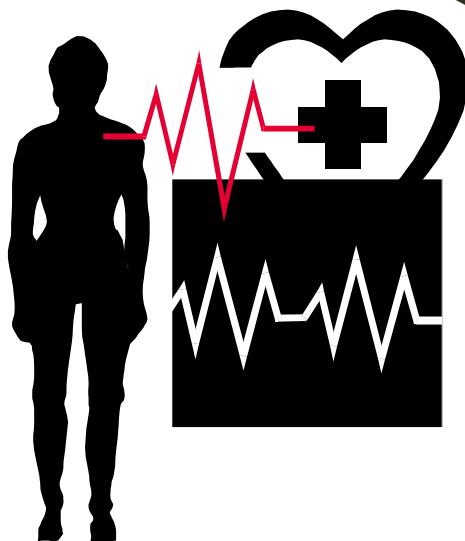


ES MEJOR ESTAR EN
TIERRA QUERIENDO
VOLAR, QUE ESTAR
VOLANDO Y QUERER
ESTAR EN TIERRA

GUIA de PRIMEROS AUXILIOS



INDICE

* INTRODUCCION	3
* REANIMACION CARDIOPULMONAR	5
• <i>CONTROL DE LAS VIAS AEREAS</i>	5
• <i>SOPORTE RESPIRATORIO</i>	7
• <i>SOPORTE CIRCULATORIO</i>	8
* ESTADOS DE CHOQUE	11
• <i>POSTURA ANTICHOQUE</i>	12
• <i>POSTURA LATERAL DE SEGURIDAD</i>	14
* HEMORRAGIAS	16
* PUNTOS DE COMPRESION	18
* HERIDAS	20
* FRACTURAS	22
• <i>DE PELVIS Y EXTREMIDADES INFERIORES: FEMUR, PIERNA, ROTULA Y PIE</i>	24
• <i>DE CLAVICULA Y EXTREMIDAD SUPERIOR: BRAZO, MANOS Y DEDOS</i>	26
• <i>DE LA COLUMNA VERTEBRAL</i>	28
• <i>DE LAS COSTILLAS Y EL ESTERNON Y NEUMOTORAX</i>	29
• <i>DE CRANEO Y FACIAL</i>	30
* QUEMADURAS	31
* EFFECTOS DEL CALOR Y EL FRIO	34
• <i>CALAMBRES PRODUCIDOS POR EL CALOR</i>	34
• <i>AGOTAMIENTO PRODUCIDOS POR EL CALOR</i>	34
• <i>GOLPE DE CALOR (INSOLACION)</i>	34
• <i>ENFRIAMIENTO GENERAL</i>	35
• <i>CONGELACIONES</i>	35
* ELECTROCUCION – DESCARGA ELECTRICA	36
* APOSITOS Y VENDAJES	38
* LESIONES POR APLASTAMIENTO	40
* TRAUMATISMOS MECANICOS	41
* ESGUINCES Y LUXACIONES	42
* TRASLADO DE HERIDOS	44
* MATERIAL DE PRIMEROS AUXILIOS	46
* TELEFONOS DE URGENCIA	47

INTRODUCCION

1 INTRODUCCIÓN

El estado y la evolución de las lesiones derivadas de un accidente dependen, en gran medida de la calidad y de la rapidez de los primeros auxilios recibidos.

Se entiende por primeros auxilios el conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de un accidentado, hasta que llega la asistencia médica profesional, a fin de que las lesiones que ha sufrido no empeoren.

2 ACTUACIÓN DEL SOCORRISTA

El socorrista debe tener idea clara de su actuación en lo que siempre debe hacer, para alertar y para actuar con rapidez. De ello depende salvar vidas o reducir los daños y sufrimientos de las personas accidentadas. He aquí una lista de esos principios básicos generales.

2.1 *Qué hacer*

- Mantenerse sereno, pero actuar rápidamente
- Tranquilizar al accidentado
- Mantenerlo caliente
- Ponerle en la postura y condiciones adecuadas
- Procurar la atención médica lo antes posible
- Antes de actuar, pensar y evaluar la situación
- Examinar detenidamente al accidentado
- Cuidar al extremo el manejo del accidentado
- Empezar por lo más urgente (tabla de prioridades)

A estos puntos de socorrismo habría que añadir otros, ya que estamos hablando de ambiente laboral. Estos puntos, de máximo interés, son:

- Conocer los riesgos de cada puesto de trabajo.
- Conocer y utilizar todos los medios de protección, individual o colectiva, de que disponemos, saber a dónde hay que dirigirse con el accidentado.
- Saber el medio de transporte de que disponemos en caso de urgencia (Teléfono 112)

2.2 *Qué no hacer*

- No dejar actuar a curiosos e interencionistas.
- No mover al accidentado hasta que se le examine.
- No darle de beber. Cuando el herido esté inconsciente o semiconsciente.
- No hacer más de lo necesario. Jamás tratar de sustituir la función de un médico o técnico sanitario. Se deberá procurar lo antes posible su asistencia pero nunca ejercer sus funciones.
- No abandonar al herido.
- No administrar medicamentos.

INTRODUCCION

3- PRIORIDADES EN LA ACTUACION

1. HEMORRAGIAS

Si no controlamos las hemorragias los tejidos dejan de recibir oxígeno. Es importante tratar antes las hemorragias que la reanimación cardiopulmonar ya que aunque metamos oxígeno y al bombear la sangre, si la hemorragia no está controlada la sacamos fuera del cuerpo.

2. R.C.P.

Es muy importante que no transcurra mucho tiempo desde la parada cardiorespiratoria ya que el cerebro a los 5 minutos queda dañado irreversiblemente. El control de las vías aéreas es vital ya que si no eliminamos la obstrucción no pasa el aire y por lo tanto sin oxígeno el bombeo de sangre es incompleto.

3. FRACTURAS SI SU CONSIDERACION ES DE “MUY IMPORTANTE”:

Fracturas abiertas con grandes hemorragias.

4. ESTADO DE CHOQUE

Producidos por falta de oxigenación se derivan de hemorragias, electrocución, envenenamientos, traumatismo mecánicos, etc.

5. FRACTURAS

Poner especial atención en la inmovilización de la zona afectada y del posible estado de choque.

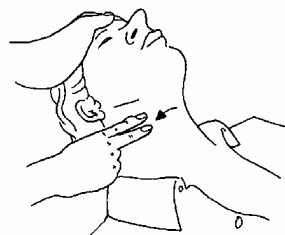
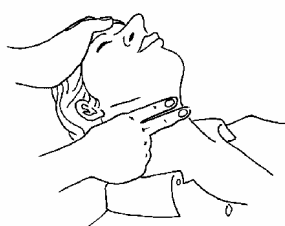
6. QUEMADURAS, CONGELACIONES, HERIDAS, ETC.

7. NO COMER NI DAR DE BEBER NADA SALVO INSTRUCCIÓN ESPECIFICA

4- ESTADO GENERAL DEL ACCIDENTADO

Lo primero que hay que hacer es examinar al herido. Debemos en primer lugar, apreciar su ESTADO GENERAL.

- Si está consciente, pregúntale que ha pasado, infórmate de lo ocurrido pero sin agobiarle.
- Si no está consciente: Comprobar que tiene pulso y respira. En caso contrario practicaremos la reanimación cardio – pulmonar (excepto si hay hemorragia que habrá que tratarla primero). Si hay testigos ellos te orientarán sobre lo ocurrido. Si el herido se encuentra sólo, observa alrededor en busca de pistas de caídas, resbalones, etc.



REANIMACION CARDIOPULMONAR

FASE A: CONTROL DE LA VIA AEREA

La interrupción en la llegada de oxígeno al organismo puede producir lesiones irreversibles incluso la muerte. Las CAUSAS más frecuentes de OBSTRUCCION son: vómitos, sangre, comida, cuerpos extraños y pérdida del conocimiento (obstrucción por la lengua).

MEDIDAS DE CONTROL UTILIZADAS EN EL CONTROL DE LAS VIAS AEREAS

Limpieza manual de la boca: Debemos asegurarnos que no tiene “algo” en la boca que le obstruya la respiración. Leladearemos la cabeza para evitar la caída hacia atrás de los objetos obstruores. Le abriremos la boca le sacaremos el objeto obstructor.

Hiperextensión del cuello: Normalmente, cuando alguien se queda inconsciente, la lengua se va hacia atrás y se obstruyen las vías respiratorias. La extensión del cuello provoca la apertura natural de las vías aéreas. Coloque una mano detrás del cuello y la otra en la frente. Con la del cuello estire hacia arriba y con la otra eche la cabeza hacia atrás. De esta manera se abren las vías respiratorias.

Triple maniobra de la vía aérea: maniobra combinada de inmovilización de cuello, elevación de la mandíbula y apertura de la boca.

Incline la cabeza ligeramente hacia atrás si no hay sospecha de lesión de columna vertebral.

Agarre la mandíbula con el dedo corazón e índice y tire hacia debajo de manera que los dientes inferiores sobresalgan sobre la fila de los superiores. Con esto desplazamos la lengua hacia delante.

Apoye los dedos pulgares en el mentón y abra la boca

Comprobación de la respiración.

* **Si existe obstrucción:**

Golpes en la espalda sólo para bebés y niños pequeños (son manejables): se le sostiene con un brazo boca abajo. Se dan de 4-6 golpes entre la columna vertebral y los homoplatos con el canto de la muñeca pero con muy poca fuerza

Compresiones abdominales: se intenta desplazar el diafragma para contraer los pulmones y provocar una fuerte salida de aire. La presión se debe realizar sobre el abdomen en la línea media entre el ombligo y la punta del esternón. No se realiza a: embarazadas, lactantes y personas muy obesas.

Si está consciente: Las compresiones se harán con el puño de una mano, apoyando el pulgar contra el abdomen y sujetando el puño con la otra mano. Las compresiones deben ser bruscas y dirigidas hacia arriba y atrás en serie de 4-6. Hay que hundir el puño en el abdomen.

Si está inconsciente: con el paciente tumbado boca arriba las compresiones se harán con el canto de la muñeca en el mismo sitio. Los brazos hay que mantenerlos estirados. Si es un niño (de 4-12 años) solo haremos la compresión con un brazo.

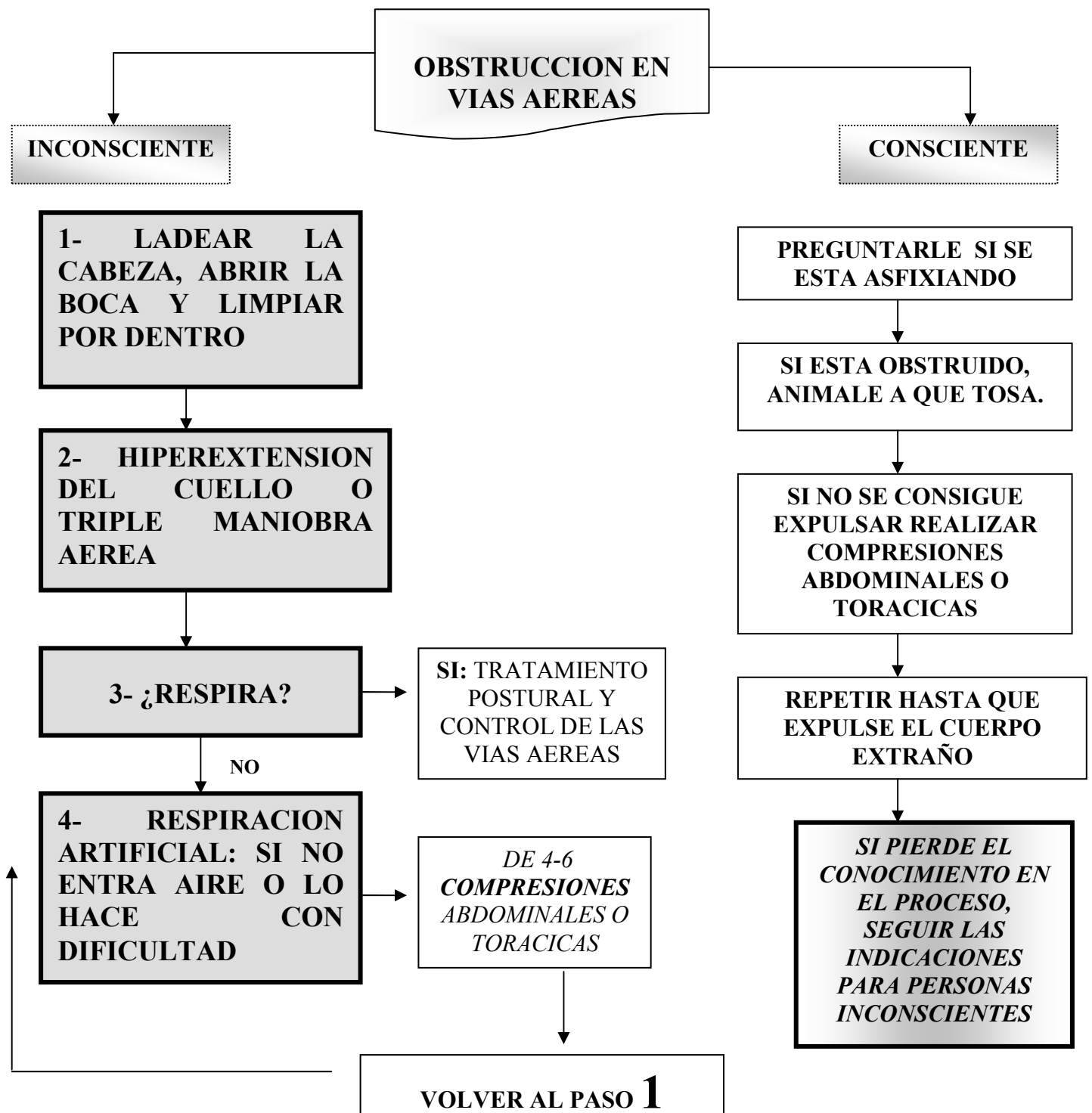
Compresiones torácicas: realizar a las excepciones para la compresión abdominal (embarazadas, lactantes y personas muy obesas).

