovolémico
Es producido por una insuficiente cantidad de sangre en el organismo (pueden ser causa de quemaduras, deshidratación, o hemorragias internas o externas).

4.2 Hemorragias

Una hemorragia es una salida de sangre de los vasos sanguíneos.

Tipos de hemorragias según el vaso sanguíneo afectado:

- Arteriales: la sangre es de color rojo brillante, y sale a borbotones.
- Venosas: la sangre es de color más oscuro y sale de forma continua.
- Capilares: la sangre sale en forma de sabana.

Tipos de hemorragias según la presentación:

- Externas: cuando observamos la salida de sangre al exterior, y vemos el foco sangrante.
- Internas: no observaremos ni el foco ni el sangrado.
- Exteriorizadas: observaremos el sangrado, pero no el foco, puesto que es interno, y sale por un orificio natural.

La gravedad de una hemorragia dependerá de: La velocidad con la que se pierda la sangre El volumen sanguíneo perdido.

La edad de la persona y su estado físico.

Actuaremos

Efectuando presión directa NUNCA APLICAREMOS UNTORNQUETE.

Hemorragias internas

Podremos sospechar de hemorragia interna si encontramos a la persona con piel pálida, fría, sudorosa, en estado inconsciente o confuso y con el pulso rápido y débil.

Actuaremos colocándola en posición antishock, flexionando las rodillas, y dejando las piernas más altas que la altura de la cabeza. Cubriremos al paciente para evitar pérdidas de calor.

Hemorragias exteriorizadas

Es la salida de sangre al exterior por un orificio natural. Son especialmente graves la hematemesis y la hemoptisis.

– Hematemesis:

Es la salida de sangre por la boca, en forma de vómito, procedente del aparato digestivo, de color rojo oscuro, incluso negro (sangre digerida).

– Hemoptisis:

Es la salida de sangre por la boca, acompañada de tos, procedente del aparato respiratorio, de color rojo intenso. Aparece acompañada de burbujas.

Actuación

En el caso de la hematemesis, pondremos en posición antishock, con la cabeza hacia el lado, para evitar que el vómito se vaya hacia las vías respiratorias.

En el caso de la hemoptisis, elevaremos la cabeza de la persona, para mejorar la respiración. Abridaremos y no administraremos líquidos a la persona.



4.3 Resumen

Un shock es un estado clínico donde la persona puede estar inconsciente o confusa, y la circulación se ve comprometida por un error en la perfusión, distribución o volumen sanguíneo. Puede estar producido por quemaduras, desnutrición o deshidratación, o por hemorragias.

Las hemorragias pueden ser internas, exteriorizadas, o externas.

- Los h. internas, podrán ser detectadas por signos específicos, como son la piel pálida, fría, sudoración, pulso débil y rápido, y se puede encontrar en estado confuso o inconsciente.
- Los h. externos serán identificables porque se puede ver el foco de salida y la sangre en el exterior.
- Las h. exteriorizadas son las salidas de sangre por orificios naturales, siendo las más características la hemoptisis y la hematemesis.
 - La hemoptisis: es la salida de sangre por la boca, acompañada de vómito, de color rojo intenso, acompañada de burbujas, y es procedente del aparato respiratorio
 - La hematemesis: es la salida de sangre por la boca, en forma de vómito, de color rojo oscuro o negro (en forma de sangre digerida o “posos de café”). Es procedente del aparato digestivo.

En el primer caso actuaremos poniendo a la persona con las piernas flexionadas, y la cabeza hacia un lado. En el segundo caso, elevaremos la cabeza de la persona, para mejorar la respiración.

ES IMPORTANTE QUE ARROPEMOS SIEMPRE A LA PERSONA PARA EVITAR PERDIDAS DE CALOR.

05

CAPÍTULO V

5.1 Valoración de constantes

Constantes fisiológicas

1. CONSCIENCIA
2. RESPIRACIÓN
3. PULSO
4. TEMPERATURA
5. TENSION ARTERIAL POR PALPACIÓN
6. RELLENOCAPILAR

1. CONSCIENCIA

Para valorar el nivel de consciencia tomaremos los siguientes parámetros:

- A:** consciente, alerta a estímulos.
- V:** nivel de consciencia alterado, aunque responde a estímulos verbales.
- D:** no responde a estímulos verbales, sí a estímulos dolorosos.
- N:** no responde a ningún tipo de estímulo.

2. RESPIRACIÓN

La frecuencia respiratoria es el número de inspiraciones realizadas por minuto. Son normales de 12 a 20 inspiraciones por minuto.

