



PRIMEROS AUXILIOS

MANUAL





¿QUÉ SON LOS PRIMEROS AUXILIOS?

Los primeros auxilios son el conjunto de actuaciones que deben ser adoptadas cuando se ha producido un accidente o enfermedad repentina, hasta que la víctima pueda recibir la atención sanitaria especializada necesaria, con el fin de minimizar las lesiones sufridas.

La prestación de los PAX, además de una obligación moral, es una obligación legal, cuyo incumplimiento está tipificado como delito de omisión del deber de socorro en el artículo 195 del Código Penal.





LOS OBJETIVOS DE LOS PAX SON:

- Mantener la vida del accidentado
- No agravar sus lesiones
- Asegurar el estado de la víctima hasta su traslado a un centro sanitario

HAY QUE DISTINGUIR 2 TIPOS DE SITUACIONES:

EMERGENCIAS

Cuando la víctima sufre lesiones que pueden comprometer su vida.

URGENCIAS

Cuando la víctima presenta lesiones que no comprometen su vida.





EL DECÁLOGO DE LOS PAX

1. Conservar la **calma** y evitar aglomeraciones
2. No realizar actuaciones que no confiemos en realizar correctamente
3. **Proteger nuestra integridad** en todo momento y evitar que terceras personas se vean afectadas
4. Contactar con los **servicios sanitarios**
5. **No mover** a los accidentados (como norma general). No agravar su estado
6. Examinar al herido
7. Transmitir **tranquilidad** al herido y al entorno
8. Mantener la **temperatura de la víctima**
9. **No medicar**, ni dar comida o bebida
10. Valorar realizar el traslado de la víctima o esperar a los servicios de emergencia.





SECUENCIA DE ACTUACIONES

PAS

- **PROTEGER:** antes de actuar hay que tener la seguridad de que tanto el accidentado como nosotros estamos fuera de peligro (explosión).
- **AVISAR:** llamar al 112
- **SSOCORRER:** actuar sobre el accidentado. Durante la espera debemos colocar a la víctima en una posición que:
 - minimice el dolor
 - evite el agravamiento de las lesiones





POSICIONES DE ESPERA:

1. POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD
2. DECÚBITO SUPINO ESTABLE (BOCA ARRIBA)
3. DECÚBITO SUPINO CON FLEXIÓN DE PIERNAS
4. POSICIÓN ANTISHOCK (PIERNAS ELEVADAS)

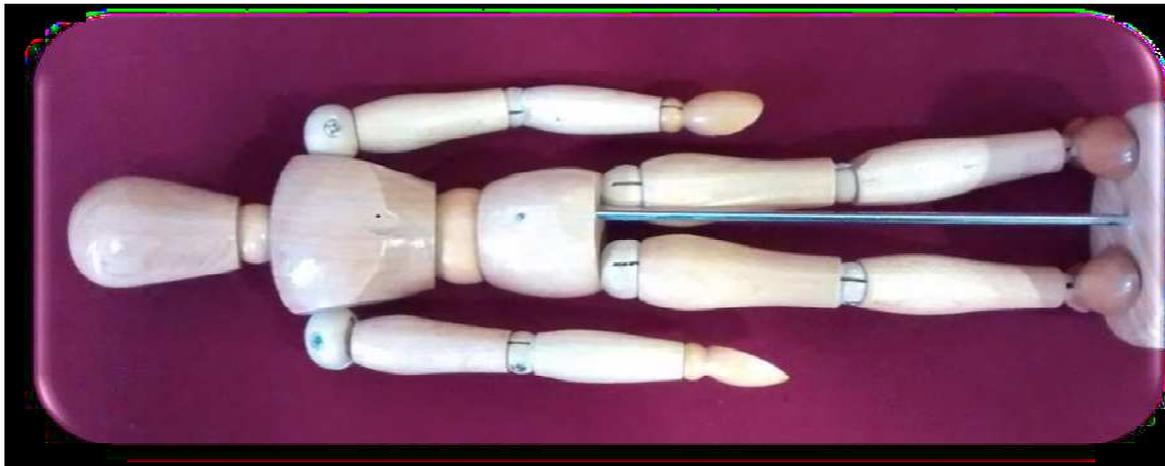




POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD: Cuando la víctima se encuentre inconsciente, pero con respiración normal.



DECÚBITO SUPINO ESTABLE (BOCA ARRIBA): Cuando la víctima ha sufrido un traumatismo del que sospechamos que puede haber lesión vertebral





DECÚBITO SUPINO CON FLEXIÓN DE PIERNAS:

Cuando la víctima ha sufrido lesiones abdominales , ya que conseguimos relajar la musculatura de esta región



POSICIÓN ANTISHOCK (PIERNAS ELEVADAS):

Cuando la víctima ha sufrido un desmayo o bajada de tensión.





SEMISENTADO O POSICIÓN DE FOULER: Cuando la víctima ha sufrido lesiones en el tórax o presenta dificultad respiratoria





ACTUACIÓN EN UNA EMERGENCIA

En una emergencia se valorará:

- La consciencia
- La respiración
- El pulso
- La presencia de graves hemorragias





VALORACIÓN DE LA CONSCIENCIA

Toda situación de pérdida de consciencia debemos considerarla EMERGENCIA.

Para realizar la valoración nos arrodillamos junto a la víctima y le sacudimos suavemente el hombro, preguntándole cómo se encuentra.

- Si la víctima está consciente, se atienden otras posibles lesiones
- Si la víctima no está consciente, pediremos ayuda urgente y pasaremos a abrir la vía respiratoria





VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

Cuando llevamos a cabo la valoración de la respiración debemos tener en cuenta:

1. La **FRECUENCIA** (número de respiraciones por minuto). La frecuencia normal en el adulto es de 12-20 rpm.
2. La **PROFUNDIDAD** (el volumen de aire inhalado y exhalado por la persona). El volumen normal es de 500 ml. por respiración. Si mueve más aire se dice que hiperventila y que hipoventila si mueve menos.
3. La presencia de **DOLOR**.

Para valorar la respiración de la persona inconsciente nos aproximaremos y trataremos de oír/ver signos de respiración. Si no son perceptibles, procederemos a la apertura de la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón.





VALORACIÓN DEL PULSO. LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA

Para que el oxígeno que ingresa en los pulmones llegue a todas las células del organismo es indispensable el trabajo del sistema circulatorio, ya que es la sangre la que transporta el oxígeno.

Cuando la normal circulación de la sangre por el organismo se interrumpe, las células comienzan a sufrir hasta finalmente morir (necrosis).

El pulso es el reflejo de la actividad cardiaca.

Respecto al pulso debemos observar:

1. La **FRECUENCIA** (el número de pulsaciones por minuto). La frecuencia normal en el adulto es de 60-80 ppm.
2. El **RITMO**: El latido ha de ser rítmico
3. La **INTENSIDAD**: El pulso ha de observarse con nitidez.

Para valorar el pulso se recomienda aplicar nuestros dedos índice y corazón sobre la **carótida** que se encuentra en el cuello.





LA SECUENCIA DE VALORACIÓN DE UNA EMERGENCIA

1º Valoramos la **CONSCIENCIA** ¿Responde a estímulos externos? Hablamos en voz alta haciendo preguntas sencillas ¿Te encuentras bien?

- Si responde: la víctima está consciente → pasaremos a valoración secundaria
- Si no responde: debemos arrodillarnos a su lado y estimularlo (agitando los hombros). Si no responde la víctima está inconsciente → pediremos ayuda y pasaremos a valorar respiración.