Si está consciente: colócate detrás de él y rodéale con los brazos. Coloca el puño cerrado sobre el tórax del paciente a unos dos dedos de la punta del esternón. Sujeta el puño con la otra mano y realiza 4-6 compresiones rápidas hundiendo el esternón hacia la columna.

Si está inconsciente: con el afectado boca arriba, coloca el canto de la muñeca, 2 dedos por encima de la punta del esternón y la otra mano encima. Apoya los brazos estirados dejándolos verticales y haz de 4-6.

Cuando el paciente es un bebe o un niño pequeño: localiza la mitad inferior del esternón (bajo la línea de los pezones) y comprime con los dedos índice y corazón de 4-6 veces seguidas en sentido vertical y con rapidez.

REANIMACION CARDIOPULMONAR



REANIMACION CARDIOPULMONAR

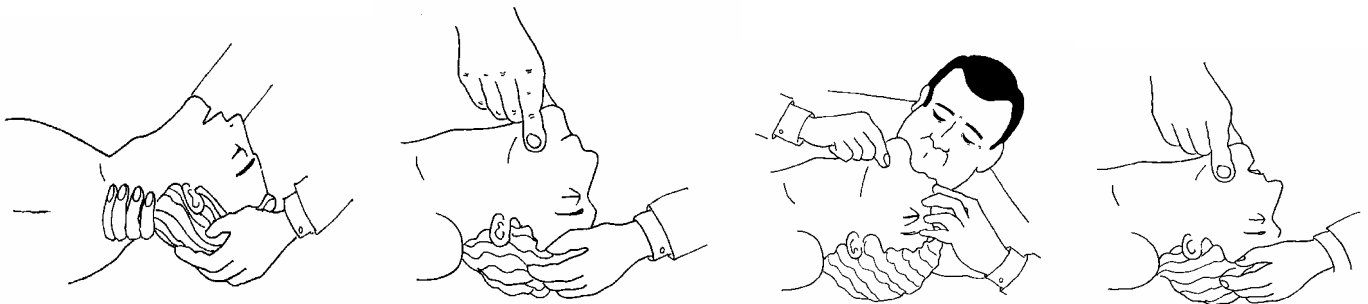
FASE B - SOPORTE RESPIRATORIO

El soporte respiratorio sólo se realiza después de haber realizado un perfecto control de las vías aéreas, sin excepción.

FASES COMUNES A TODAS LAS TECNICAS

Si el paciente no respira, meteremos aire en sus pulmones:

- Asegurate de que el conducto esta abierto al paso de aire, abarca bien la zona de aplicación para que no se escape el aire. Introdúzca aire en las vías aéreas del paciente. Tener en cuenta que hay que hacerlo de manera suave durante 1-2 segundos
- Se recomienda empezar la reanimación con 4 insuflaciones rápidas para abrir los pulmones.
- Si no entra aire o lo hace con dificultad las vías están obstruidas, actuar en consecuencia.
- Una vez metido el aire, retírate y aparte la cabeza.
- Adapta la insuflación a tu propio ritmo de respiración manteniendo el nº de insuflaciones.
- Mantener siempre la hiperextensión de la cabeza.
- Apartarnos de la boca o abrirla para favorecer la salida de aire.



- Comprueba el pulso carotideo y actúa en consecuencia.
- Si el paciente presenta pulso, nos limitaremos a la reanimación respiratoria con la siguiente frecuencia:

Adultos	30	compresiones torácicas	-	2	insuflaciones con fuerza normal
Niños	15	“	“	-	“ “ menos fuerza
Lactantes	15	“	“	-	“ solo con aire de la boca

TECNICA DE LA VENTILACION BOCA A BOCA

Cierre la nariz con dos dedos y aplique la boca de manera que cubra la del afectado.

TECNICA DE VENTILACION BOCA A NARIZ

Se emplea cuando no podemos abrir la boca del paciente (fracturas, higiene, etc.).

- Cierra la boca, sujeta la mandíbula contra los dientes superiores y sella la boca con el dedo pulgar.
- Abrir la boca del paciente en cada espiración para favorecer la salida del aire.

TECNICA DE VENTILACION BOCA A BOCA-NARIZ:

Esta técnica se emplea en lactantes y niños de edad inferior a 4 años. Debido a su pequeño tamaño los orificios nasales y la boca se encuentran muy juntos por lo que es más fácil abarcarlos juntos.

PACIENTES CON LARINGUECTOMIA (OPERACION DE CANCER DE GARGANTA)

Insufla directamente por el orificio del cuello. No hace falta la hiperextensión.

REANIMACION CARDIOPULMONAR

FASE C - SOPORTE CIRCULATORIO (DETENCION: PARADA CARDIACA)

RECONOCIMIENTO DE LA PARADA CARDIACA

Se detiene el bombeo de sangre y con ello la llegada de oxígeno a los tejidos. La causa más frecuente de parada cardíaca es el infarto de miocardio

SINTOMAS:

- Infarto de miocardio: caracterizado por un dolor muy intenso en el pecho a nivel del corazón (durante más de 5 minutos) y que se extiende al brazo izquierdo, espalda y cuello. Puede llegar incluso a la pérdida de conocimiento y caída al suelo o muerte inmediata si el infarto ha sido fulminante.
- **No hay pulso: en lactantes y niños pequeños es mejor palpar el pulso de la arteria femoral que el pulso carotídeo ya que podemos aplastar la vía aérea.**
- Pupilas dilatadas: señal clara de lesión cerebral. Aparece pasados unos minutos después de la parada.

Nunca trataremos de realizar el masaje a alguien con el pulso débil o irregular. Podemos provocarle la parada cardíaca nosotros mismos.

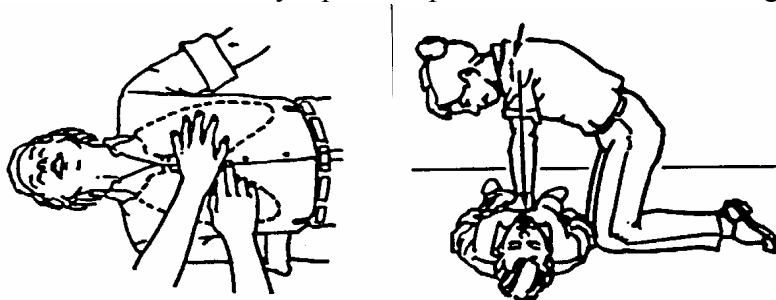
Colocar el paciente tumbado boca arriba y comprobar el pulso.

Si tiene pulso hacer control de vías aéreas y en su caso reanimación respiratoria.

Si no tiene pulso pasar a reanimación cardíaca

TECNICA DEL MASAJE CARDIACO EN ADULTOS Y NIÑOS GRANDES

- Localizar la punta del esternón. Colocar los dedos sobre el extremo inferior del esternón (4 cm. aproximadamente de la punta del esternón).
- Coloca el canto de la muñeca sobre la línea del esternón y la otra mano encima.
- Haz compresiones bruscas y verticales desplazando el esternón en dirección a la columna vertebral. El esternón debe hundirse unos 4-5 cm. Los brazos deben estar totalmente estirados y nos ayudamos dejando caer el cuerpo en posición vertical.
- Una vez comprimido el esternón deja de comprimir para que recupere su posición inicial pero sin levantar las manos ya que perderías el punto de referencia para hacer las compresiones.
- Con adultos utilizar las dos manos y con niños grandes sólo una mano.
- La frecuencia normal es de 80-100 compresiones por minuto. Nunca interrumpa más de unos segundos la RCP externa ya que solo provoca la circulación sanguínea al límite mínimo.



MASAJE CARDIACO EN NIÑOS PEQUEÑOS Y LACTANTES.

- Punto de compresión: dividir el esternón en dos mitades y comprimir en la mitad inferior.
- Utilizar los dedos índice y corazón para realizar la compresión.
- Compresión en sentido vertical de 100-120 por minuto.

REANIMACION CARDIOPULMONAR

REANIMACION CARDIOPULMONAR COMPLETA (RCP)

1- RCP POR UN SOLO REANIMADOR

A- COMPROBAR LA CONSCIENCIA

- Si está consciente pregúntale por su estado, etc.
- Si está inconsciente agítale el hombro y habla en voz alta para ver si reacciona.

B- COMPROBAR LA RESPIRACIÓN

- Si respira y está inconsciente colócalo en Postura Lateral de Seguridad, si está consciente y no hay contraindicación colócalo semisentado.
- Si no respira trata de diferenciar si se trata de una obstrucción o de una parada respiratoria.
Obstrucción: si el paciente está consciente hay alteraciones en el habla, en la capacidad de respirar, etc. Si el paciente está inconsciente hay gran dificultad para introducir aire al realizar la respiración artificial. Actuar en consecuencia.
Parada respiratoria: cuando una persona está consciente y deja de respirar pierde el conocimiento en poco tiempo. Al tratar de introducir aire en sus pulmones **no** encontramos resistencia o signos de obstrucción. Se trata de parada y no de obstrucción.

C- COMPROBAR EL PULSO

- Si tiene pulso controlamos las vías aéreas y reanimación respiratoria en su caso.
- Si no tiene pulso: 2 insuflaciones y conjunto de compresión cardiaca y respiración de 30-2
- Controlar cada 3-5 minutos el estado del paciente y reiniciar desde la fase B.

2- RCP CON DOS REANIMADORES

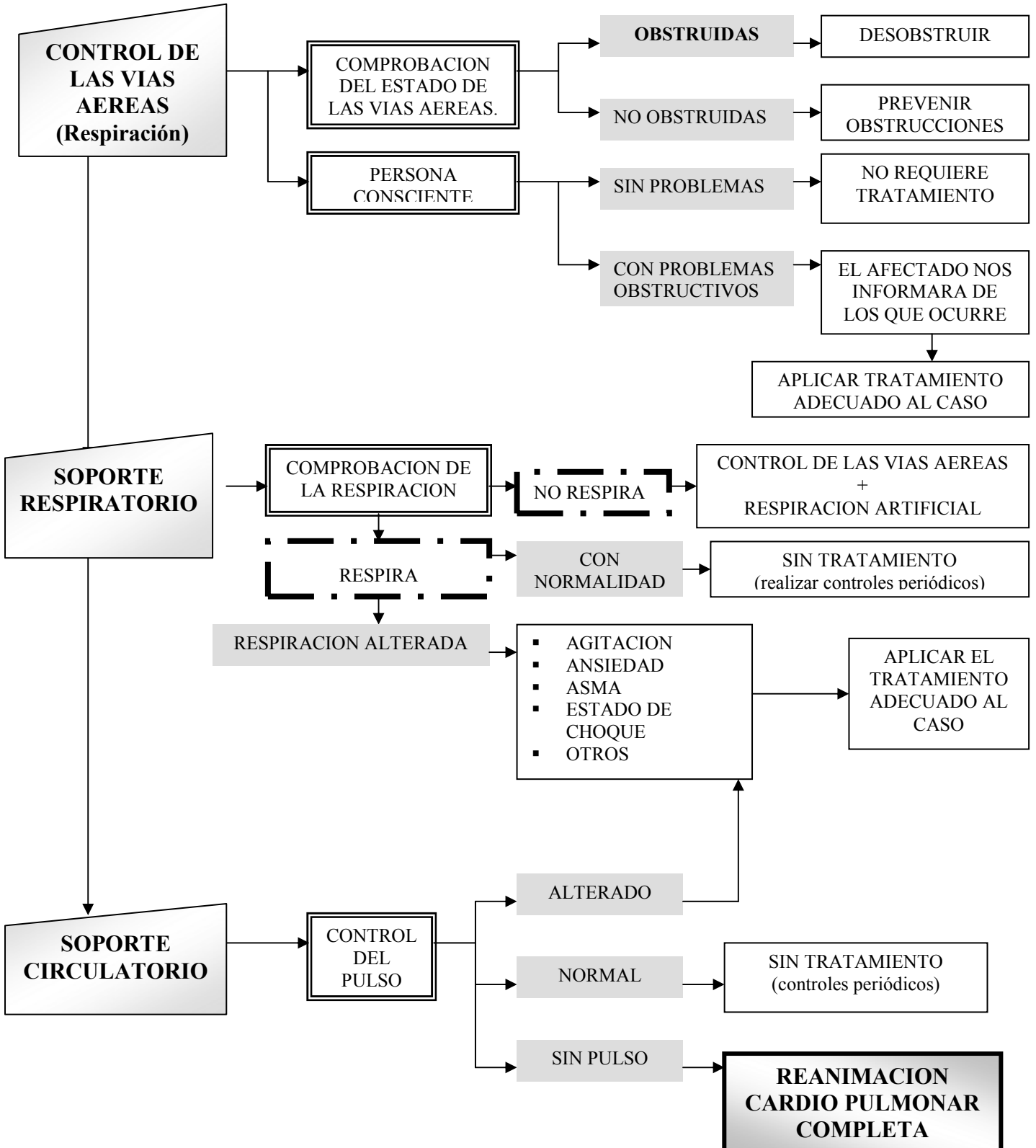
- Socorrista 1: realiza las comprobaciones de control de vías aéreas, respiración y pulso. Tratará todos los problemas que encuentre, salvo en la RCP total que el 2º socorrista colabora.
- Socorrista 2: está a la espera de lo que el socorrista 1 le comunique. Se colocará al lado opuesto del socorrista 1 preparado para la reanimación cardiaca. Si esto se produce el socorrista 2 dice en voz alta las compresiones para que el socorrista 1 sepa cuando tiene que meter aire (contará 1001, 1002, 1003 para no acelerarse y llevar un ritmo regular)
- La relación de compresión-insuflación es de 30-2.
- La secuencia es la siguiente:
Socorrista 1: Control de las vías aéreas.
“No respira”-2 insuflaciones rápidas
“No tiene pulso”
Socorrista 2: localiza punto de compresión y 30 compresiones cardiacas (1001, 1002, 1003, 100x)
Socorrista 1: 2 insuflaciones
- Control del estado cada 3-5 minutos y reiniciar desde la fase B.