Hablaremos de taquipnea cuando haya un valor superior a 20 inspiraciones y bradipnea cuando sea inferior a 12.

3. FRECUENCIACARDIACA

La frecuencia cardiaca es el número de pulsaciones por minuto.

La tomaremos gracias a la vena radial (muñeca), carótida (junto a nuez de Adán) y pedía.

Intentaremos no tomar la frecuencia cardiaca con el dedo pulgar, porque posee pulso propio.

Son valores normales en adultos, de 60 a 90 pulsaciones por minuto, siendo taquicardia un valor por encima de 100 pulsaciones por minuto, y bradicardia, por debajo de 60.

4. TEMPERATURA

Valores normales: de 36, 5º a 37ºC Será febrícula, entre 37,1ºC y 37,9ºC Fiebre: igual o superior a

38ºC Hipotermia: 35ºC o inferior.

El lugar más fiable de toma de temperatura será el recto, donde se verá aumentada respecto a la axila en medio grado.

La más habitual es la axila.

En la boca, no se les tomara ni a niños ni a personas agitadas.

5. TENSION ARTERIAL

La tensión arterial es la presión que ejerce la sangre sobre los vasos sanguíneos.

Distinguiremos entre:

- Tensión mínima o diástole: cuando el corazón esta relajado, y su valor normal ronda los 90mmHg.
- Tensión máxima o sístole: cuando el corazón se contrae y expulsa la sangre. Su valor normal ronda los 140mmHg.

Diremos entonces que un valor de tensión arterial normal oscilara entre 140/90 mmHg.

Existirá hipertensión cuando los valores sean superiores a los anteriormente citados, e hipertensión cuando sean inferiores.

Son peligrosos valores por encima de 200mmHg de tensión sistólica, y 100 o menos también de tensión sistólica.

5.6 Relleno capilar

El relleno capilar es indicador de correcta perfusión.

Serán signos significativos de mala irrigación la palidez al presionar en la yema de un dedo no recupera el color a los 2 segundos.



06

CAPÍTULO VI

6.1 Traumatismos

Será un traumatismo cualquier lesión provocada por fuerzas externas físicas o mecánicas.

Estos pueden ser:

CERRADOS: Como esguinces o contusiones, fracturas, etc. **ABIERTOS:** heridas, quemaduras, amputaciones, etc. Ante traumatismos cerrados, una correcta inmovilización podrá prevenir lesiones de mayor envergadura. En el caso de traumatismos abiertos, aplicaremos presión por norma general, exceptuando las quemaduras, donde ya hemos visto el plan de actuación.

ACTUACIÓN: Lo primordial será estabilizar las constantes vitales. En el caso de un traumatismo, reproducir mentalmente el accidente ayudará a actuar precozmente ante posibles complicaciones. El mecanismo lesional nos dará idea sobre las lesiones lógicas y nos ayudará a intuir que zonas estarán más afectadas. Acudiremos entonces a observar sangrado (el paciente puede entrar en un estado clínico de hipotermia), en segundo lugar, observaremos si existe deformidad (las buscaremos en las extremidades), y en tercer lugar observaremos si hay exposición de estructuras óseas.

Pasos a seguir:

1. Desvestiremos al paciente sin mover el foco de fractura.
2. Comenzaremos la valoración desde el segmento proximal al distal, es decir, desde las zonas más cercanas al corazón, hacia las más lejanas.
3. Vamos a observar los huesos, la piel, los músculos, los nervios periféricos y estructuras vasculares de la siguiente forma: Mediante inspección visual, palpación, y valoración funcional.

Puede parecer un proceso complejo, pero lo vamos a desgranar de la siguiente forma.

INSPECCIÓN VISUAL

- **VASCULAR:** observaremos si hay alteración vascular a simple vista mediante la coloración (si hay coloración cianótica sabremos que no hay buena perfusión, y si es de color morado, sabremos que es hematoma o hemorragia interna).
- **ÓSEA:** a simple vista podremos observar si hay acortamientos, deformaciones, pérdidas de eje (el miembro aparece rotado), o angulaciones.
- **PIEL:** observaremos visualmente si hay heridas, erosiones, edemas, etc.

INSPECCIÓN MEDIANTE PALPACIÓN

- **VASCULAR:** Comprobaremos la temperatura, si hay pulso, relleno capilar, etc. Debemos comparar la temperatura global con la temperatura de la zona.
- **ÓSEA:** Gracias a la palpación observaremos si hay dolor.
- **NEUROLÓGICA:** Intentaremos mediante la palpación comprobar la sensibilidad periférica, y la central. Esto se consigue gracias a peticiones al usuario tales como elevar los dos brazos a la vez, apretar ambas manos, etc.