2º Valoramos la **RESPIRACIÓN**:

- Colocamos a la víctima en decúbito supino (boca arriba) y realizamos la maniobra frente-mentón (consiste en colocar la mano en la frente de la víctima, presionando hacia atrás, mientras se sostiene la barbilla del accidentado hacia arriba).
- Buscamos en la boca la presencia de algún cuerpo extraño (caramelos, etc.)
- Comprobar respiración:
 - Si respira: valoramos la presencia de graves hemorragias. Si no existen → colocar a la víctima en PLS
 - Si no respira: pasaremos a la RCP





PASOS DE LA RCP

1. Colocamos a la víctima en decúbito supino sobre una superficie dura y descubrimos su tórax
2. Nos situamos de rodillas y localizamos el punto de presión en el tercio inferior del esternón.
3. Coloco el talón de mi mano dominante en ese punto. Entrecruzo los dedos de mi otra mano colocándola sobre la anterior.
4. Los brazos deben quedar rectos con los hombros sobre el punto de presión.
5. Realizo 30 compresiones deprimiendo el tórax unos 5 cms. El ritmo debe ser 100 compresiones por minuto.
6. Realizamos la maniobra frente-mentón para abrir la vía aérea.
7. Pinzamos con una mano su nariz, mientras con nuestros labios abarcamos toda la boca de la víctima, sellándola por completo
8. Insuflamos el aire de forma continua durante un segundo.
9. Mantenemos nuestra vista en el tórax de la víctima observando si se eleva, para comprobar que la insuflación está siendo eficaz.
10. Retiramos la boca y observamos cómo el tórax se deprime. Volvemos a insuflar aire. Tras 2 insuflaciones volvemos de nuevo a las compresiones. El ritmo adecuado es 5 ciclos 30/2 cada 2 minutos.





RCP

Continuaremos con la RCP hasta que:

- lleguen los servicios de emergencia
- la víctima recupere la respiración
- el socorrista quede agotado

El ritmo adecuado es de 5 ciclos 30/2 cada 2 minutos.

Si nos encontramos 2 personas, podremos realizar la RCP de forma conjunta, alternando los roles.

La RCP tiene riesgos para la víctima:

- pueden ocasionarse fracturas en las costillas
- puede provocarse el vómito de la víctima

También tiene riesgos para el socorrista; especialmente si hay presencia de sangre o lesiones en la boca. Para evitarlos emplear barreras como guantes y mascarillas de ventilación





EMERGENCIAS SANITARIAS

Cualquier situación que suponga un impedimento para la correcta distribución del oxígeno por el organismo supone un grave riesgo para la vida, por ello las afecciones severas de los sistemas respiratorio y circulatorio serán **SIEMPRE emergencias sanitarias.**

Las 2 situaciones a las que nos referimos son:

- LA ASFIXIA
- LAS HEMORRAGIAS SEVERAS





LA ASFIXIA

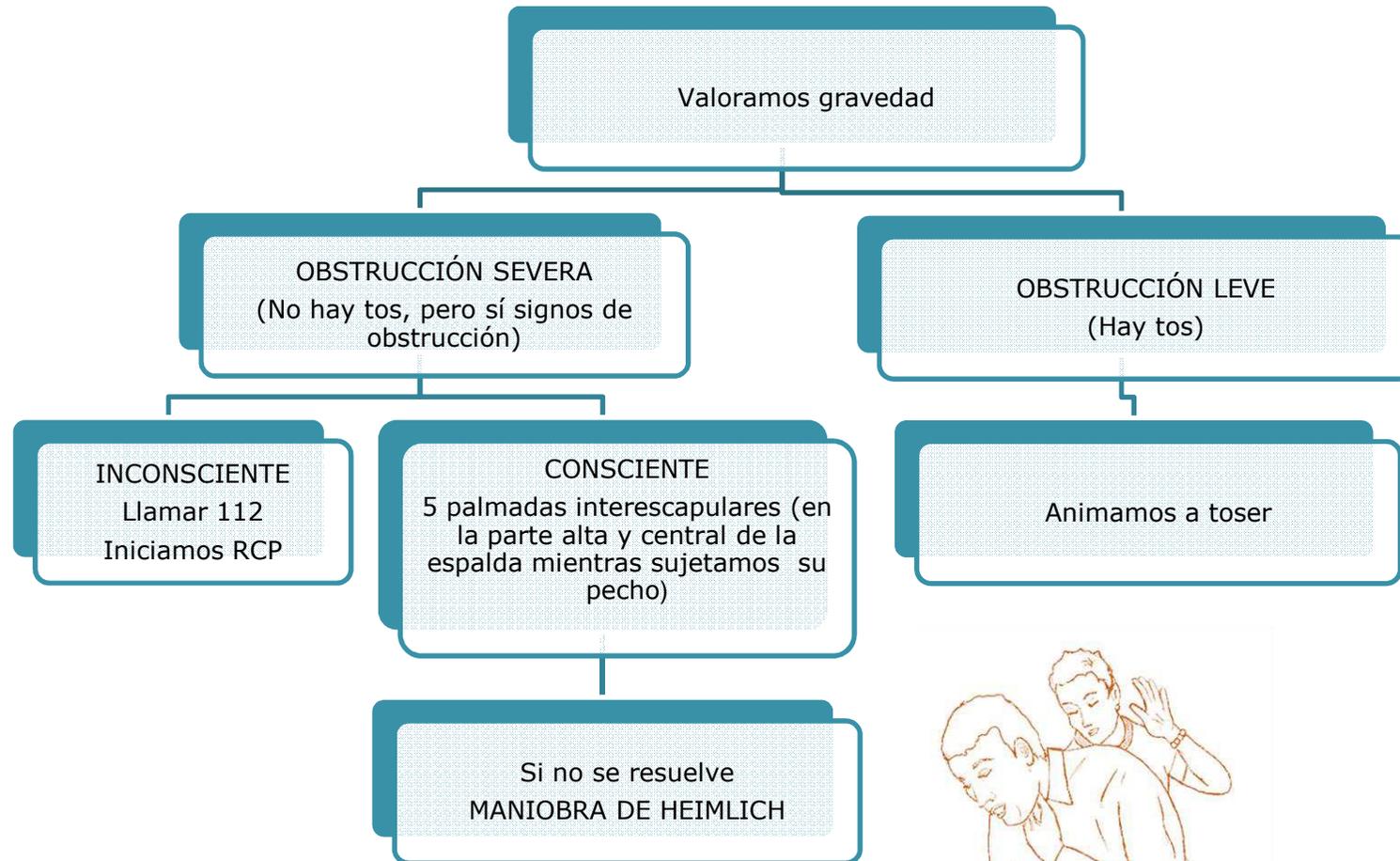
La asfixia se puede deber a:

- Obstrucción de la vía aérea.
Atragantamiento.
- Aplastamiento.
- Inmersión (ahogamiento).
- Hidrocución (ahogamiento en que se da una parada cardiorrespiratoria previa, debida a la gran diferencia entre la temperatura corporal y la del agua).
- Intoxicación por gases.