3- RCP EN LACTANTES

- La relación compresión - insuflación para 1 ó 2 socorristas es de 15-2.
- Si hay obstrucción de las vías aéreas, ponemos al bebe boca abajo en el brazo para golpear la espalda.
- Comenzar con 2 insuflaciones lentas y con series de 20 veces/minuto y sólo con el aire de la boca.
- La comprobación del pulso se hace en la arteria femoral y no en la carotida (cuello)
- Las compresiones se realizan en la mitad inferior del esternón y con el dedo índice y corazón.
- La fuerza de la compresión es menor y la frecuencia mayor (120 veces por minuto)

REANIMACION CARDIOPULMONAR

REANIMACION CARDIO PULMONAR



ESTADOS DE CHOQUE

El estado de choque constituye una importante alteración del equilibrio interno del organismo caracterizado por un insuficiente suministro de oxígeno. Es un trastorno complejo que puede incluso llevar a la muerte.

CONCEPTO:

Insuficiente oxigenación de las células de los órganos y tejidos del organismo. Se caracteriza por:

- ⊗ Posibilidad de llegar a él por causas muy diferentes.
- ⊗ Tiene tendencia a progresar.
- ⊗ Presenta síntomas comunes en todos los casos, salvo alguna variante.
- ⊗ Siempre se ponen en marcha mecanismos compensadores que pueden ser contraproducentes.

SINTOMAS

- Palidez y piel fría
- Debilidad muscular general
- Pulso rápido y débil
- Vómitos y náuseas
- Coloración azulada de la piel
- Respiración superficial y rápida
- Escalofríos y temblores
- Pupilas dilatadas y ojos hundidos
- Sed y nerviosismo

FASES 1. PRECHOQUE 2. PROGRESIVA 3. IRREVERSIBLE (se deberá mantener el tratamiento)

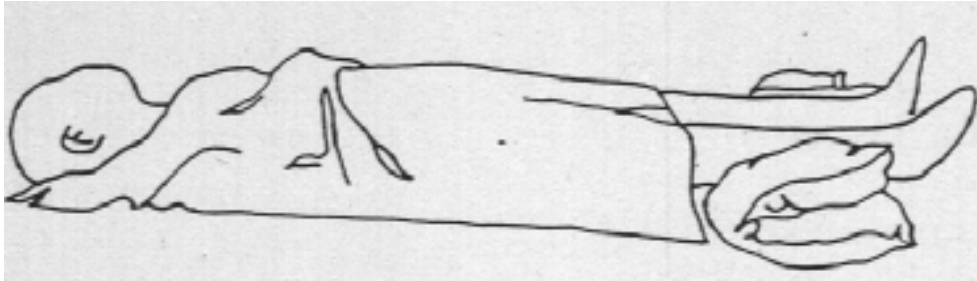
TRATAMIENTO

- ✓ Si se trata y controla el estado de choque hay grandes posibilidades de supervivencia. El tratamiento ha de ser precoz.
- ✓ Controlar las hemorragias. Es prioritario sobre cualquier otro tratamiento (ver tema de hemorragias).
- ✓ Realizar las operaciones de Reanimación Cardio-Pulmonar y comprobar cada 3-5 minutos, deduciremos su evolución.
- ✓ Tratar patologías asociadas: fracturas, quemaduras, etc. Éstas pueden ser el origen del estado de choque.
- ✓ Mantenga acostado al paciente. Con ello se repartirá mejor la sangre por todo el cuerpo.
- ✓ Eleve las piernas al paciente por encima del plano de la cabeza: llegará mejor la sangre al corazón. No es recomendable inclinar todo el cuerpo hacia atrás, porque la presión del diafragma puede causar presión en los pulmones dificultando la respiración. EXCEPCIONES: lesiones de cabeza o de tórax; la postura adecuada es de semisentado. Ante la duda dejar en posición completamente tumbado.
- ✓ Evite los movimientos bruscos: mueva al afectado lo menos posible.
- ✓ Evite la pérdida de calor corporal: aíslelo del suelo con una manta y coloque otra por encima. Evite sobrecalentarlo.
- ✓ No dar de comer ni de beber a politraumatizados o personas inconscientes.
- ✓ Avise al servicio de urgencias

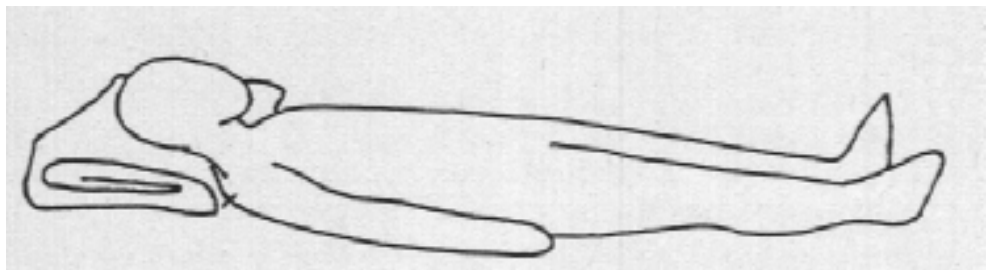
ESTADOS DE CHOQUE

COLOCACION DE UN PACIENTE EN POSTURA DE ANTICHOQUE

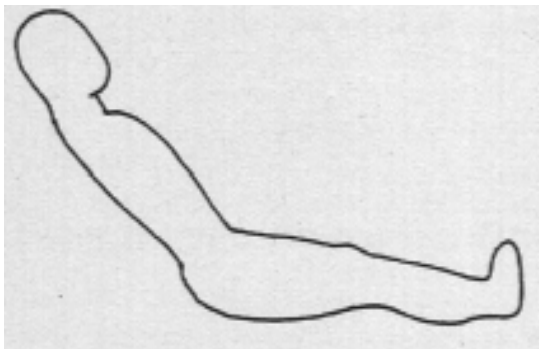
POSTURA ANTICHOQUE PARA AFECTADOS SIN LESION EN LA CABEZA



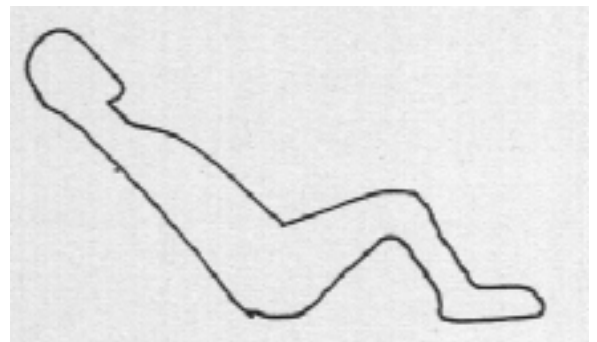
POSTURA ANTICHOQUE PARA AFECTADOS CON LESION EN LA CABEZA



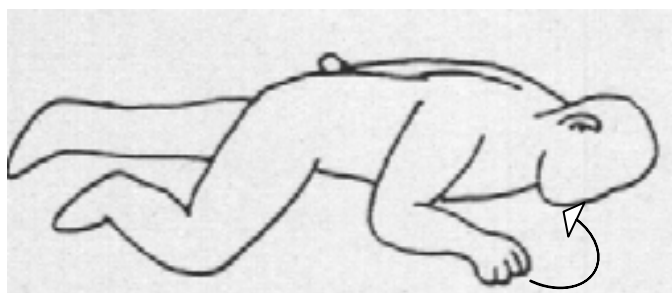
POSTURA CUANDO HAY LESIONES TORACICAS O PROBLEMAS RESPIRATORIOS
Con inconscientes postura lateral de seguridad sobre el lado lesionado.



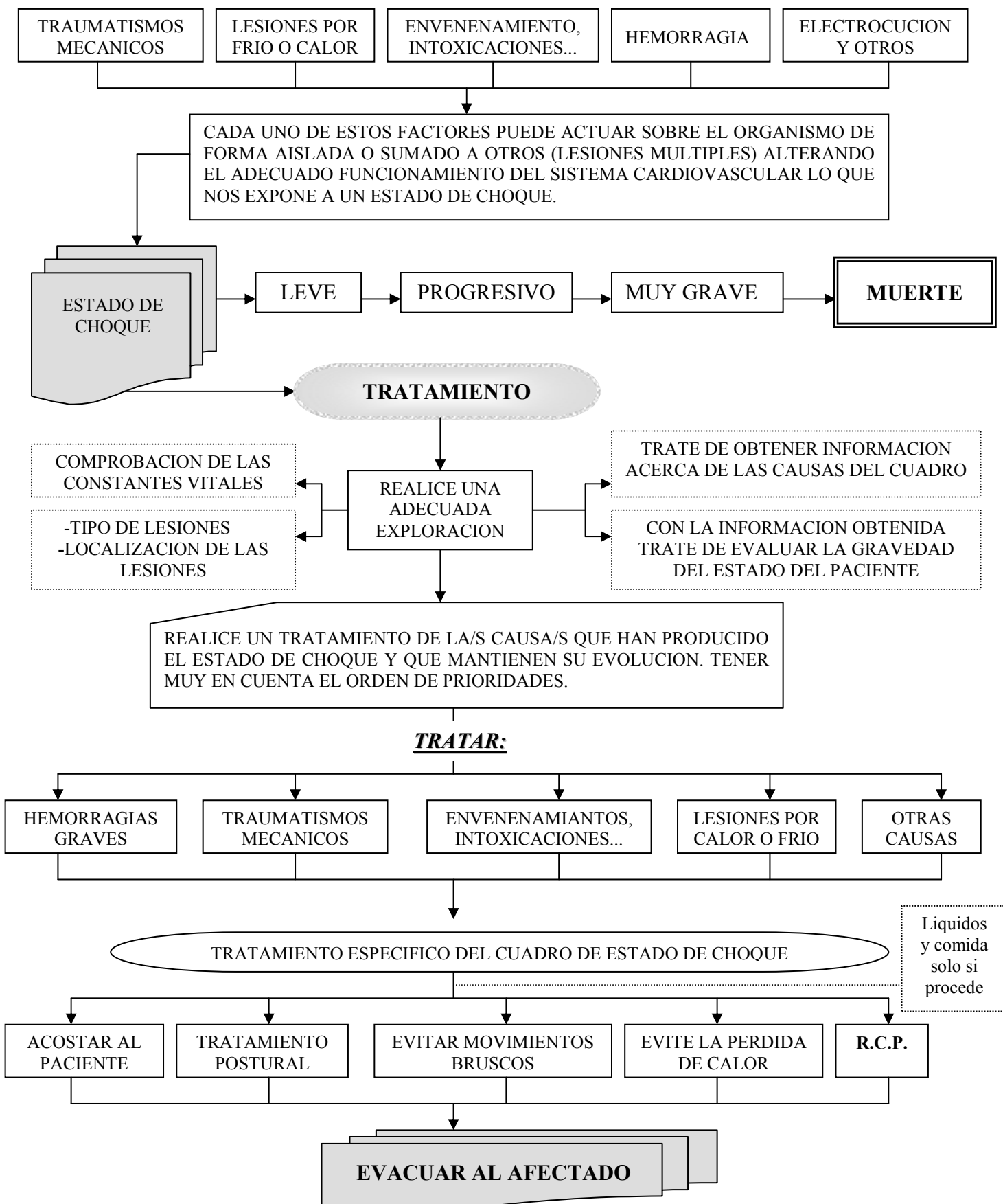
POSTURA CUANDO HAY LESIONES CON PROBLEMAS ABDOMINALES
Si están inconscientes en postura lateral de seguridad



POSTURA LATERAL DE SEGURIDAD



ESTADOS DE CHOQUE



POSTURA LATERAL DE SEGURIDAD

1- Colócate junto al paciente y abre las vías aéreas.

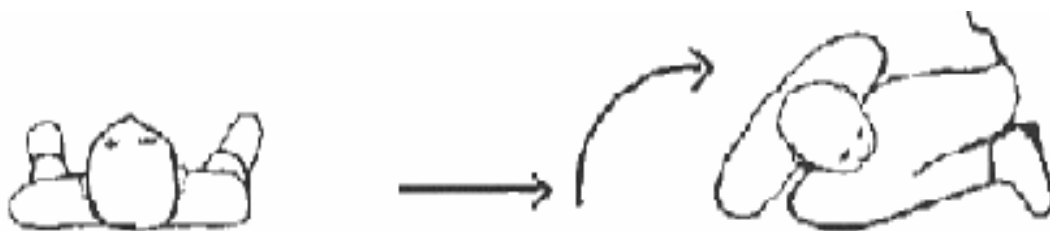


2- Coloca el brazo del paciente más próximo a ti, estirado de forma paralela al cuerpo y con la mano bajo el muslo del mismo lado. El brazo del otro lado se deberá dejar cruzado sobre el pecho.

3- Coloca la pierna del otro lado flexionada y alineada de forma paralela a la otra.



4- Sujeta al paciente del hombro y cadera del lado opuesto y tira de él hacia ti, girándolo y dejándolo apoyado contra sus muslos. El paciente se gira sobre el brazo de la posición "2", que impide que se gire hacia atrás (comprobar que está bien colocado moviéndole levemente).



5- Con el paciente apoyado contra ti, coloca la cabeza del paciente en hiperextensión.

POSTURA LATERAL DE SEGURIDAD

6- Coge el brazo cruzado del pecho y colócalo con el codo apoyado contra el suelo y la palma de la mano bajo la cara, dejando la boca inclinada hacia abajo. Este brazo sostendrá la parte superior del cuerpo.



7- Toma la pierna del mismo lado que el brazo anterior y colócala con la rodilla flexionada apoyada contra el suelo y con el empeine apoyado contra la rodilla de la pierna opuesta. Sostendrá la parte inferior del cuerpo.

HEMORRAGIAS

La hemorragia es la salida de sangre fuera del aparato circulatorio.

CLASIFICACION DE LAS HEMORRAGIAS:

- HEMORRAGIAS EXTERNAS: la salida de la sangre se produce al exterior de forma directa.
- HEMORRAGIAS INTERNAS: el sangrado se produce dentro del cuerpo, se distinguen:
 - a) **La sangre sale al exterior POR CAVIDADES NATURALES:**
 - Sangre del aparato digestivo que sale a través de: la boca con vómitos, (HEMATEMESIS), por el ano (RECTORRAGIAS), por la tos (HEMOPTISIS)
 - Sangre por el oído (OTORRAGIA). La importancia se da a que la sangre quede acumulada comprimiendo el cerebro y ocasionando la muerte. Hay que favorecer la salida de la sangre, volviendo la cabeza de modo que el oído que sangra quede hacia abajo.
 - b) **La sangre pasa a CAVIDADES NO COMUNICADAS CON EL EXTERIOR:**
 - En cavidades naturales como tórax, abdomen, articulaciones, etc.
 - En cavidades no naturales dando lugar a hematomas (ver tema de contusiones).