VALORACIÓN FUNCIONAL

- En este apartado valoraremos el movimiento. Observaremos si hay afectación muscular o alteración neurológica.
- Cuando el paciente bloquea el movimiento (reflejo de defensa), indica afectación muscular.
- Siempre dejaremos que sea la víctima quien limite sus movimientos.

- Practicaremos la movilización activa (animamos a la persona a realizar movimientos, pero nunca seremos nosotros como auxiliares quienes movilizan extremidades).

Cuando inmovilizar

Las inmovilizaciones son delicadas de realizar siempre que no estemos seguros de que no hay peligro de lesión medular. Sospecharemos de lesión medular en accidentados.

Inmovilizaremos cuando haya sospecha de lesión y queramos atenuar sus efectos, o cuando haya que mover al lesionado y queramos prevenir complicaciones.

Cómo inmovilizar

Inmovilizaremos incluyendo la articulación adyacente, dejando la extremidad en la posición en la que la encontremos.

Podremos utilizar el propio cuerpo del lesionado, o cualquier superficie que ofrezca rigidez. Movilizaremos en bloque, y sólo cuando sea estrictamente necesario.

07

CAPÍTULO VII

7.1 Heridas

Una herida es una pérdida de la continuidad de la piel o de las mucosas.

Actuación

HERIDAS LEVES

Limpiaremos con agua o suero fisiológico, aplicaremos antiséptico.

HERIDAS GRAVES

Limpiaremos con agua o suero fisiológico, aplicaremos antiséptico y cubriremos con un apósito. La elección del apósito se realizará en base a la necesidad de la herida. Pueden ser húmedos o no, y podremos vendar siempre y cuando lo creamos conveniente.

7.2 Vendajes

Vendar es aplicar una venda a alguna parte del cuerpo con fin terapéutico. Se realizarán cuando:

- Sea necesario inmovilizar fracturas o fisuras.
- Necesitemos sujetar apósitos.
- Queramos evitar o reducir el dolor(antiálgicos).
- Queramos comprimir hemorragias, edemas, o hematomas.

Técnicas de vendaje

- Dejar al descubierto la zona a vendar.
- Elegir el tamaño y tipo de venda.
- Vendaremos las articulaciones en posición funcional.
- Vendaremos de parte distal a proximal.

Se utilizará el vendaje en espiga para favorecer la circulación y el vendaje en 8 para mantener el pie a 90º.

En el primero, iremos subiendo desde la zona más distal a proximal, poco a poco, de forma que la venda queda en forma de espiga al subir.

En el segundo, iremos de la zona plantar al tobillo, una y otra vez, para que el pie quede angulado a 90º, quedando el 8 desde el tobillo, cruzándose por el dorso del pie para parar en la zona plantar.

08

CAPÍTULO VIII

8.1 Electrocuación

La electrocuación se produce cuando una corriente atraviesa el cuerpo.

En el caso de las electrocuciones, lo más importante es que solo veremos la quemadura de entrada y de salida, pero no la parte interna. De este modo, lo más complicado será evaluar la gravedad de la quemadura.

Por eso, contaremos con que una quemadura eléctrica, o electrocuación, siempre será grave, puesto que no conocemos el alcance de lesión interna.

Además, la corriente al atravesar el cuerpo puede causar alteración del ritmo cardiaco.

Aun teniendo en cuenta la gravedad, esta va a depender en cierto modo:

- o Del tipo de corriente.
- o Del voltaje e intensidad.
- o Del trayecto por el interior del organismo.
- o De la duración del contacto eléctrico.

Actuación

Protegermos a nosotros mismos antes de actuar, evaluando si es posible el acercamiento a la víctima; y proteger a la víctima.

Desconectaremos la corriente. No trataremos de desenchufar nada, ni acercarnos a ningún aparato eléctrico. Directamente iremos al diferencial y lo desconectaremos. Nos aislaremos en la medida de lo posible, utilizando cualquier material no conductor, antes de tocar a la víctima.

Intentaremos asegurar en primer lugar las constantes vitales, y luego trataremos las quemaduras y shock si lo hubiera.

Por último, acercaremos a la persona a que la valore un facultativo.

09

CAPÍTULO IX

9.1 Hipotermia y congelación

Hablaremos de hipotermia cuando la temperatura corporal descienda de 35°C, siendo mortal al bajar de 28°C.