ATRAGANTAMIENTO





MANIOBRA DE HEIMLICH

1. Nos situamos detrás de la persona. Nos pegamos a su espalda
2. Le hacemos que se incline hacia delante
3. Cerramos el puño dominante plegando el pulgar sobre el índice. Lo colocamos en el epigastrio y colocamos la otra mano sobre él
4. Realizamos una brusca compresión hacia atrás y arriba y vigilamos la posible expulsión del cuerpo extraño.
5. Repetimos hasta 5 veces.
6. Si no se resuelve, repetimos las 5 palmadas interescapulares más 5 compresiones abdominales





VARIANTES MANIOBRA DE HEIMLICH



VICTIMAS CORPULENTAS: Se tiende a la víctima en el suelo. Nos colocamos a horcajadas sobre ella y realizamos las compresiones en el epigastrio.



CUANDO LA VÍCTIMA ES UNO MISMO: Se puede hacer la compresión en el epigastrio empleando una silla.

MUJER EMBARAZADA: No realizamos la compresión en el epigastrio, sino que sólo realizamos palmadas intercostales.





HEMORRAGIAS

Tres clases:

- **CAPILARES**: la sangre fluye muy lentamente. Son leves
- **VENOSAS**: la sangre fluye lentamente. Tiene un color pardo.
- **ARTERIALES**: la sangre fluye rápidamente y a borbotones. Tiene un color rojo brillante. Son las más graves.

Cuando la víctima pierde gran cantidad de sangre sobreviene el shock hipovolémico (pérdida de consciencia debida a un déficit de volumen de sangre). Esta situación compromete seriamente la vida y requiere una atención sanitaria inmediata.

LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DEPENDE DE:

- La **velocidad** con que se pierde la sangre.
- El **volumen de sangre perdido**. El shock hipovolémico sobreviene al perder aproximadamente el 50% del volumen sanguíneo.
- **Edad** de la persona. Es más probable el shock hipovolémico en niños y ancianos.
- **Enfermedades** que padezca el individuo. Determinadas enfermedades como la hemofilia aumentan la gravedad de la hemorragia.





PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN SOBRE HEMORRAGIAS

- 1) Localiza el punto de sangrado y déjalo accesible.
- 2) Ejerce presión empleando una gasa o trapo limpio en el lugar de la herida. La gasa no debe ser retirada, si se empapa de sangre se pondrá otra sobre la primera.
- 3) Si el sangrado no cesa debemos tumbar o sentar a la víctima. Se procede a elevar el miembro afectado para reducir así el flujo sanguíneo.
- 4) Si la situación no se resuelve debemos llevar a cabo la compresión de la arteria implicada en el sangrado oprimiendo el punto más próximo posible en dirección al corazón.
- 5) Una medida de excepción en el control de hemorragias es el **torniquete**.



Para realizar un torniquete hay que tener en cuenta:

- El herido necesita un médico urgentemente
- Se debe anotar la hora a la que se coloca
- Un torniquete es muy peligroso. Por ello sólo se debe utilizar en situaciones extremas, como por ejemplo una amputación.

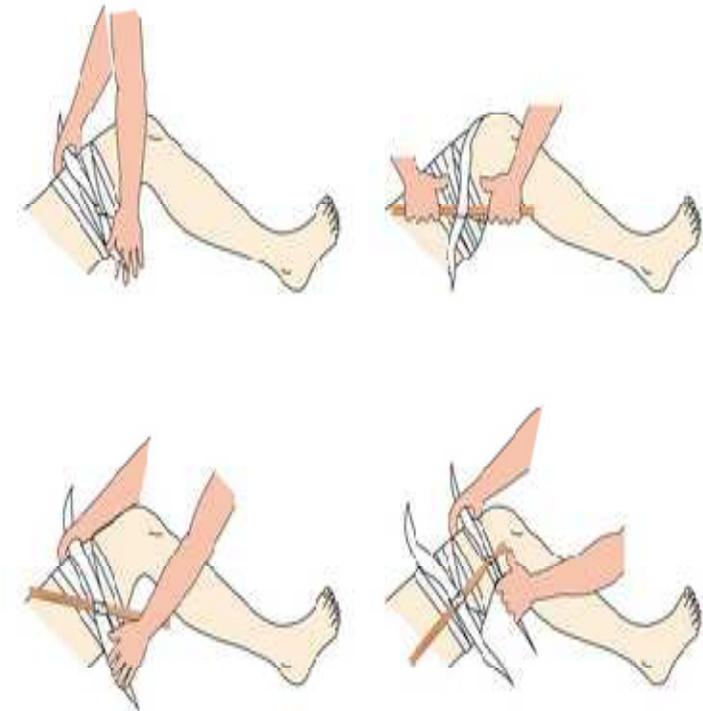


¿Cómo colocar un torniquete?

Está claro que lo mejor es no poner nunca un torniquete pero si tienes que actuar en una de estas situaciones excepcionales. ¿Qué debes tener en cuenta al colocarlo?

- La **técnica** para colocar el torniquete es la siguiente:

- Utilizar una venda o tejido ancho, no inferior de unos 5 a 7 cm. de ancho. (Está desaconsejado el uso de alambres, cuerdas o tejidos estrechos).
- Debe realizarse en el brazo o en el muslo, que al contar con un único hueso, permiten que la compresión sea más efectiva.
- Dar dos vueltas alrededor de la extremidad empezando de arriba hacia abajo y anudando arriba por un nudo sencillo.
- Colocar un objeto rígido (palo, bclígrafo, etc), sobre el nudo, fijándolo con dos nudos más.
- Girar el objeto lentamente apretando el vendaje hasta frenar la hemorragia.
- Fijar el objeto utilizado con una cinta adhesiva u otro material para no perder el efecto compresivo.



- **Precauciones al colocar un torniquete:**

- Cuando se coloca un torniquete hay que asegurarse de dejarlo siempre **visible** y anotar la **hora exacta** de su colocación. Se puede poner en la frente del herido con la **T** de torniquete delante.
- Debe colocarse en la posición más cercana al punto de sangrado para limitar al máximo el daño a los tejidos adyacentes.
- Si se ha puesto un torniquete **NUNCA** se debe aflojar pues la razón que ha obligado a su colocación sigue existiendo y se corre el riesgo del paso de toxinas al organismo. Únicamente **personal médico podrá retirarlo**.

 SIRIUS. Uso educativo no comercial. Elaboración propia.





DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Si la persona manifiesta dolor fuerte en el abdomen y presenta rigidez e hipersensibilidad al tocarlo, náuseas, vómitos e incluso fiebre, nos encontramos muy posiblemente ante una apendicitis, colecistitis, obstrucción intestinal aguda, etc.

En todos estos casos la persona necesitará atención médica urgente, por lo que trasladaremos a la víctima a un centro sanitario o pediremos asistencia al 112.

La posición de espera indicada será semifowler con las piernas flexionadas, esto reducirá el dolor de la víctima.



NO ADMINISTRAR ANALGÉSICO ORAL.





EL ICTUS

Denominamos ICTUS a un **trastorno brusco de la circulación cerebral**, que altera la función de una determinada región del cerebro.

Son trastornos que tienen en común su presentación súbita, que suelen afectar a personas mayores -aunque también pueden producirse en jóvenes- y que frecuentemente son la consecuencia final de una serie de circunstancias personales, ambientales, sociales, etc., a las que denominamos **factores de riesgo**. Entre éstos factores destacan **la hipertensión y estrés**.

Los ICTUS pueden ser isquémicos o hemorrágicos.

Las consecuencias de un ICTUS son muy variadas y de diferente gravedad. **La rapidez en la atención es crucial** para minimizar los daños.