SEGÚN SU ORIGEN

- HEMORRAGIA ARTERIAL: La sangre tiene color rojo brillante, sale intermitente y con fuerza, coincidiendo con el pulso. Debido a la fuerza con la que es bombeada, son más difíciles de controlar y por lo tanto más graves.
-
- HEMORRAGIA VENOSA: La sangre tiene un color rojo oscuro y sale sin fuerza, como babeante y de forma continua.

EFFECTOS DE LAS HEMORRAGIAS:

- El organismo tiene una falta de oxígeno
- Al disminuir la cantidad de sangre, disminuye la presión arterial (la velocidad de la sangre)
- El organismo redistribuye la sangre a los órganos vitales sacrificando la irrigación de otros.

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS INTERNAS

Se sospecha una hemorragia interna cuando el afectado tiene síntomas de “estado de choque” aunque no haya lesión evidente o sangre visible.

- No le de ni comida ni bebida
- Si la hemorragia es en una extremidad realice un vendaje compresivo.
- Colocar en Postura antichoque.
- Tome muestras de cualquier sustancia expulsada o vomitada por el paciente y lleve con el paciente al hospital para que lo analicen.
- Avise a la ambulancia para su evacuación.

HEMORRAGIAS

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS EXTERNAS

El tratamiento de las hemorragias tiene prioridad sobre cualquier otra maniobra de reanimación.

Orden en el tratamiento:

1. Presión directa sobre la herida.

Presión con gasa, pañuelos o similares que estén estériles o por lo menos limpios, para evitar infecciones. Nunca usaremos algodón o similares que dejen pelusas y dificulten el cierre. Si la hemorragia es importante podemos presionar con los dedos o con la mano. Mantendremos la presión de 10 a 30 minutos firmemente hasta que deje de sangrar.

Si se empapan los apósitos, pondremos otros encima y nunca quitaremos los anteriores.

2. Elevación del miembro afectado.

Disminuye la llegada de sangre por el efecto de gravedad y se reduce la hemorragia.

3. Vendaje compresivo a nivel de la herida.

Debemos asegurarnos de mantener la compresión para prevenir posteriores sangrados. Colocar sobre los apósitos una capa de algodón o pañuelos de 10-14 cm y mediante vendaje reduciendo el grosor a la mitad de manera que compriman de forma continua pero sin cortar la circulación. Si la hemorragia continúa coloca más apósitos y vendaje compresivo.

4. Compresión manual de un “punto de compresión”.

En los puntos de compresión se localizan arterias principales que se comprimen contra el hueso más próximo (es una alternativa a la compresión directa de la herida en el caso de fracturas óseas).

Ver puntos de compresión en la página siguiente.

5. Vendaje compresivo en el “punto de compresión”.

Realizar el vendaje compresivo del punto 3 pero actuando sobre la arteria principal más próxima.

6. Torniquete.

Es el último recurso para el tratamiento de las hemorragias. Es el más efectivo de todos los métodos pero también el más peligroso ya que se interrumpe completamente la circulación sanguínea y el miembro afectado puede morir y tener que amputarse.

Seleccione el punto de compresión más adecuado para el brazo o la pierna y colóquelo siempre en el brazo o el muslo ya que el hueso favorece la compresión:

- Coloque un apósito abultado (10-14 cm) sobre la arteria seleccionada.
- Rodee el apósito con un cinta ancha de tela y anúdela sobre el apósito
- Coloque un objeto resistente y alargado sobre el nudo y anude de nuevo.
- Gire el palo hasta que la hemorragia se detenga y sujete el palo con otra cinta en un borde para que no se mueva.
- Anote de forma visible en la cara una “T” (torniquete) y la hora en la que se ha hecho.

HEMORRAGIAS

PUNTOS DE COMPRESION

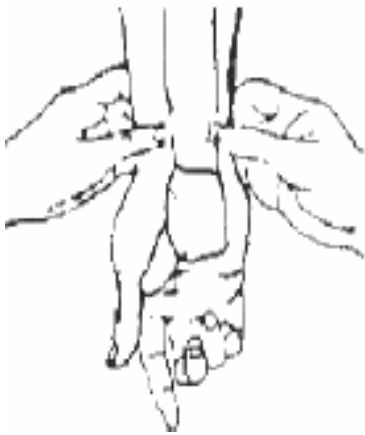


HERIDA DE LA
CARA POR DEBAJO
DEL OJO
(ARTERIA FACIAL)

HERIDA DE
CUERO CABELLUDO
O SIEN
(ARTERIA TEMPORAL)

HERIDA DE
CUELLO
(A. CAROTIDA)

HERIDA DE
BRAZO U
HOMBRO
(A. SUBCLAVIA)



HERIDA DE LA MANO



HERIDA DEL MUSLO



HERIDA DEL PIE



HERIDA DE LA PARTE
INFERIOR DE LA PIERNA
(ARTERIA POPLITEO)



HERIDA DE CODO
O ANTEBRAZO
(ARTERIA BRAQUIAL)



HERIDA DE LA PARTE
SUPERIOR DE LA PIERNA
(ARTERIA FEMORAL)

HERIDAS

La herida es una lesión traumática consistente en la rotura de la piel. El agente traumático puede ir de fuera a dentro (bala o al revés (hueso fracturado)). Las dos complicaciones importantes de las heridas son las hemorragias y las infecciones.

SINTOMAS LOCALES:

- Dolor
- Hemorragia
- Separación de los bordes
- Lesiones de estructuras inferiores (músculos, tendones)

SINTOMAS GENERALES:

- Shock psíquico al ver la sangre
- Shock hipovolémico al perder sangre
- Cuadro infeccioso general cuando los gérmenes alcanzan la sangre y se distribuyen por el organismo

TRATAMIENTO

A- *HERIDAS SIMPLES: pequeñas, poco sangrantes y poco profundas*

- Asegurar las adecuadas condiciones de higiene de los materiales y de las manos.

Paños, compresas y manos completamente limpios (si no hay paños estériles recurrir a pañuelos lavados sin usar). No tocar los apósitos por el lado de contacto con la herida
Evitar tocar la herida de forma innecesaria y quitar la ropa, si es necesario cortándola.

- Curar las heridas

Limpia la herida a chorro con agua limpia o sustancia antiséptica: se arrastran los cuerpos extraños.
Limpiamos con gasas desde dentro de la herida hacia fuera, tiramos la gasa y cogemos otra limpia

- Prevención de las infecciones

Aplicar algún compuesto con YODO y la tapamos 1-2 cm más allá del borde de la herida.
Si es posible hay que dejarlas al aire libre para que se sequen mejor (en función con las condiciones de higiene del entorno). Si la herida es pequeña bastará con una tirita.
No usar algodón ya que se pegan las pelusas retrasando la cicatrización y favoreciendo la infección

B- *HERIDAS GRAVES: sangrado abundante, grandes, profundas y sucias.*

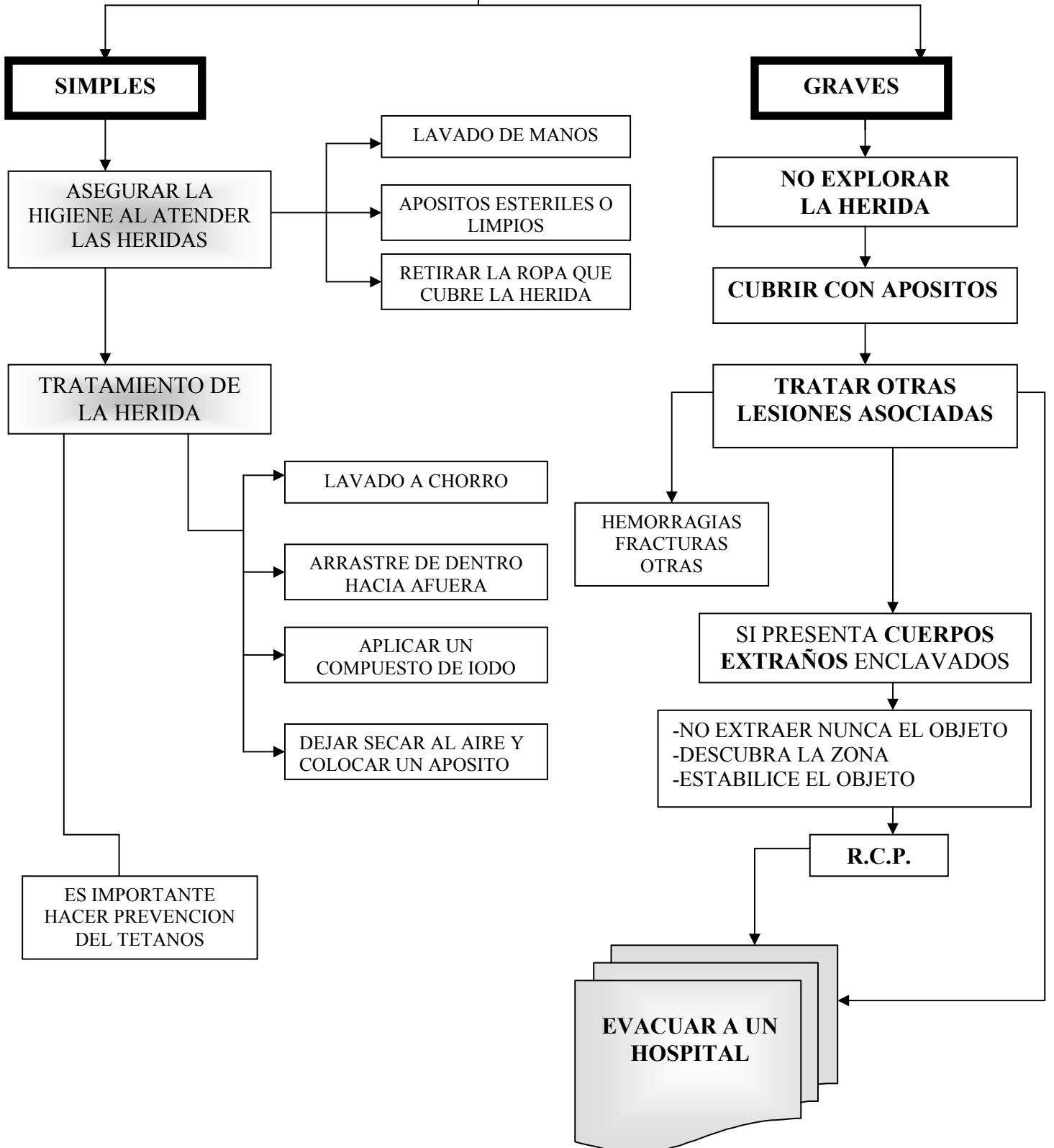
- No explorar ni tratar de curar la herida, hay o no cuerpos extraños en ellas.
- Colocar un apósito estéril para evitar la infección y
- Vendaje compresivo para disminuir la hemorragia
- Si hay algo (navaja, astillas, etc.) clavado en la herida, NO sacarlo, estabilizarlo con gasas o donuts.
- Control del estado del herido y actuación en consecuencia.

C- *HERIDAS ABDOMINALES*

- Colocar al paciente semisentado con las rodillas flexionadas.
- Cubrir la herida con apósitos y sujetar con esparadrapo o venda.
- Si el herido queda inconsciente poner en postura lateral de seguridad
- Control de las constantes cada 5 m, RCP si es necesario y prevenir estado de choque.
- No dar nada de comer ni beber.
- Sostener el abdomen del paciente si tose o vomita
- Si se salen los intestinos, cubrir con apósitos y fijar con venda floja. No reintroducir nunca.

HERIDAS

HERIDAS



FRACTURAS

La fractura es la rotura completa o incompleta de un hueso.

SINTOMAS DE FRACTURA

- Impotencia funcional, es decir, no se puede mover el miembro fracturado.
- Movilidad anormal. El miembro se mueve de forma extraña.
- Deformación apreciable del miembro: acortamiento, deformación o angulación anormal y desplazamiento de los fragmentos de la fractura.
- Región afectada amoratada.
- Si el accidentado no puede mover las piernas, no las siente o tiene hormigueo y lo mismo le sucede a los brazos, hay que sospechar que tiene fracturada la columna vertebral.
- Tener en cuenta que puede aparecer un estado de choque.

TRATAMIENTO GENERAL DE LAS FRACTURAS

- No mover al lesionado. Explorar y localizar las fracturas dejándolas al descubierto cortando la ropa.
- Determinar si hay complicaciones que tratar antes que la fractura; heridas, hemorragias (punto de compresión), lesiones de columna, alteraciones respiratorias, etc.
- Nunca intentar volver a montar los huesos. La inmovilización se debe realizar intentando dejar el hueso/s en la posición más natural posible. Si no es posible inmovilizaremos según esté el hueso.
- Si es posible utilizar elementos rígidos para dar a la inmovilización mayor consistencia colocando almohadillado entre el elemento y el cuerpo. La sujeción se hará con cintas, pañuelos (nunca alambres o tiras finas). Hacer los nudos sobre el elemento rígido y colocar las tiras de sujeción encima y debajo de la fractura (nunca encima de ella).
- La presión de los vendajes debe inmovilizar, sin dificultar la circulación sanguínea. Si aparece sensación de hormigueo, hinchazón o amoratamiento de dedos (hay que dejarlos descubiertos para poder ver el amoratamiento) se debe aflojar.

FRACTURAS ABIERTAS

Antes de tratar la fractura hay que ocuparse de las infecciones y de las hemorragias.