Pueden agravar sus efectos la ropa mojada, el viento, consumo de alcohol o drogas, desnutrición, etc.

- Reconoceremos la hipotermia por signos como:
 - 1) Tiritona.
 - 2) Piel fría seca y pálida.
 - 3) Letargo, nivel de consciencia disminuido.
 - 4) Respiración lenta y superficial.
 - 5) Pulso lento y débil.
 - 6) Apatía, desorientación, etc.

Actuación

Actuaremos asegurando en primer lugar las constantes vitales.

Intentaremos que la víctima pierda más calor, y si es necesario, retiraremos ropa mojada. Proporcionaremos bebidas calientes.

La congelación suele suceder por exposición prolongada al frío. Los vasos de las extremidades se contraen como mecanismo de defensa para disminuir pérdida de calor, pudiendo provocar lesiones en los tejidos.

Puede llegar a producir insensibilidad permanente o muerte de los tejidos.

- Reconoceremos la congelación por signos como:
 - 1) Frío y hormigueo.
 - 2) Palidez, seguida de entumecimiento.
 - 3) Enrojecimiento y sensación de pinchazos.
 - 4) Cambio de color de la piel afectada:
 - a. Blanco, y posteriormente salpicado de azul.
 - b. Al recuperarse roja, caliente, dolorida y con ampollas.
 - c. Si existe muerte celular, negro.

Actuación

Llevar a la víctima a un lugar cálido, retirar ropa mojada, no exponer la zona afectada al calor directo, dar bebidas calientes y azucaradas, no frotar la zona afectada, etc.

10

CAPÍTULO X

10.1 Intoxicaciones

Una intoxicación es el resultado de la acción de un toxico sobre el organismo humano. Un tóxico es una sustancia que introducida en el organismo humano es capaz de lesionarlo.

Distinguiremos entre intoxicaciones:

Crónicas: cuando se dan efectos a largo plazo.

Agudas: cuando se dan los efectos inmediatos.

Podemos hablar de distintos tipos de intoxicación, según la vía de penetración:

- **Digestiva:** venenos, medicamentos, etc.
 - **Respiratoria:** humos, aerosoles, etc.
 - **Parenteral:** picaduras, mordeduras, inyección de sustancias, etc.
 - **Mucosas o cutánea:** insecticidas, plantas, etc.
- Reconocimiento de una intoxicación:
Dependerá del toxico, de la cantidad, y de la vía de entrada.

Aun así, podemos encontrarnos por norma general:

- Dolor o molestias abdominales.
- Sudoración importante.
- Convulsione.
- Visión nublada.
- Erupción cutánea.
- Aumento de la temperatura corporal.

Actuación

Intentaremos autoprotegernos, eliminando el riesgo. Aseguraremos en primer lugar las constantes vitales, y luego averiguaremos que toxico lo ha producido.

Es importante conocer si ha vomitado, para informarlo a un facultativo. Lo trasladaremos a un centro sanitario.

11

CAPÍTULO XI

11.1 Picaduras y mordeduras de animales

Picaduras: cuando el animal inyecta el veneno.

Mordeduras: cuando se produce una herida.

La gravedad de la picadura va a depender de:

- Si es picadura múltiple.
 - Si afectan a cara o cuello o interior de la boca.
 - Si existe hipersensibilidad al tóxico.
 - Si se encuentra en edad de riesgo, como recién nacido, niño o anciano.
- Reconoceremos una picadura de insecto, por los siguientes síntomas:
- o Dolor.
 - o Hinchazón.
 - o Aguijón clavado.

Actuación

Limpiar la herida y desinfectar. Colocar compresas frías para aliviar el dolor, o hielo en el interior de la boca. Acudir al centro de salud más cercano, sin aplicar remedios caseros.

- Reconoceremos una picadura de arácnido, por los siguientes síntomas:
- o Dolor.
 - o Hinchazón.
 - o Enrojecimiento de la zona.

Actuación

Igual a la anterior. Si son garrapatas, tratar apropiadamente antes de arrancarlas.

- Reconoceremos una mordedura (perros, gatos, etc.)
- o Dolor e inflamación local.
 - o Herida.

Actuación

Igual que las anteriores, pero comprobando si el animal está vacunado

- Reconoceremos una mordedura de serpiente por:
- o Dolor e inflamación local.
 - o Herida: huella dejada por la mordedura.

Actuación

Igual que las anteriores, calmar a la víctima y tumbarla y evitar que mueva la extremidad.