Por tanto, nuestra principal actuación será identificar los signos y alertar rápidamente al 112. Mantendremos la vigilancia de las constantes de la víctima y actuaremos en consecuencia.





¿CÓMO DETECTAR UN ICTUS?

SÍNTOMAS DE UN ATAQUE CEREBRAL

SI SÚBITAMENTE SENTÍS



1 DEBILIDAD O
ADORMECIMIENTO
EN UN BRAZO, UNA PIERNA
O LA MITAD DE LA CARA.



2 CONFUSIÓN
O DIFICULTAD
PARA HABLAR
O ENTENDER.



3 PROBLEMAS
PARA VER,
CON UN OJO
O AMBOS.



4 PÉRDIDA DEL
EQUILIBRIO O DE
COORDINACIÓN.



5 DOLOR DE
CABEZA MUY
INTENSO.

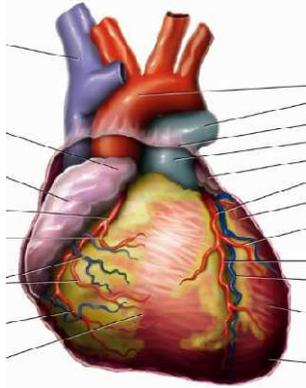
LLAMÁ DE INMEDIATO

**AL SERVICIO DE EMERGENCIAS
AÚN CUANDO LOS SÍNTOMAS HAYAN DESAPARECIDO**





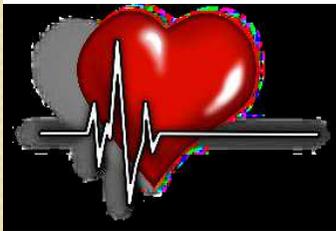
EL INFARTO DE MIOCARDIO



El infarto agudo de miocardio es la **necrosis (muerte celular) de las células que forman el músculo cardiaco** por isquemia de una de las arterias coronarias.

La causa más común es la obstrucción de una arteria del corazón por un trombo formado por la rotura de una placa de ateroma (derivada de arteroesclerosis subyacente) y que provoca de manera súbita la muerte del tejido del corazón.

La persona afectada va a sufrir un **dolor intenso y opresivo en el centro del tórax, que suele irradiarse hacia el brazo izquierdo, cuello y mandíbula**. Además la víctima se encontrará pálida y cianótica, presentará sudor frío, pulso irregular y dificultad para respirar.



Es muy importante identificar estos accidentes para **actuar con premura**. Debemos alertar inmediatamente al 112 y mantener la observación de la víctima. Si ésta queda inconsciente y sin respiración debemos proceder a realizar la RCP. Además, si contamos con un DEA es muy posible que nos sea útil, ya que muchos infartos provocan fibrilación cardiaca.





EL DESMAYO

Un desmayo es la **pérdida temporal de la consciencia a consecuencia de una disminución del flujo sanguíneo al cerebro**. El episodio es breve (dura menos de un par de minutos) y va seguido de una recuperación rápida y completa. Las personas afectadas pueden sufrir mareo, vértigo, hipotensión o visión borrosa antes de presentarse el desmayo.

En un desmayo uno de los principales riesgos es la caída por lo que si observamos síntomas que indican un posible mareo (piel pálida, caminar errático, sudor frío, etc.) nos situaremos detrás de la persona y procuraremos colocarla con cuidado **tumbada con las piernas elevadas**.



Debemos **aflojar las prendas**, especialmente las del pecho y cuello. **Tranquilizamos** y esperamos su recuperación.

Los desmayos suelen ir asociados a una **disminución de la tensión arterial**, por lo que cuando la víctima recupere la consciencia será adecuado **proporcionarle líquido**, si es posible azucarado.

Si no recupera la consciencia colocar en PLS y alertar al 112.





DIABETES

Es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.

Causas:

La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas.

Las personas con diabetes presentan niveles altos de azúcar en sangre debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo y a las células de grasa para quemarla o almacenarla como energía, y dado que el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre. Esto se debe a que:

- El páncreas no produce suficiente insulina
- Las células no responden de manera normal a la insulina
- Ambas razones anteriores

Hay dos tipos principales de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:

- **Diabetes tipo 1.** Puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina. Esto se debe a que las células del páncreas que producen la insulina dejan de trabajar. Se necesitan inyecciones diarias de insulina. La causa exacta se desconoce.

- **Diabetes tipo 2.** Es mucho más común. Generalmente se presenta en la edad adulta pero, debido a las tasas altas de obesidad, ahora se está diagnosticando con esta enfermedad a niños y adolescentes. Algunas personas con diabetes tipo 2 no saben que padecen esta enfermedad. Con la diabetes tipo 2, el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería.

- Hay otras causas de diabetes, y algunas personas no se pueden clasificar como tipo 1 ni 2. **La diabetes gestacional** es el nivel alto de azúcar en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.



Hay dos situaciones de emergencia diabéticas: la hiperglucemia y la hipoglucemia

LA HIPERGLUCEMIA

La hiperglucemia puede ocurrir porque se haya puesto poca insulina, porque aumenten las necesidades de ésta por una enfermedad intercurrente (anginas, catarro, fiebre...) o por exceso de comida.

Cuando la glucemia está muy alta el afectado puede sentirse mal, con dolor de cabeza, adormecimiento, con mucha sed y necesidad de orinar con frecuencia.

En estas situaciones el enfermo, además de necesitar beber líquidos sin hidratos de carbono, puede necesitar la administración de una dosis extra de insulina. **Hay que facilitarle el acceso a los líquidos y a los lavabos siempre que lo necesite.**

La bebida más indicada es el agua, no debe beber refrescos, ni colas, ni zumos,... ni ningún líquido que contenga azúcar.

Si al hacer los controles de glucemia se verifica que el afectado está alto de glucosa hay que ponerse en contacto con los padres y/o con la Unidad de Diabetes.

NO tenemos la responsabilidad de administrar insulina, pero si nos vemos en la necesidad de ello alguna vez: toma un pliegue cutáneo del abdomen, introduce la aguja y administra la dosis establecida.



LA HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es aquella situación en la que **el nivel de azúcar en sangre se encuentra por debajo de 70 mg/dl**. Si esta situación se agudiza o se prolonga en el tiempo las células de nuestro cuerpo empiezan a sufrir, ya que no pueden producir la energía que necesitan, especialmente las células nerviosas y musculares.

Una persona que sufre hipoglucemia sentirá hambre, mareo, fatiga y calambres musculares, además de presentar sudor frío y pulso y respiración acelerada e irregular. Si la situación se agrava la persona puede llegar a perder el conocimiento y entrar en **coma**.

La hipoglucemia puede aparecer por ayuno prolongado, la práctica deportiva, el exceso de trabajo o la fiebre.

En caso de hipoglucemia debemos:

- Sentar a la persona y **proporcionarle un zumo o bebida azucarada**, siempre que esté consciente.
- Si pierde la consciencia revisar las constantes y actuar en consecuencia. Trasladar a centro sanitario o alertar al 112.
- Aflojar ropas ajustadas al tórax y secar el sudor de la víctima, evitar que se enfríe.





LAS CRISIS CONVULSIVAS

Una convulsión es una **contracción repentina, involuntaria y enérgica de un músculo**. La crisis convulsiva es un proceso convulsivo que suele durar entre 2 y 5 minutos.