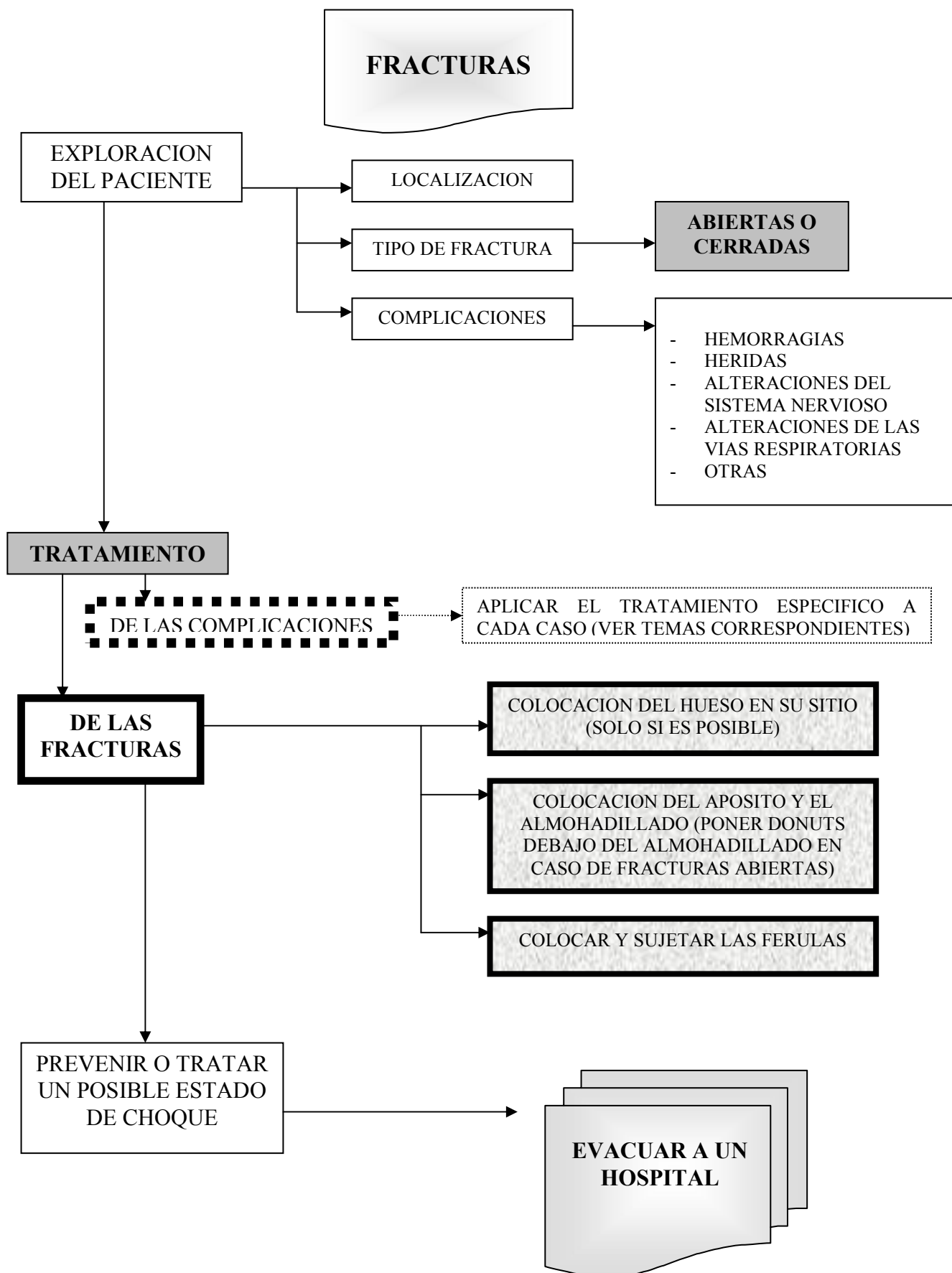
El hueso sobresale de la herida:

- Controlar la hemorragia si la hay.
- Cubrir la herida con un apósito y colocar encima un donuts de tamaño adecuado.
- Fijar el donuts con vendas, pañuelos, etc.
- Tratar la fractura como cerrada.

El hueso no sobresale de la herida

- Controlar la hemorragia si la hay.
- Cubrir la herida con un apósito.
- Fijar el apósito con vendas, pañuelos, etc.
- Tratar la fractura como cerrada.

FRACTURAS



FRACTURAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

SINTOMAS GENERALES DE FRACTURA DE EXTREMIDADES INFERIORES

- Síntomas generales de fractura.
- Dificultad o imposibilidad de andar.

FRACTURA DE LA PELVIS

Pueden ser debidas a traumatismos directos e indirectos. A veces se complican con lesiones de la vejiga. El accidentado puede presentar un fuerte deseo de orinar en caso de que la vejiga o las vías urinarias resulten dañadas. En ocasiones la orina puede aparecer teñida de sangre.

TRATAMIENTO

- Tender al accidentado boca arriba con las piernas rectas o, si no es posible, con las piernas flexionadas colocando una manta enrollada bajo éstas.
- Puede que el accidentado tenga ganas de orinar. Aconséjale que no lo haga ya que podría desparramarse la orina por los tejidos vecinos.
- Para dar más consistencia a la pelvis, coloca dos cintas anchas alrededor de la misma. Una en la parte inferior y otra a la altura de articulación de la cadera. Los nudos se harán en el lado sano (si ambos están fracturados anude en el centro).
- Almohadille entre las piernas desde las rodillas hasta los tobillos y sujete las piernas con vendas.

FRACTURA DE FEMUR

Al ser el hueso más grande del cuerpo recibe mucha sangre. La lesión se considera grave debido al riesgo de hemorragia interna y estado de choque posterior.

TRATAMIENTO

- Inmovilizar las articulaciones de la cadera, rodilla y tobillo, almohadillando entre las piernas y elevar el miembro, si es posible.
- Tender al accidentado en el suelo con sumo cuidado.
- Si no dispone de elementos rígidos:
 - *Situar antes de tender en el suelo los pañuelos, cintas, etc. en los puntos donde se van a realizar las fijaciones (tobillos, mitad de la pierna, debajo de rodilla, encima de rodilla, mitad de muslo.)*
 - *Evita colocar ninguna cinta sobre el punto de fractura y coloca suficiente almohadillado para cubrir los huecos naturales que quedan entre ellas.*
 - *Anuda las cintas con suavidad, sin dar tirones y coloca los nudos en el lado opuesto al de las fracturas.*
- Si dispone de elementos rígidos:
 - *Coloca entre las piernas junto al almohadillado el elemento rígido (de longitud algo superior a la distancia entre la ingle y el pie)*
 - *Si se dispone de una tabla de largo que vaya desde la axila hasta el pie se colocará en la parte externa con almohadillado especialmente en los espacios naturales y otra de similares características para sujetar las piernas desde la ingle hasta los tobillos. Sujetar con cintas, vendas, etc. tórax, por encima y debajo de la cadera, mitad del muslo, por encima y debajo de la rodilla, mitad de la pierna y tobillo. Anudar las cintas por encima de las tablillas.*

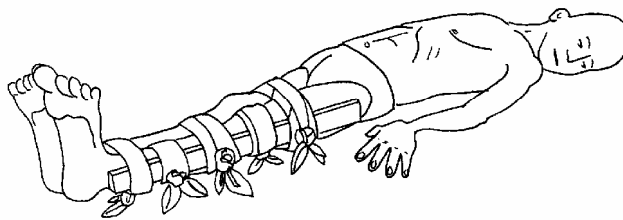
FRACTURAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

FRACTURA DE PIERNAS

TRATAMIENTO

Igual que la fractura de fémur con las siguientes diferencias:

- Hay que inmovilizar rodilla y tobillo.
- La largura de las tablas será de cadera a pie.



FRACTURA DE ROTULA

TRATAMIENTO

- Inmovilizar la articulación de la rodilla y del tobillo.
- Si solo tenemos elementos blandos actuaremos como en los casos anteriores
- Si disponemos de elementos rígidos, colocamos las vendas en mitad de muslo, por encima y debajo de rodilla, mitad de pierna y tobillo.
- Almohadilla la pierna y rellene los huecos naturales.
- Coloca la tabla por debajo de la pierna, fijala con vendas y eleva la pierna ligeramente

FRACTURA DE LOS HUESOS DEL PIE

TRATAMIENTO

- Para explorar el pie hay que quitar el zapato y si es necesario lo cortaremos.
- Colocar un almohadillado y una tabla o elemento rígido bajo el pie.
- Fijarlo con vendaje en forma de 8 asegurando primero el tobillo
- Mantener la pierna elevada

FRACTURAS DE CLAVICULA Y BRAZOS

FRACTURA DE CLAVICULA

Pueden deberse a golpes directos o golpes sobre el hombro.

SINTOMAS

- Síntomas generales de las fracturas
- Impotencia funcional: el hombro del lado afectado puede quedar caído hacia delante. Dificultad o imposibilidad para mover el hombro.

TRATAMIENTO:

- El mismo que para las fracturas de brazo con posibilidad de flexionar el codo.

FRACTURA DE BRAZO

SINTOMAS

- Síntomas generales de las fracturas
- Incapacidad para mover o realizar cualquier trabajo con el brazo.

TRATAMIENTO

SI EL CODO SE PUEDE FLEXIONAR

1. Si disponemos de algún elemento rígido como tablas o papeles doblados (un poco más grandes que la distancia entre el hombro y el codo), lo colocamos almohadillado y sujeto al brazo por cintas anchas. Si no pasamos directamente a los siguientes puntos.
2. Colocar el brazo contra el pecho en “posición de juramento”, con la mano orientada al hombro sano.
3. Colocar almohadillado entre el brazo y el tórax.
4. Sujetar el brazo al tórax por medio de pañuelos triangulares (antebrazo a cuello y brazo a tronco).

SI EL CODO “NO” SE PUEDE DOBLAR

1. Proceder a la inmovilización con el uso de un soporte rígido adecuado.
2. Si tenemos elementos rígidos largos (algo mayor que de hombro a muñeca) como paraguas, bastones, etc. lo colocamos almohadillado y sujeto al brazo por cintas anchas.
3. Si no tenemos elementos rígidos utilizaremos el cuerpo como férula. Almohadillar bien y sujetar al tronco del afectado. Posibilidad de molestias al andar por lo que se le evacuará en camilla o similares.
4. Tener en cuenta el posible estado de choque por el dolor.

FRACTURAS DE CLAVICULA Y BRAZOS

FRACTURAS DE ANTEBRAZO

El tratamiento es el mismo y con las mismas consideraciones que las del caso anterior. Lo único que varía es lo siguiente:

- Si **no se dispone de elementos rígidos** el almohadillado se pone a nivel del antebrazo y no en el brazo.



- Si se **dispone de elementos rígidos**
 - Si el codo no se puede doblar: el entablillado no es necesario que llegue al hombro sino hasta la mitad del brazo.
 - Si el codo se puede doblar: el entablillado se colocará entre la mano y el codo.

FRACTURA DE MANO Y DEDOS

Generalmente debidas a golpes directos, pueden presentar fuertes hemorragias.

SINTOMAS

- Síntomas generales de fractura
- Imposibilidad para mover los dedos o coger algo.

TRATAMIENTO

- Controle hemorragias y posibles heridas
- Si dispone de elementos rígidos: libros, tablillas, etc., (de tamaño desde los dedos hasta la mitad del antebrazo) los colocamos con almohadillado y sujetamos por medio de cintas o vendas triangulares. Después colocaremos el brazo en cabestrillo.
- Si no dispone de elementos rígidos: utiliza el cuerpo como férula. Almohadilla la mano lesionada, coloca la mano en posición de juramento y sujeta el brazo al tórax por medio de vendajes triangulares.
- Si las fracturas afectan a los dedos inmovilizar mediante bolígrafos, etc. o utilizando los dedos próximos. Coloca el almohadillado entre los dedos y sujétalos con una venda o esparadrapo. Coloca el brazo en cabestrillo.



FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL

FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL

Una lesión de columna vertebral puede provocar lesiones irreversibles y la pérdida definitiva de funciones vitales. Se deben distinguir dos cuadros:

Cuadro local (a nivel de donde se ha producido la lesión):

- El paciente puede quejarse de fuertes dolores de espalda. Si la espalda es accesible se observará una deformidad producida por fracturas o desplazamientos vertebrales.
- Impotencia funcional; cualquier movimiento genera dolores agudos por lo que el afectado se queda inmóvil (no confundir con parálisis: no se puede mover aunque quiera).
- Heridas u objetos enclavados a nivel de la columna, contusiones, amoratamiento local, etc.

Cuadro general (asociado a lesiones nerviosas):

- El paciente siente que está “partido por la mitad”. Tiene un gran dolor a nivel de la lesión. Si hay lesión nerviosa, deja de sentir y da la sensación que ha perdido la mitad del cuerpo.
- Pérdida de control motor de las extremidades. Si mueve los dedos de las manos y los pies voluntariamente no hay lesión de la médula.
- Posible pérdida de la sensibilidad de las extremidades. Comprobar si puede distinguir que miembro se le toca. Trate de engañarle para estar más seguro.
- Erección involuntaria del pene. Es un signo característico de lesión de columna.
- Si está inconsciente y no se puede asegurar lo trataremos como lesión de columna para prevenir.
- Con sospecha de lesión de columna (exista o no lesión de médula nerviosa) se debe inmovilizar.

TRATAMIENTO:

- El accidentado no debe moverse.
- Diferenciar si se trata de una lesión simple de columna o hay lesión de la médula espinal (comprobar la sensibilidad de las extremidades).
- Confirmada la sospecha de lesión de columna procederemos a la inmovilización.
- Colocar un collarín al paciente (VER EXPLICACION)
- Realizar una exploración de las constantes vitales (RCP) y actuar en consecuencia.
- Coloque ropa enrollada alrededor del cuerpo para evitar desplazamientos y darle mayor rigidez.
- Inmovilice las extremidades inferiores colocando un almohadillado entre ellas.
- No mover al lesionado a menos que sea imprescindible (explosión, fuego, etc.).

COMO HACER UN COLLARIN



- Si no tenemos un collarín improvisaremos los materiales para hacer uno.
- Colocar una toalla enrollada alrededor del cuello sujeto con una corbata, cinta, etc.
- Coger una revista, periódico o similar y enrollarlo con un ancho de unos 13 cm.
- Envolver la revista en una tela, rodear el cuello y anudarlo en la parte anterior (en la nuez).
- Comprobar que el cuello está bien sujeto y que no dificulta la respiración.