Algunas **causas** de crisis convulsivas son: fiebre elevada, enfermedades del sistema nervioso como la epilepsia, oxigenación insuficiente del cerebro, destrucción del tejido cerebral, alcohol en grandes cantidades, consumo de drogas, etc.

¿Cómo debemos actuar?:

- En caso de crisis convulsiva el objetivo es evitar que durante las convulsiones la persona pueda lesionarse.
- Procuramos tumbar a la persona en una zona segura alejando cualquier objeto con el que pueda dañarse. Colocamos un cojín o similar si disponemos de él.
- Procuraremos aflojar los cinturones y soltaremos la ropa alrededor del cuello.
- Colocamos a la persona en posición lateral de seguridad.
- Alertamos a los servicios de emergencias.
- Vigilamos las constantes vitales hasta la llegada de los servicios médicos.
- Tras el episodio convulsivo exploraremos el cuerpo de la persona para ver si se han producido lesiones que requieran de otros primeros auxilios.
- **En ningún caso sujetaremos a la persona durante las convulsiones. No debemos introducir objetos duros ni introduciremos la mano entre sus dientes.** No intentaremos administrarle ningún medicamento.





ALERGIAS: ANAFILAXIA

La anafilaxia es un término que describe una reacción alérgica grave, multisistémica (dos o más órganos afectados), que se inicia y progresa rápidamente y puede poner en peligro la vida de las personas. Se habla de choque o shock anafiláctico cuando existe afectación circulatoria (bajada de tensión, arritmia, pulso débil, desfallecimiento). Este cuadro requiere atención médica urgente y supone riesgo de muerte.

Síntomas:

Inicios: picor en palmas y plantas, pabellones auriculares, picor nasal, estornudos, hormigueo, intranquilidad, malestar general.

Cutáneos: enrojecimiento, picor, urticaria (habones), angioedema (hinchazón).

Respiratorios:

- Laríngeos: picor y sensación de opresión de garganta, dificultad para tragar, cambio de la voz, ronquera, tos seca

- Pulmonar: disnea (sensación de ahogo), opresión torácica (presión en el pecho), tos ronca, sibilancias (pitidos en el pecho)

- Nasal-ótico: congestión nasal, picor nasal o del pabellón auditivo externo (oreja), rinorrea (moco como agüilla), estornudos.

- Oral: picor de labios, lengua, paladar o edema (hinchazón) de labios y lengua.

Gastrointestinal: dolor abdominal, vómitos o diarrea.

Cardiovascular: dolor torácico (de pecho), desmayo, palpitaciones, hipotensión (bajada de la tensión arterial), pérdida del conocimiento (shock).





ALERGIAS: ANAFILAXIA

Hasta un 80% de las reacciones anafilácticas cursan con síntomas cutáneos más afectación de otro órgano (gastrointestinal, respiratorio o circulatorio). No obstante, hasta un 20% de anafilaxias graves cursan sin afectación en la piel, y en algunos casos, sólo con hipotensión (bajada de la tensión arterial, con afectación cardiovascular). Algunos trabajos asocian las manifestaciones digestivas a una mayor gravedad de la anafilaxia, y varios coinciden en que en las reacciones mortales por alimentos predominan los síntomas respiratorios.

Causas más frecuentes de anafilaxia:

- **Alimentos:** Cualquier alimento puede producir una reacción alérgica, pero los que más frecuentemente son citados como causa de anafilaxia grave o mortal, según la edad, son, en nuestro entorno geográfico :

*en adultos: frutas, frutos secos, marisco y pescado

*en niños: huevo, leche, frutos secos, pescado y marisco

- **Medicamentos:** Antibióticos, antiinflamatorios (aspirina, metamizol), vacunas.

- **Veneno:** de abejas, avispa, mosquitos.

- **Físicos:** como el ejercicio o el frío

- **Parásitos:** Quiste hidatídico, anisakis

- **Otros:** como el látex

Las personas diagnosticadas de asma además de alergia alimentaria tienen mayor riesgo de presentar reacciones graves al alimento que les causa alergia.





ALERGIAS: ANAFILAXIA

QUÉ HACER ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA

- Intentar conservar la calma para poder manejar la situación de forma efectiva.
- No dejar al paciente solo en ningún momento y transmitirle tranquilidad.
- Colocarle acostado, con las piernas elevadas (apoyadas en un mueble por ejemplo), excepto en caso de dificultad respiratoria o vómitos (en este caso incorporar ligeramente el tronco)
- Inyectar adrenalina, según las indicaciones del alergólogo, conservando el Autoinyector o la inyección utilizada. Repetir a los 10 minutos si no hay mejoría y se dispone de otra dosis.
- Acudir lo más pronto posible a un servicio de urgencias. Si puede llamarse previamente al 112 o al centro al que acudiremos y explicar la situación, facilitaremos que estén preparados a nuestra llegada. Siempre se debe ir a urgencias aunque los síntomas empiecen a remitir tras la inyección de adrenalina y debe entregarse el autoinyector utilizado.

QUÉ HACER ANTE LA DUDA

Si el especialista en alergia nos ha prescrito un autoinyector de adrenalina después de valorar el riesgo de anafilaxia, en general, ante la duda, es preferible administrar el autoinyector de adrenalina que no hacerlo. Algunos estudios relacionan el retraso en su administración con un mayor riesgo de desenlace fatal.

Los efectos secundarios de la adrenalina son leves y transitorios en la mayoría de las personas (palpitaciones, nerviosismo, sudoración...), y dado el riesgo vital que supone una anafilaxia, no hay contraindicación absoluta al uso de la adrenalina si se sospecha reacción anafiláctica. Se ha de tener precaución en algunos pacientes (ancianos, cardiopatas...).



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ALERGIAS GRAVES





CRISIS DE ANSIEDAD

La crisis de ansiedad aparece de manera brusca. El sujeto está al principio un poco nervioso y media hora o una hora después ya se encuentra francamente mal, quejándose de:

- Sentimientos de **inseguridad y sensación de que le acecha un peligro inminente**, como la muerte, una enfermedad incurable o la locura.
- Sensación de que **el corazón le late muy deprisa** («como palpitaciones»).
- **Dificultad para respirar y sensación de ahogo**. El enfermo nos cuenta que se nota muy débil y le duele el pecho cuando respira.
- **Mareos y vértigos**, incluso puede desmayarse o andar como «sonámbulo».
- **Piel pálida y sudorosa**, con escalofríos y «piel de gallina».
- Temblores.
- **La respiración y el pulso son rápidos** y de baja intensidad.

Las crisis de ansiedad se dan en personas que son de naturaleza ansiosa, es decir, **personas que se preocupan por todo**, muy responsables en su trabajo o con su familia, y que a menudo se ponen muy nerviosos ante situaciones concretas, como por ejemplo los espacios cerrados, las multitudes, ... También es frecuente que sean **personas con obsesiones y manías** como lavarse las manos constantemente, contar objetos, dudar de si se ha realizado o no determinada acción y volver para comprobarlo una y otra vez (por ejemplo, el cierre de un grifo).





NORMAS DE ACTUACIÓN EN UNA CRISIS DE ANSIEDAD

La asistencia debe asumirla **alguien cuya presencia resulte tranquilizadora y fiable para el enfermo.**

EL OBJETIVO EN EL TRATO CON ALGUIEN QUE SUFRE UNA CRISIS DE ANSIEDAD ES **DARLE SEGURIDAD DE QUE NO LE PASARÁ NADA GRAVE.**

Los ataques de ansiedad suelen ser limitados en el tiempo, es decir, que cesan solos una hora después de su aparición, pero el enfermo los vive con tal intensidad que es necesario intervenir. **No conviene decirle que no le pasa nada**, tanto porque no es cierto como porque esto equivaldría a no tomárselo en serio, lo que aumentaría su ansiedad.

Debemos **intentar que el enfermo se relaje diciéndole que respire profunda y lentamente.**

Si el sujeto respira de forma agitada, esto es, con respiraciones muy rápidas y poco profundas («como si estuviera cansado»), puede **colocarse una bolsa de plástico o papel sobre la nariz y la boca como si fuese una mascarilla, animándole a que respire lentamente dentro de la bolsa.**





PRIMEROS AUXILIOS NO EMERGENTES

Son situaciones que, aunque no revisten tanta gravedad como las anteriores, sí que requieren de primeros auxilios.

Vamos a estudiar:

- Contusiones y lesiones musculo-esqueléticas.
- Heridas
- Hemorragias externalizadas
 - a) Epistaxis: sangrado por la nariz
 - b) Ematemesis: sangrado por la boca
- Las fracturas óseas
- Golpe de calor
- Las quemaduras
- Accidentes eléctricos
- Intoxicaciones
- Picaduras





CONTUSIONES Y LESIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS

Lesiones que tienen su origen en un traumatismo con un objeto romo, de forma que no se produce rotura de la piel, pero sí daños en los tejidos subyacentes.

En función de la violencia del impacto las contusiones pueden presentar diferentes signos que van desde un leve enrojecimiento de la piel hasta la formación de hematomas de mayor o menor relevancia (lo que llamamos **cardenales**). Cuando existe un hueso próximo a la superficie la inflamación es notable hacia el exterior dando lugar a los conocidos **chichones**.

Qué debemos hacer:

- En los **casos menos graves** será suficiente con la aplicación de agua fresca, un trapo con hielo o compresas con agua fresca para rebajar la inflamación. **Nada mejor que una bolsa de guisantes.**
- Si es **más grave** elevaremos el miembro afectado y realizaremos un vendaje compresivo, si nos sentimos capacitados para ello.
- Si sospechamos que la contusión es grave y puede haber **afectado a órganos internos o haber provocado fractura ósea**, mantenemos a la víctima inmovilizada y alertamos al 112. Guardar especial atención a las contusiones craneales.

Qué NO debemos hacer:

- No mover innecesariamente a la persona afectada.
- No masajear la zona afectada o aplicar calor.
- Ignorar síntomas como confusión, aturdimiento, visión borrosa, pitido en el oído, dificultad de mantener el equilibrio, etc., tras conmoción en el cráneo. Ante estos síntomas ir rápidamente a un centro médico.





HERIDAS

Las heridas son lesiones que se caracterizan por la pérdida de continuidad de la piel. Esto hace que se pierda la primera barrera de defensa del organismo y que exista riesgo de infección, el principal factor a atajar en primeros auxilios.

Que debemos hacer:

- En primer lugar nos lavamos las manos (nos ponemos guantes).
- A continuación inspeccionamos la herida y retiramos, con ayuda de unas pinzas si disponemos de ellas, pequeños elementos que puedan estar incrustados en la piel.
- Lavamos la herida con abundante agua, agua-jabonosa o suero.
- Administramos un antiséptico yodado o clorhexidina en la herida.
- Aplicamos una gasa estéril.
- Aplicamos otra gasa y realizamos un vendaje no compresivo, colocamos un apósito o dejamos la herida al aire si el riesgo de infección es bajo.
- En heridas profundas es conveniente el empleo de agua oxigenada.
- Si la herida es grave trasladar a un centro sanitario o alertar al 112.

Que NO debemos hacer:

- Aplicar alcohol sobre la herida.
- Aplicar el antiséptico sin haber limpiado la herida previamente.
- Emplear algodón para aplicar el antiséptico o para cubrir la herida.
- El apósito no debe ser compresivo..
- Retirar cuerpos extraños incrustados firmemente o penetrantes.



HEMORRAGIAS EXTERNALIZADAS

A) EPISTAXIS: SANGRADO POR LA NARIZ

Qué debemos hacer:

- Tranquilizamos a la persona y la sentamos.
- Le pedimos que incline su cuerpo hacia delante y que respire por la boca.
- Hacemos presión con nuestros dedos en la zona superior de la nariz.
- Podemos acompañar esta actuación con la aplicación de agua fresca que limpiará la sangre y ayudará a contener la hemorragia al contraer los vasos sanguíneos.
- Si la hemorragia no cesa podemos aplicar una toalla o similar mojada con agua fresca en la nuca de la persona afectada.
- Si aún así el sangrado no cesa trasladamos a un centro sanitario o alertamos al 112.



Qué NO debemos hacer:

- No echar la cabeza hacia atrás.
- Medidas como levantar los brazos son completamente inútiles.
- Respirar con fuerza por la nariz ya que eliminará el coágulo formado.



HEMORRAGIAS EXTERNALIZADAS

B) EMATEMESIS: SANGRADO POR LA BOCA

Qué debemos hacer:

Pide al afectado que se siente con la cabeza inclinada hacia delante y si la situación te lo permite, coloca una gasa sobre la herida y comprime o presiona la zona durante 10 minutos seguidos.

Si la hemorragia se debe a la extracción o pérdida dental, tapona con una gasa el espacio en la encía y pídele al afectado que lo muerda.

Si la hemorragia continúa, añade otra gasa a la que está empapada y que continúe haciendo presión.

Si persiste el sangrado, llama a emergencias.

Qué NO debemos hacer:

Realizar enjuagues bucales en sangrados activos.

Tomar líquidos o comida caliente hasta pasadas unas horas.

Aplicar antisépticos bucales sin prescripción médica.





LAS FRACTURAS ÓSEAS

Las fracturas son lesiones en las que se produce la rotura o fragmentación de una estructura ósea.

En el cuidado de las fracturas hay que evitar el desplazamiento del hueso afectado, ya que aumentará la gravedad de la lesión y puede provocar otros daños.

Que debemos hacer:

- En primer lugar, tranquilizar a la víctima y pedirle que no se mueva.
- Colocamos a la persona en posición cómoda y tratamos de retirar la ropa del área afectada. Eliminamos con cuidado objetos que puedan hacer presión sobre la zona inflamada. Y mantenemos la zona en reposo.
- Si disponemos de ello podemos aplicar frío local mediante un hielo cubierto por un paño o un trapo humedecido con agua fresca.
- Si confiamos en realizarlo con seguridad y disponemos de material para ello, inmovilizaremos el área afectada, incluyendo las articulaciones inmediatamente superior e inferior.
- Valorar el traslado a un centro sanitario. Si no podemos realizarlo con seguridad llamamos al 112 y nos mantenemos al lado de la víctima hasta su llegada.

Que NO debemos hacer:

- Mover innecesariamente a la persona afectada.
- No tratar de recolocar los huesos o reducir la fractura.
- Realizar la inmovilización si no se domina la técnica correctamente.





GOLPE DE CALOR

Se considera golpe de calor cuando la temperatura corporal rebasa los 40° C, superando los mecanismos de regulación de temperatura.

Puede darse por una exposición prolongada al sol (insolación clásica) o por hacer ejercicios en ambientes calurosos o con poca ventilación) de modo que el cuerpo pierde agua y sales esenciales para su buen funcionamiento y no consigue eliminar el exceso de temperatura de forma eficaz.