FRACTURAS DE COSTILLAS Y ESTERNON

Producidas por golpes directos o compresiones de gran intensidad. Problemas relacionados con dificultad respiratoria y lesiones orgánicas. Se distinguen tres tipos.

FRACTURAS SIN DESPLAZAMIENTO:

Los fragmentos del hueso roto quedan empalmados entre sí (dificultad de diagnóstico).

SINTOMAS:

- Se diferencia de una contusión ya que el dolor es mucho más localizado (se localiza con precisión)
- Síntomas de una fractura
- Provoca dificultad respiratoria.

TRATAMIENTO:

- Colocar el brazo opuesto sobre el lado del tórax lesionado. Coloque almohadillado y un vendaje triangular o similar para sujetar.
- Si está consciente le colocaremos semisentado y ligeramente inclinado hacia el lado lesionado.
- Si está inconsciente, postura lateral de seguridad sobre el lado de la lesión. Realizar periódicamente una revisión al estado del paciente.

FRACTURAS DE COSTILLAS CON HUNDIMIENTO:

Los fragmentos del hueso/s se desplazan y al respirar el tórax se hunde o sobresale.

SINTOMAS:

- Además de las fracturas sin desplazamientos:
- Si se han roto varias costillas o el esternón se produce una dificultad respiratoria grave.
- Si hay desplazamiento es evidente la deformidad en la piel.
- Si algún hueso alcanza el pulmón o la cavidad pleural, dará lugar a un neumotórax sin que haya sangre evidente (ver apartado siguiente).

TRATAMIENTO:

- Actuar como en fracturas sin desplazamiento, teniendo en cuenta:
- Si hay deformidad colocar un “donuts”.
- Si la fractura es abierta primero atenderemos la herida, y luego colocaremos el “donuts” y por último trataremos la fractura.

NEUMOTORAX:

Es una complicación grave ya que hay perforación del pulmón o entrada de aire en la cavidad pleural.

SINTOMAS:

- Dolor torácico intenso y dificultad respiratoria.
- Coloración azulada de la piel, mucosas y uñas (falta de oxigenación de los tejidos).
- Espectoración de espuma y saliva rojiza (sangre).
- La herida parece que respira; al inspirar entra aire y al espirar sale líquido rojizo y espumoso.
- Estado de choque.

TRATAMIENTO:

- Tratar la herida a fin de que no entre aire. Para ello pondremos sobre la herida un apósito y lo cubriremos de material impermeable (plástico, papel de aluminio, etc.), hay que dejar la herida cerrada herméticamente fijándola con un esparadrapo.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Tratamiento o prevención del estado de choque.
- Si está inconsciente poner en Postura Lateral de Seguridad sobre el lado lesionado

FRACTURAS FACIALES Y DE CRANEO

FRACTURA DE CRANEO

Los síntomas pueden aparecer tras un periodo de tiempo por lo que las lesiones se pueden agravar. La persona que pierda el conocimiento tras un traumatismo craneal debe ser enviada urgentemente al hospital. Se distingue entre fractura de bóveda y de base.

FRACTURA DE BÓVEDA DE CRÁNEO:

En este tipo de lesiones pueden asociarse o no a lesiones cerebrales.

Si sólo hay fractura: Dolor en el punto de lesión, herida/chichón en el cuero cabelludo, deformidad o hundimiento en el cráneo y hemorragia. Puede haber salida de líquido cerebral blanco por la herida.

Si hay lesión cerebral: Confusión, mareo, pérdida de conocimiento, parálisis de algún miembro, alteraciones o pérdida de la visión, vómitos, convulsiones, alteraciones del lenguaje...

TRATAMIENTO:

- No mover a la víctima salvo que sea absolutamente necesario y dejarla tumbada.
- Reanimación cardiopulmonar. Explorar en busca de complicaciones: hemorragias, heridas, etc.
- Proteger la zona lesionada con vendaje triangular y un “donuts” (más grande que la fractura para que no hunda los fragmentos de la fractura en el interior del cráneo) y un “collarín cervical”.
- Si respira bien y no hay lesión cervical, colocar en Postura Lateral de Seguridad sobre el lado sano.
- Si está en estado de choque y sólo hay lesión craneal colocar en postura antichoque.
- No darle de comer ni beber. Evitar que se mueva colocando prendas alrededor del tronco.

FRACTURA DE BASE DEL CRÁNEO:

Se tratará como si fuera una lesión de columna. Suele ser característico encontrar al afectado en un coma profundo, con pupilas dilatadas que no reaccionan a la luz.

FRACTURA MAXILOFACIAL Y FACIAL:

Riesgo elevado de obstrucción de las vías aéreas por dientes rotos, dentadura postiza, hemorragia nasal o bucal, tos, etc. la impotencia funcional se refleja en imposibilidad para hablar, toser, comer, etc.

TRATAMIENTO:

- Realice un control de las vías aéreas y actúe en consecuencia.
- Control de lesiones asociadas (heridas, hemorragias) y postura antichoque si está consciente
- Inmovilizar la mandíbula por la barbilla (almohadillado) con una tira ancha alrededor de la cabeza anudado en la parte superior. Tener en cuenta que con esta inmovilización no se puede abrir la boca. Si el afectado no puede vomitar puede que se asfixie. Si tiene náuseas, quitar el vendaje y esperar a que vomite. Realizar un control de las vías aéreas y recolocar la inmovilización.
- Si la persona está inconsciente colocarlo en posición lateral de seguridad levantado la cabeza ligeramente con almohadilla o similar para evitar pesos sobre la mandíbula. Realice controles periódicos del estado del paciente y asegure su evacuación a un centro sanitario.

QUEMADURAS

Las consecuencias de un accidente pueden ser más graves según sea el tiempo que se tarde en aplicar la primera asistencia y según sea la calidad de ésta. Habitualmente, la persona que está más cerca del herido no es un profesional de la sanidad, sino un compañero de trabajo. Si el compañero de trabajo tiene unos conocimientos adecuados las consecuencias del accidente serán menores.

Las QUEMADURAS es una de las pocas lesiones en el campo de los Primeros Auxilios en la que nuestra actuación puede modificar la gravedad del accidente alterando las consecuencias del mismo.

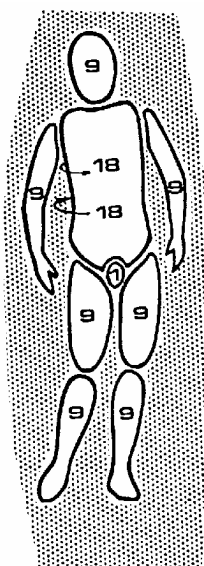
Las causas que pueden producir una quemadura son diversas: fuego, calor radiante, líquidos, sólidos incandescentes, gases, vapor, electricidad o productos químicos.

Las quemaduras por sus especiales características, son de las lesiones más dolorosas, largas y difíciles de curar, además de que producen efectos generales sobre la fisiología total del quemado que pueden desembocar en grandes complicaciones e incluso en la muerte. La quemadura produce efectos locales (en la misma zona lesionada) y unos efectos generales (sobre otros puntos del cuerpo). Los efectos que se producen en la zona quemada, fundamentalmente son: Dolor, Infección y Deshidratación.

LA MAYOR O MENOR GRAVEDAD DE UNA QUEMADURA DEPENDE DE DIVERSOS FACTORES, UNOS DEPENDIENDO DEL SUJETO Y OTROS DE LA QUEMADURA EN SÍ.

La extensión: Una quemadura es más grave cuanto más superficie de piel afecta, por lo que se ha dicho sobre la pérdida de líquidos a través de la quemadura a mayor superficie abierta, más rápida y mayor deshidratación y concentración de la sangre. Una quemadura que afecte un 50% aproximadamente de la superficie corporal de un adulto es prácticamente mortal. Por encima de un 20-25%, es severa.

Para calcular la extensión de piel quemada, nos podemos valer de la regla de los 9, que con suficiente aproximación nos lo dará. Según esta regla, sabemos que la superficie corporal de:



	% del total
La cabeza	9
Un miembro superior (brazo y antebrazo)	9
La cara anterior del tórax	9
La cara posterior del tórax	9
La cara anterior del abdomen	9
La cara posterior del abdomen	9
La cara anterior de un miembro inferior	9
La cara posterior de un miembro inferior	9

Si sumamos estos porcentajes y tenemos en cuenta que hay algunas partes (las extremidades) que consideramos por duplicado, obtendremos un 99% del total de la superficie corporal. El 1% restante lo forman las manos y la zona de los genitales.

La profundidad: se clasifican según este criterio amplia:

- **Quemaduras de 1^{er} grado.** Las más superficiales, la piel no se encuentra destruida, sino sencillamente irritada.
- **Quemaduras de 2^o grado.** La lesión típica de estas quemaduras, que es la ampolla o flictena.
- **Quemaduras de 3^{er} grado.** Ya hay destrucción profunda de la piel o incluso de los tejidos más profundos, de tal manera que se produce su muerte o necrosis.

QUEMADURAS

- *Quemaduras por productos químicos: Las quemaduras producidas por álcalis tienen un aspecto blanquecino blando y húmedo; el hecho de que no se forme una costra como en las anteriores hace que el cáustico siga actuando sobre los tejidos, haciendo cada vez más profundas las lesiones*

TRATAMIENTO GENERAL DE LAS QUEMADURAS

- Eliminar la causa: apagar la llama, eliminar ácidos, etc.
- Mantener las constantes vitales: pueden presentarse síntomas de asfixia por inhalación de humos.
- Examinar al paciente: comprobar si se tiene hemorragias, fracturas, etc. y tratar la lesión más grave.
- Refrescar la zona quemada aplicando abundante agua durante 20 ó 30 minutos quitando ropas, joyas y todo aquello que mantenga el calor, pero sin despegar nada que esté adherido a la piel.
- Cubrir o tapar la zona lesionada.
- Evacuar al herido en posición lateral para evitar ahogo por posibles vómitos, a un centro hospitalario o unidad de quemados.

QUE NO DEBEMOS HACER ANTE UNA QUEMADURA

- No aplicar tratamientos medicamentosos (pomadas, mantequillas, ..), ni otra cosa que no sea agua.
- No enfriar demasiado al paciente, sólo la zona quemada. Si tiembla se le tapará con una manta.
- No dar nada por vía oral (agua, alcohol, analgésicos).
- No reventar las ampollas de la piel, pues el líquido que contienen protege de una posible infección.
- No dejar sola a la víctima; si hay que ir a pedir ayuda, nos la llevaremos, si sus lesiones lo permiten.
- No demorar el transporte.

QUEMADURAS POR EL FUEGO

- Sofocar el fuego con una manta que no sea acrílica.
- Si no hay otro medio para sofocar las llamas, rodar por suelo al accidentado para apagar el fuego
- Aplicar agua en las zonas quemadas, una vez se han apagado las llamas para refrigerar.

QUEMADURAS CAUSADAS POR LA ELECTRICIDAD

- Desconectar la corriente, salvo que el accidentado ya no toque el interruptor/conducto eléctrico.
- Comprobar las constantes vitales y practicar la reanimación cardio-pulmonar si es necesario.
- Trasladar la víctima a un hospital.

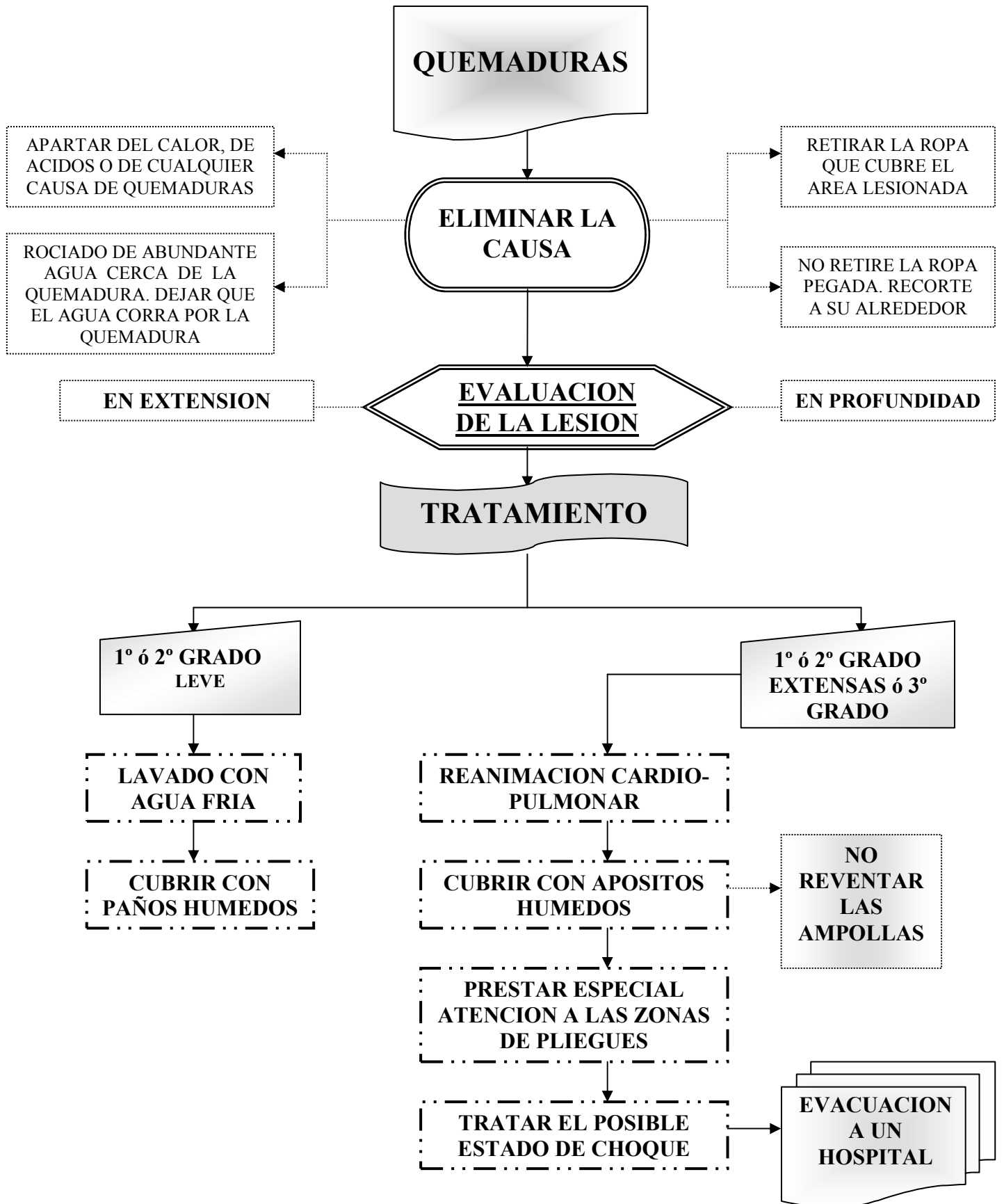
QUEMADURAS CAUSADAS POR PRODUCTOS QUIMICOS

- Aplicar agua abundante en la quemadura (20-30 m.) teniendo especial cuidado con las salpicaduras. Mientras se evacua al herido, se puede seguir aplicando agua con una “pera de agua”.
- Mientras se aplica el agua, quitar la ropa impregnada, zapatos y joyas.

QUEMADURAS CAUSADAS POR LIQUIDOS HIRVIENDO O INFLAMADOS

- Apagar el fuego con una manta “no sintética”. Rodar al accidentado por el suelo para apagar el fuego.
- Contener el líquido para que no se extienda afectando a más personas; último caso: extintor.
- Ante quemaduras causadas por líquidos calientes, hay que echar agua abundante sobre la zona afectada; si no hay agua a mano, sacarse toda la ropa mojada rápidamente; último recurso: secarse la piel, sin frotar con ropa absorbente.

QUEMADURAS



EFECTOS DEL CALOR Y EL FRIO

EFECTOS DEL CALOR

CALAMBRES PRODUCIDOS POR EL CALOR

Los calambres son contracciones espasmódicas de uno o varios músculos. Son de carácter involuntario, muy dolorosos y generalmente afectan a personas que trabajan o hacen ejercicio al sol.

Para que los músculos funcionen necesitan las sales minerales que transporta la sangre. Al sudar se pierden esas sales y si no se reponen, el músculo puede resultar dañado.

TRATAMIENTO:

- Reposo a la sombra o en un sitio fresco para que deje de sudar.
- Reponer las pérdidas de líquido y sales. Dar agua con sal (1 cucharada de sal y 1 de bicarbonato por cada litro de agua). También se puede tomar zumo de frutas.
- Para relajar y aliviar el músculo podemos dar masajes en él.

AGOTAMIENTO PRODUCIDO POR EL CALOR

Se trata de un grado ligero de estado de choque que aparece en las personas que trabajan en un día caluroso y no toman una cantidad de líquido adecuado para reponer lo perdido en el sudor.

SINTOMAS:

- Color rojizo en la piel.
- Posibilidad de calambres y debilidad muscular.

TRATAMIENTO:

- Reposo y traslado a un lugar fresco. Si es necesario abaníquelo.
- Administrar agua con sal y bicarbonato (1 cucharada de sal y 1 de bicarbonato por cada litro de agua).
- Coloque al paciente en postura antichoque.
- Si el sujeto no mejora y aparecen náuseas y vómitos, evacuar a un centro sanitario.

GOLPE DE CALOR (INSOLACION)

Estado grave que puede llegar a ser mortal producido por una elevación extraordinaria de la temperatura corporal en determinadas circunstancias.

Insolación: por exposición excesiva al sol, el cuerpo se calienta progresivamente.

Golpe de calor: se produce en personas que tienen dificultad para eliminar el calor. La temperatura empieza a subir aunque no hayan estado expuestos al sol.

SINTOMAS:

- Mareos, debilidad y dolor de cabeza.
- Náuseas y vómitos, visión borrosa y convulsiones.
- Estado de choque y muerte si no se trata de inmediato.

TRATAMIENTO:

- Reducir la temperatura corporal. Retirar al afectado a lugar fresco y sombreado. Quitar la ropa y mojarlo con agua en abundancia. Se puede aplicar compresas frías en los puntos de compresión.
- No se olvide de la reanimación cardiopulmonar en caso necesario.
- Traslado urgente a un centro sanitario siempre y cuando la temperatura haya descendido a 37-38°C.

EFECTOS DEL CALOR Y EL FRIO

EFECTOS DEL FRIO

ENFRIAMIENTO GENERAL

Disminución progresiva de la temperatura corporal debido a la exposición continuada al frío. En función del descenso de temperatura se puede llegar incluso a la muerte.

SINTOMAS:

- Somnolencia, torpeza y falta de reflejos. Lentitud y dificultad para hablar
- Visión borrosa y obnubilación.
- Posibilidad de rigidez generalizada e incluso parada cardiaca si la temperatura disminuye a los 24°C

TRATAMIENTO:

- Apartar al afectado de la exposición al frío, viento, lluvia, etc. Buscar una estancia caliente.
- Quitar ropas mojadas y sustituirlas por otras secas. Abrigarlo con mantas secas y aproximar una fuente de calor (estufa, hoguera, etc.). Si la persona está consciente le daremos bebidas calientes y azucaradas.
- Es conveniente estimular al paciente para que reaccione y genere su propio calor moviéndose.
- Deberemos estar atentos a cualquier cambio en el estado del paciente. Realizaremos controles periódicos de sus constantes vitales para poder actuar rápidamente en caso necesario.

CONGELACIONES

FACTORES QUE INFLUYEN:

- Frío, humedad, viento y altitud. Tiempo de exposición. Susceptibilidad personal al frío.
- Región expuesta al frío: aquellas zonas más alejadas del corazón como orejas, dedos y nariz.

Ausencia de dolor o molestias en la zona por lo que puede pasar desapercibida. La zona aparece endurecida, pálida y anestesiada o dormida. A medida que se aplica el tratamiento y desaparece la sensación de anestesia aparecen dolores muy intensos. Esto debe explicarse al paciente antes de aplicar el tratamiento para que esté preparado y lo admita como un hecho normal.

Las congelaciones se clasifican en profundidad y en extensión como las quemaduras.

CONGELACION SUPERFICIAL: sólo afecta a la piel que aparece pálida, fría al tacto y endurecida.

CONGELACION PROFUNDA: afecta a la piel y a los tejidos situados debajo de ésta.

Para diferenciar la congelación superficial y la profunda basta con presionar ligeramente sobre la piel. Si ésta se desplaza es superficial, si no se desplaza la congelación es profunda.

TRATAMIENTO:

1. SI SE PUEDE RECIBIR ATENCION MEDICA EN BREVE PERIODO DE TIEMPO

- Avise de inmediato a la ambulancia y proteja las partes afectadas para evitar golpes (se cascan)
- No friccione la piel congelada, se resquebraja. Dar bebidas calientes y azucaradas.
- Realizar control de constantes vitales (RCP).

2. SI NO SE PUEDE LOGRAR ATENCION MEDICA EN BREVE PLAZO




- Mantener al paciente abrigado y con ropa seca.
- Hay que recalentar la zona progresivamente (si llega sangre fría al corazón puede provocar una parada cardiaca). Introducir la zona afectada en un recipiente con agua caliente a 37°C (comprobar con termómetro o con la mano). Cambiar el agua de recipiente para que los bordes no quemen la zona anestesiada. Cambiar el agua a medida que se enfría.
- Una vez que la zona se recupera hay que tratar las quemaduras.
- Elevar y descender la extremidad para favorecer la circulación sanguínea.
- Realizar controles periódicos y si está consciente dar bebidas calientes y azucaradas.
- Trasladar al hospital en cuanto sea posible.

ELECTROCUCION DESCARGA ELECTRICA

Las lesiones que una descarga eléctrica puede producir son realmente graves e incluso pueden llegar a ser mortales. La corriente puede originarse de diferentes maneras (fuente de alta tensión, aparatos eléctricos de baja tensión, etc.). Los accidentes más frecuentes son los debidos a contactos con elementos conductores de corriente eléctrica con un insuficiente grado de aislamiento. Hay que tener especial cuidado en el manejo de determinados aparatos, cables o enchufes en mal estado. También es peligroso manejar aparatos eléctricos con los pies o las manos mojadas. El agua es un extraordinario conductor de la electricidad y puede multiplicar sus efectos nocivos.

LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCIDENTE ELÉCTRICO:

- Intensidad de la corriente.
- Resistencia eléctrica de la persona.
- Frecuencia de la corriente.
- Tiempo que dura el paso de la corriente
- Recorrido de la corriente por el cuerpo.

RECORRIDOS MAS PELIGROSOS		
		
Mano-pie del lado contrario	Mano derecha-tórax-mano izquierda	Mano-Cabeza

SINTOMAS DE UN ELECTROCUTADO

Los efectos de la corriente eléctrica pueden ser variados. Desde un pequeño calambre hasta incluso la muerte. Las manifestaciones más importantes corresponden al llamado estado de shock eléctrico o síndrome de electrocución.

1. El paciente puede quedar inconsciente, comprobar constantes vitales y actuar en consecuencia.
2. Pueden producirse espasmos (contracciones bruscas) musculares que, dependiendo de la musculatura afectada puede determinar el que la persona
 - quede cogida a la fuente eléctrica (aumenta las lesiones al aumentar el tiempo de contacto) o
 - salga despedido (proyecta a las personas contra objetos cercanos: fracturas, heridas, hemorragias, etc.)
3. La entrada y salida de la corriente por el cuerpo puede producir quemaduras (ver apuntes).
4. La muerte se puede producir por mecanismos distintos:
 - Muerte blanca. Por detención instantánea de todas las funciones cerebrales al paso de la corriente. Es mucho más frecuente si el contacto con el conductor en tensión se hizo con la cabeza.
 - Muerte azul. Por dos mecanismos diferentes (En la asfixia y fibrilación la actuación será el RCP completo)
 - Por asfixia. La electricidad a su paso por el organismo produce una contracción permanente de los músculos. Si esta contracción afecta al diafragma e impide la respiración.
 - Por fibrilación ventricular. El paso de la corriente desorganiza la contracción cardíaca de tal modo que cada fibra del corazón se contrae desordenadamente.

TRATAMIENTO

A. Apartar al operario de la corriente - dos posibilidades

Es importante guardar la calma y actuar sin precipitación, más vale un electrocutado que dos.

Corriente de baja tensión: cortar la corriente eléctrica o separar al operario con un palo o tabla (nunca le tocaremos directamente, la corriente nos afectará a nosotros).

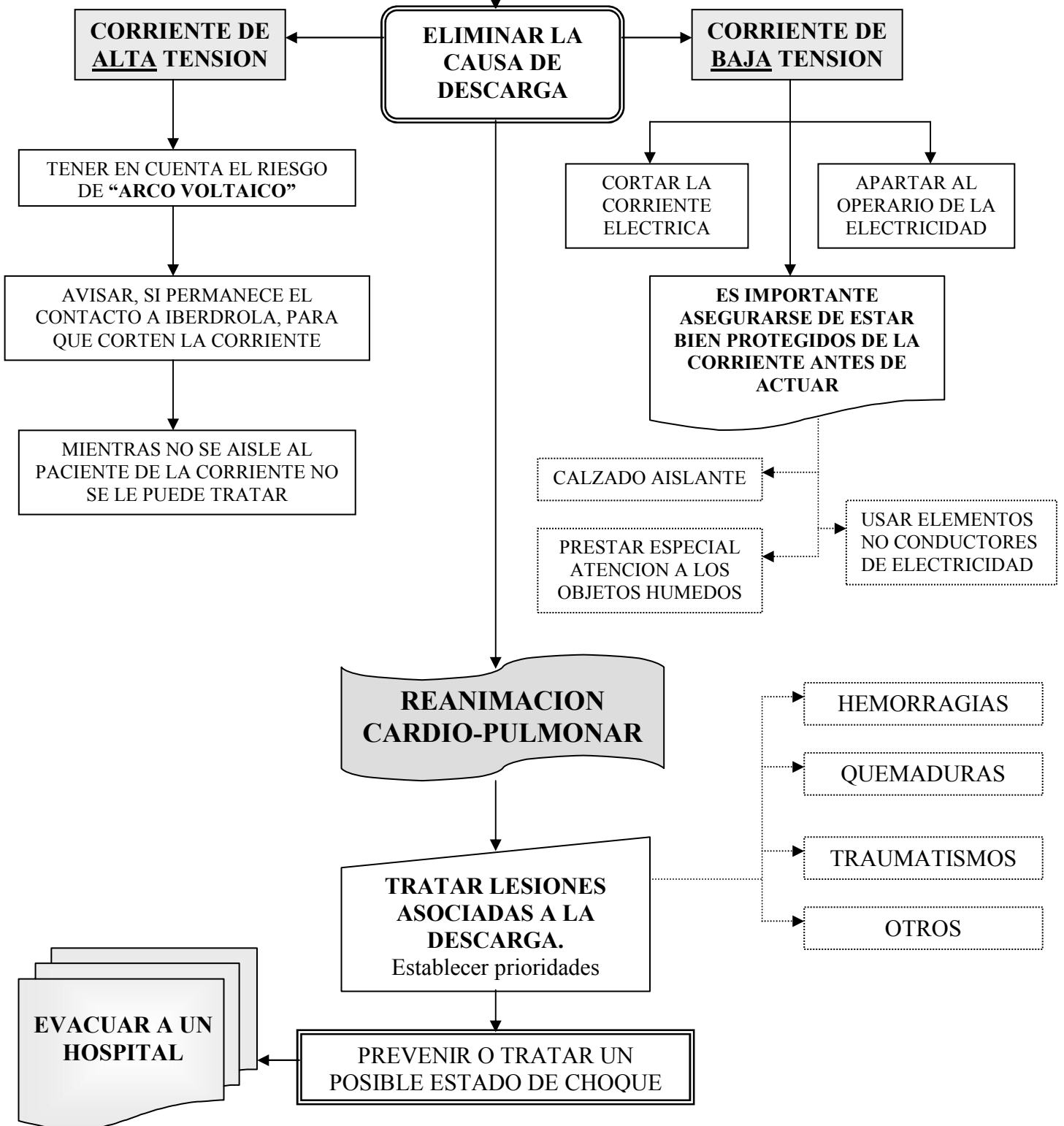
Corriente de alta tensión: nunca nos acercaremos a menos de 18 m por el efecto llamado ARCO VOLTAICO. Avisaremos a las autoridades y esperaremos a que nos certifiquen que la corriente ha sido cortada.