Síntomas de que una persona está sufriendo un golpe de calor son el aumento de la frecuencia cardíaca, sed y sensación de malestar, calambres musculares, sudor frío, náusea y vómitos, cefalea, confusión y pérdida de conocimiento.

Qué debemos hacer:

- Retirar a la víctima del sol y tenderla en el suelo en un lugar fresco.
- Evitar que se acumule gente en el entorno de la víctima.
- Elevamos sus piernas para mejorar el riego sanguíneo a la cabeza.
- Aflojar la ropa del cuello y del tórax.
- Refrescar a la víctima abanicándola o aplicando compresas con agua fresca en la frente.
- Si la persona está consciente podemos darle agua o una bebida isotónica para que la beba a pequeños sorbos.
- Vigilamos sus constantes vitales y actuamos en consecuencia. Si no se recupera la consciencia alertamos al 112



Qué NO debemos hacer:

- Dar por boca agua o alimento si la víctima está inconsciente.





LAS QUEMADURAS

Las quemaduras son lesiones provocadas por un aumento local de la temperatura que produce daño en los tejidos. Este aumento local de temperatura suele venir producido por el contacto con un foco térmico (llama, etc.), pero también puede deberse a un agente químico o a una descarga eléctrica.

Qué debemos hacer:

- Si es posible, contener el foco del problema. Llevar a la persona afectada a un lugar seguro.
- Tranquilizar a la víctima y valorar la lesión. Retirar las ropas con cuidado sin tirar de ellas (si es preciso emplearemos una tijera). Retirar también pulseras, relojes, etc.
- Aplicar agua abundante durante varios minutos. Evitar el chorro directo del agua sobre la quemadura.
- Tras esto valorar la quemadura y la necesidad de trasladar a un centro sanitario.
- Cubrir la lesión con apósitos húmedos sin hacer presión sobre la herida.
- Tras la valoración se podrán efectuar curas de la lesión empleando agua jabonosa o suero y aplicando después una crema como Silvederma o Furacin. Cubrimos con un apósito y terminamos realizando un vendaje no compresivo

Qué NO debemos hacer:

- Aplicar remedios caseros como la pasta de dientes.
- Emplear hielo para rebajar la temperatura.
- Aplicar un apósito compresivo.
- Retirar las ropas que estén adheridas a la piel tirando de ellas.
- Eliminar ampollas.
- Aplicar pomadas u otros medicamentos antes de la valoración de la quemadura por un profesional sanitario.





ACCIDENTES ELÉCTRICOS

Un choque eléctrico es el paso de una corriente eléctrica por un organismo humano causando lesiones en éste.

Estos accidentes pueden provocar **diferentes tipos de lesiones y con una gravedad también variable:** quemaduras, espasmos musculares, lesiones musculo-esqueléticas o alteraciones del ritmo cardiaco.

Las quemaduras y lesiones provocadas por la electricidad pueden tener un aspecto menor en la superficie de la piel pero que el daño real que se ha dado en los tejidos internos, por ello en los accidentes eléctricos siempre es preciso una posterior evaluación médica para conocer el alcance de las lesiones. Estas quemaduras presentan bordes rugosos y de aspecto blanquecino con interior amarillo grisáceo.

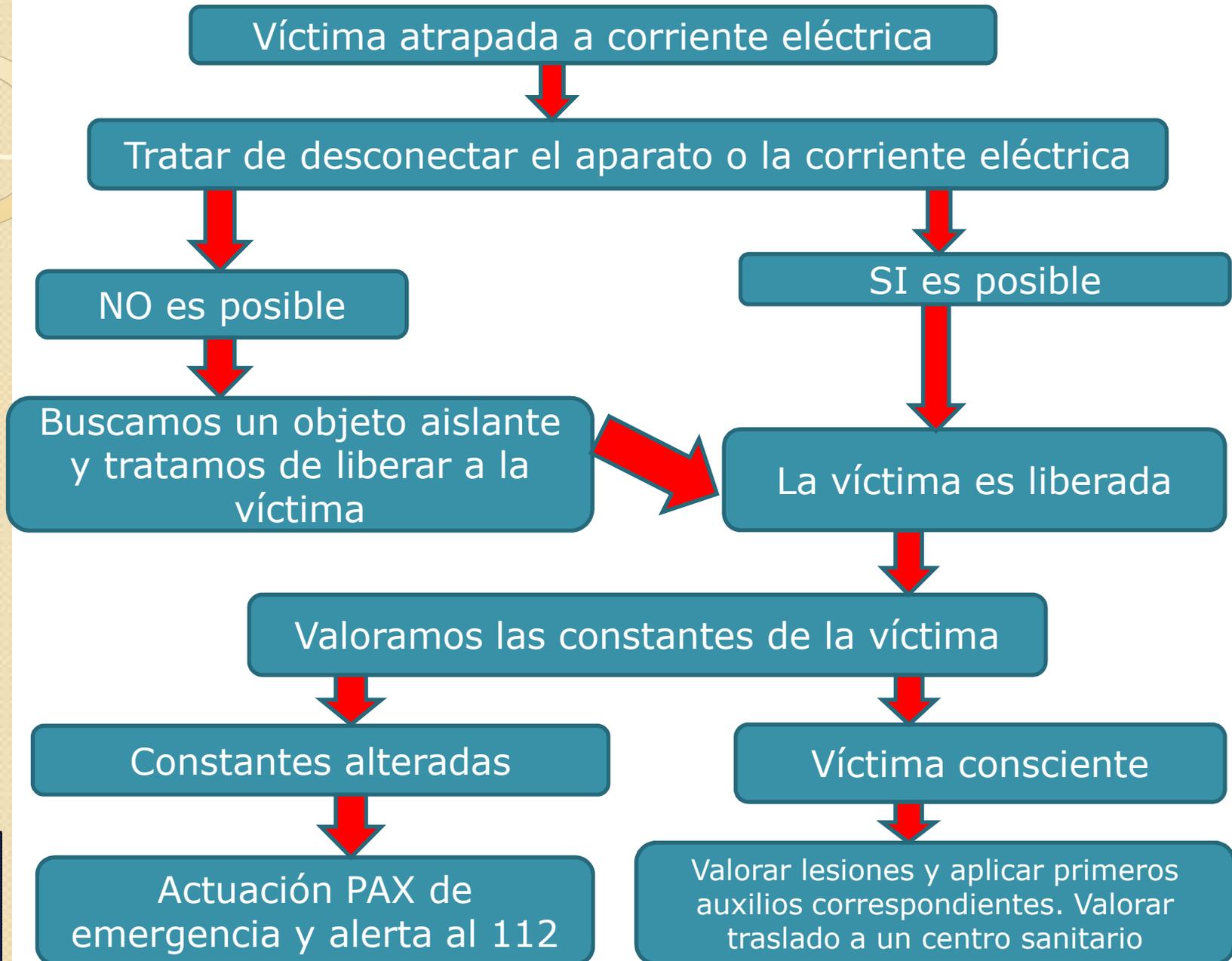
En los accidentes eléctricos tiene especial importancia **la seguridad del socorrista.**

Debemos asegurarnos de que al tocar a la víctima no sigue pasando la corriente eléctrica por su cuerpo para no sufrir nosotros también las consecuencias. Por ello deberemos cortar la corriente si es posible o separar a la víctima de la corriente estando correctamente aislados.





PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ACCIDENTES ELÉCTRICOS





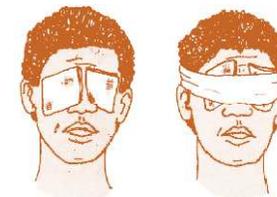
CUERPOS EXTRAÑOS



Cuerpo extraño es cualquier elemento ajeno al cuerpo que entra a éste, ya sea a través de la piel o por cualquier orificio natural como los ojos, nariz, garganta, impidiendo su normal funcionamiento. Quizá el caso más interesante sea cuando el cuerpo extraño afecta al ojo.

Qué debemos hacer:

- Tranquilizar a la víctima y observar si el lagrimeo y el parpadeo logran la eliminación del cuerpo extraño. Intentar que la persona no se toque el ojo.
- Si con ello no es suficiente pedimos a la persona que se sienta. Nos situamos detrás de ella y echamos su cabeza ligeramente hacia atrás del lado afectado. Con una de nuestras manos abrimos el ojo afectado y con la otra aplicamos un chorro fino de agua desde el lacrimal para tratar de lavar el ojo y arrastrar la partícula causante del problema. Lo ideal es disponer de una jeringa y suero fisiológico para realizar esta operación.
- Volvemos a valorar. Si el cuerpo extraño está accesible tratamos de retirarlo con una gasa.
- Si el cuerpo extraño está firmemente incrustado debemos cubrir ambos ojos con gasas estériles y fijar con un ligero vendaje circular. Después trasladamos a un centro sanitario.



Qué no debemos hacer:

- Aplicar colirios o ungüentos antes de que las lesiones sean valoradas por personal sanitario.
- No tratar de eliminar el cuerpo extraño si está firmemente alojado en el ojo.





INTOXICACIONES

Una **intoxicación** es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia que puede causar distintos tipos de lesiones o enfermedades y en ocasiones la muerte, cuando el organismo se halla expuesto a ésta.

Un **tóxico** es cualquier sustancia sólida, líquida o gaseosa que en una concentración determinada puede dañar a los seres vivos. El tóxico puede emplear diferentes **vías** para ingresar en el organismo, lo cual determina aspectos importantes a la hora de actuar:

- **Vía digestiva:** A través del tubo digestivo. Puede deberse a alimentos en mal estado, medicamentos. Bebidas alcohólicas o líquidos corrosivos. Es la vía más común y la de menor velocidad de penetración.
- **Vía respiratoria:** Se debe a la inhalación de gases tóxicos (CO₂, benceno, gas butano, etc.) o de partículas en suspensión (pinturas, barnices, etc.).
- **Vía tópica:** A través de la piel. Especial precaución con los más pequeños. Fármacos, cremas, tintes o herbicidas son algunos ejemplos.
- **Vía percutánea:** El tóxico atraviesa directamente la piel llegando al músculo o al torrente sanguíneo, por lo que es la vía de penetración más rápida. Inoculación del tóxico por picadura o mordedura o inyectado voluntaria o accidentalmente.





INTOXICACIONES

Vía de entrada del tóxico	Signos y síntomas característicos	Actuaciones concretas
Vía oral	Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si la víctima está consciente provocar el vómito. - En caso contrario, alertar al 112. Valorar constantes y actuar en consecuencia
Vía oral (agente corrosivo)	Enrojecimiento e inflamación en boca. Sensación de ardor	<ul style="list-style-type: none"> - No provocar nunca el vómito - Lavar labios y mucosas con abundante agua. - Traslado a un centro sanitario
Vía respiratoria	Irritación de nariz, tráquea y bronquios. Tos. Dificultad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> - Especial atención a la hora de ayudar a la víctima. - Primero, eliminar la fuente del gas o ventilar la estancia. - Traslado a un centro sanitario. Valorar constantes
Vía tópica	Erupción cutánea, ulceración de la piel	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar con abundante agua. - Retirar con cuidado las ropas impregnadas con el tóxico
Vía percutánea	Fiebre, escalofríos, debilidad, sudoración y signos locales como dolor, hinchazón	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar frío local. - Si la intoxicación parece grave, alertar al 112





CÓMO ACTUAR EN UNA INTOXICACIÓN

Siempre antes de actuar atenderemos a las recomendaciones generales, es decir, proteger y atajar en lo posible la fuente del tóxico, alertar y pedir consejo al 112 y valorar y estabilizar las constantes vitales de la víctima.

Al 112 debemos trasladar la siguiente **información**: qué **tipo de tóxico** ha causado el accidente, en qué **cantidad** estimamos que ha tenido contacto con la víctima, las **características** de ésta (es un niño, tiene alguna enfermedad de base, etc.), en qué **circunstancias** se ha dado el accidente y la **vía** por la que ha penetrado el tóxico.

También podemos consultar con el **Instituto Nacional de Toxicología (INT): 915620420**

Finalmente, tras las actuaciones oportunas, se valorará el traslado o la espera de los servicios médicos.

Como agente neutralizante se ha empleado tradicionalmente agua albuminosa (1 litro de agua + 6 claras de huevo) o leche, sin embargo también puede favorecer el vómito.

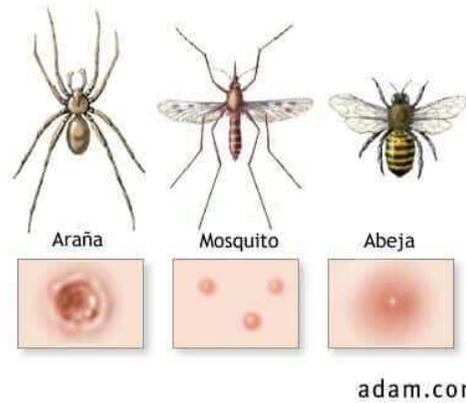
NO debemos administrar ningún remedio de este tipo hasta no ser debidamente informado por el INT o el 112.

Tampoco debemos emplear otro tipo de agentes ácidos o básicos sobre la piel para neutralizar sustancias químicas sin el debido consejo del 112 o del INT.





PICADURAS



Muchas veces se producen en nuestro entorno picaduras y mordeduras por parte de animales que pueden inocular distintos tipos de veneno y que, en la mayoría de los casos, no revisten ninguna gravedad a menos que las picaduras sean **múltiples** (enjambre de abejas), **afecten al interior de la boca o la persona sea alérgica**.

Las picaduras son heridas pequeñas y penetrantes ocasionadas por insectos, arañas, escorpiones y algunos seres marinos. Generalmente, son leves, produciendo inflamación, enrojecimiento y prurito de la zona lesionada.





PICADURAS

Qué debemos hacer:

- Lavar bien la zona con agua fresca.
- Si el agujón ha quedado adherido en la herida, lo extraeremos utilizando unas pinzas desinfectadas.
- Aplicar una compresa encima de la picadura con amoniaco rebajado, vinagre o hielo. También podemos aplicar frío local.

Qué NO debemos hacer:

- Aplicar remedios caseros como barro, saliva u otros que puedan infectar la herida.
- Dejar que la persona rasque o frote la zona afectada.

Si tras una picadura observas que la víctima presenta síntomas como notable inflamación de la zona afectada, ansiedad, aceleración del ritmo respiratorio y cardiaco, etc.

¡ATENCIÓN! Te encuentras ante una situación de emergencia, un shock anafiláctico. Pide ayuda inmediatamente al 112 y valora el traslado a un centro sanitario.

Si las constantes de la víctima se ven afectadas actúa en consecuencia.