B. Tratamiento de las lesiones producidas:

- ☛ Reanimación cardiopulmonar
- ☛ Lesiones asociadas: hemorragias, traumatismos, quemaduras, etc.
- ☛ Traslade rápidamente al afectado a un centro sanitario.

ELECTROCUCION DESCARGA ELECTRICA

DESCARGAS ELECTRICAS



APOSITOS Y VENDAJES

APOSITOS

Utilizados para la cobertura de heridas, absorción de secreciones o para control de hemorragias.

PRECAUCIONES PARA LA COLOCACION DE LOS APOSITOS

- Cuidar la higiene cuando se va a manipular heridas.
- El apósito debe estar esterilizado y si no es posible por lo menos limpio (pañó lavado y sin usar)
- Evite la manipulación de la herida o de la parte del apósito que vaya a tocar la herida (cogeremos el apósito por el lado opuesto)
- Desechar todo apósito que presente dudosas condiciones higiénicas.
- En ocasiones se puede poner algodón encima del apósito para absorber secreciones; nunca encima de la herida ya que las pelusas dificultan la cicatrización y facilitan la infección
- Si el apósito queda empapado con sangre, no hay que quitarlo (se abre la herida de nuevo). Hay que poner un apósito nuevo sobre el anterior.

ENFRIAMIENTO DE LESIONES

Disminuyen la inflamación de la zona lesionada. El frío tiene efecto anestésico y disminuye la circulación sobre la zona reduciendo o retrasando la hinchazón.

TRATAMIENTO:

- Aplicar hielo sobre la zona en una bolsa de plástico cerrada, nunca de forma directa.
- Se puede sujetar el hielo a la zona mediante un vendaje compresivo.
- Tener en cuenta que el hielo se derrite por lo que puede que sea necesario reajustar el vendaje.

VENDAJES

Las vendas se utilizan con diversos fines: sujetar apósitos, férulas, miembros, etc. y realizar efecto compresivo en procesos inflamatorios y hemorragias. En caso de necesidad se pueden improvisar con paños, toallas, trapos limpios, bufandas, etc.

PRECAUCIONES PARA LA COLOCACION DE VENDAJES

- Realizar los vendajes con el paciente en posición cómoda.
- Colócate junto al paciente de forma cómoda para hacer el vendaje.
- Al empezar el vendaje asegura la venda dando 3-4 vueltas cerca de la lesión para que no se desplace.
- Cuando inmovilizamos fracturas, debemos colocar primero los vendajes de sujeción, luego el almohadillado y finalmente la férula.
- Controlar periódicamente la zona más alejada al vendaje (manos y pies), para comprobar si hay hormigueo, coloración azul, etc. si es así hay que aflojar el vendaje ya que no hay circulación suficiente. Nunca tapar los dedos ya que no se podrá observar el posible amoratamiento de los dedos.
- Nunca hacer los nudos sobre la zona lesionada sino en el lado opuesto al de la lesión.

VENDAJES TRIANGULARES

- Mínimo de 1 m de largo, se utilizan para hacer cabestrillos, cintas, donuts, etc.
- Para hacer cabestrillos improvisados se puede usar: cinturones, doblando la propia camisa y sujetándola con un imperdible, sujetando la manga, metiendo el brazo en la camisa a lo Napoleon

APOSITOS Y VENDAJES

VENDAJES ENROLLADOS

Este tipo de vendajes se utiliza para sujetar apósitos, para hacer efecto compresivo y para inmovilizar articulaciones.

- Asegúrate de que la venda es apropiada para el vendaje a realizar: en largura y en anchura.
- Evitar comprimir demasiado el vendaje. Cuando lo terminemos comprobaremos si podemos meter el dedo entre la piel y el vendaje.
- Avisaremos sobre los posibles trastornos circulatorios debidos a la inflamación de la zona. Si esto ocurre desharemos el vendaje y lo colocaremos de nuevo

Modo de realizar:

- Asegura la venda dando varias vueltas alrededor de ella (cerca de la lesión, no encima de ella).
- Realiza el vendaje en sentido ascendente, haciendo que cada vuelta de venda cubra parte de la anterior.
- Asegura la venda con nudos, cinta adhesiva, etc.



DONUTS PARA ALMOHADILLADO

Se utilizan para fijar cuerpos extraños enclavados, proteger fracturas abiertas, etc. Se pueden hacer enrollando paños, toallas, etc.



1. Enrolla el paño de tal modo que quede como una cinta. Coge el paño enrollado y rodea con él la palma de la mano.
2. Como si fuera una aguja de coser, enhebra el resto del paño alrededor del lazo formado y tira de él cada vez que lo hagas para que quede duro.
3. Introduce el extremo final entre las vueltas del paño a fin de asegurar el anillo.

SUJECION DE ALMOHADILLAS CIRCULARES “DONUTS”

- Colocar un apósito sobre la herida y encima el “Donuts” y evitar tocar el cuerpo extraño.
- Asegura la venda y comienza a sujetar el apósito y el “donuts” dando vueltas alrededor del mismo.
- Asegúrate de que todo queda bien sujeto.
- Para fracturas abiertas colocaremos en este orden: apósito, “donuts”, almohadillado y férula.

LESIONES POR APLASTAMIENTO

LESIONES POR APLASTAMIENTO

Se trata de situaciones en las que el agente traumático ejerce una gran presión sobre una o varias extremidades. Esta presión da lugar a una disminución importante o total de la llegada de sangre a los tejidos, que empiezan a deteriorarse pudiendo llegar a perderse la extremidad si la atención médica se demora.

En el interior de los tejidos lesionados se acumulan sustancias tóxicas para el organismo. En el momento en que se libera la compresión se permite el paso de éstas sustancias al resto del organismo provocando un cuadro de estado de choque que puede llegar a ser incluso mortal.

SINTOMAS

- *La extremidad aplastada puede estar entumecida o con sensación de hormigueo.*
- *Tejido duro e hinchado alrededor de la zona lesionada debido a la acumulación de suero sanguíneo en la zona.*
- *Formación de ampollas a nivel de la lesión.*
- *Síntomas de fractura.*
- *La extremidad aplastada estará fría, sin pulso, si hay compresión arterial.*

TRATAMIENTO

- Controle hemorragias graves y trate posibles heridas
- Inmovilice fracturas en la medida de lo posible.
- Si la extremidad atrapada se puede liberar sin demora, retire el peso, pero **EVITE LA DESCOMPRESION BRUSCA DEL MIEMBRO APLASTADO COLOCANDO UN TORNIQUETE.**
- Trate el estado de choque o prevenga su aparición.
- No se olvide de la Reanimación Cardiopulmonar, en su caso.
- Avise a una ambulancia.

TRAUMATISMOS MECANICOS

El traumatismo es toda lesión producida por la acción de un agente mecánico y que da lugar a una serie de repercusiones locales y generales. Estos agentes pueden producir dos tipos de lesión a nivel local:

- Contusiones: traumatismos cerrados
- Heridas: traumatismos abiertos (ver tema correspondiente)

CONTUSIONES

La contusión es una lesión originada por el choque de un objeto contundente contra el cuerpo sin que se rompa la piel (herida). Pueden producirse lesiones en músculos, huesos o vísceras internas.

CLASIFICACION

- Ligero enrojecimiento y dolor en la zona afectada por el traumatismo. Dura unos minutos
- Cardenal producido por la rotura de pequeños vasos capilares. Sale sangre y tiñe la zona.
- Hematoma: el cardenal es abultado y duele. Hay mas sangre acumulada debajo de la piel.
- Si el golpe ha sido muy intenso puede haber afectado a músculos, tendones, incluso huesos (fractura cerrada). La piel puede quedar dañada de forma irreversible y al cabo de unos días se desprende y aparece la herida.

TRATAMIENTO

- Enrojecimiento y dolor y Cardenal: reposo de la zona afectada y aplicar frío localizado. A partir del 2º día si cesa el dolor aplicaremos calor para favorecer la circulación.
- Hematoma: además de lo anterior, vendaje compresivo para limitar la salida y expansión de sangre.
- Lesiones ocultas (contusiones complicadas): el tratamiento será en función de las especificaciones correspondientes a cada tema (hemorragias, fracturas, etc.)

INSTRUCCIONES A ENTREGAR A LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Aunque no exista evidencia de daño orgánico importante, se recomienda vigilancia estrecha del paciente durante las próximas 24-48 hs.

Los pacientes deberán acudir al **Servicio de Urgencias** inmediatamente, en caso de que presenten:

1. Mareo progresivo
2. Dificultad para despertar al paciente (el paciente deberá ser despertado cada 2 horas durante la primera noche.)
3. Vómitos
4. Dolor de cabeza
5. Rigidez de la nuca
6. Sangrado o salida de líquido claro a través de la nariz o de los oídos
7. Debilidad en los brazos o piernas
8. Convulsiones (ataques).

ESGUINCE Y LUXACION

ESGUINCE

El esguince o torcedura se produce en una articulación cuando, con un movimiento forzado, se abre más allá de sus límites normales. La lesión de los músculos tendones dependerá de la gravedad del esguince.

SINTOMAS DEL ESGUINCE:

- Inflamación de la zona: enrojecida, caliente, hinchada y dolorida.
- Amaratamiento o hematoma.
- Impotencia funcional: incapacidad o dificultad de mover la articulación.

TRATAMIENTO:

- Mantener en reposo la articulación afectada.
- Aplicación de hielo envuelto en una paño o toalla (nunca directamente) 10 minutos y descansar otros 10 minutos en 3 aplicaciones. Repetir de 4 a 6 veces en 24 horas.
- Vendaje compresivo para reducir la inflamación y la movilidad.
- Elevar el miembro afectado para reducir la llegada de sangre a la zona.
- Aplicar calor a la zona a las 48 horas. El calor no deberá superar de los 40° C ni la aplicación ser superior a media hora.
- Acudir a un centro sanitario.

LUXACION

La fuerza actúa separando los huesos de una articulación. La separación es permanente desencajando la articulación.

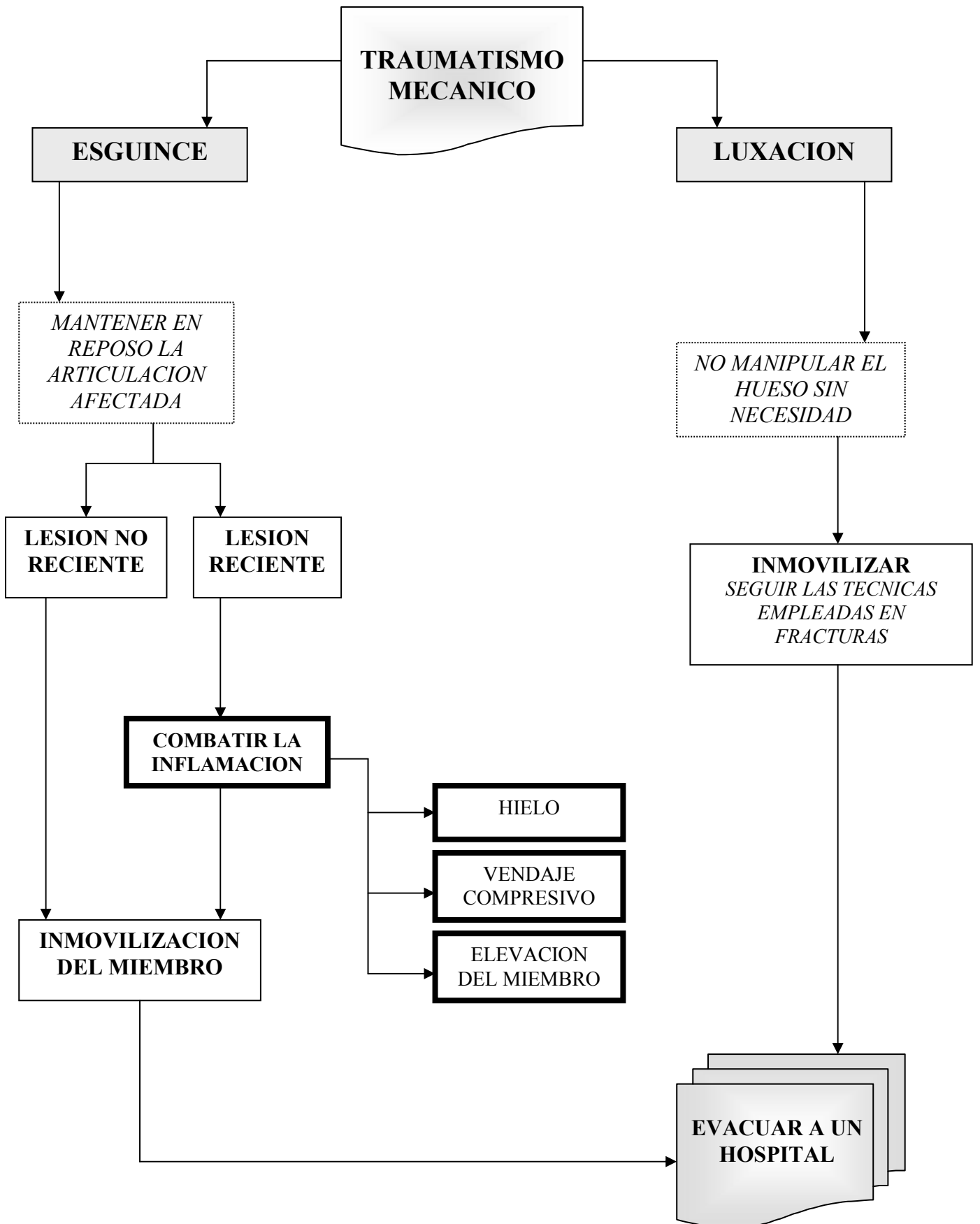
SINTOMAS DE LA LUXACION:

- Dolor muy intenso en la articulación.
- Impotencia funcional.
- Deformidad visible.
- Hinchazón. Puede ser tan importante que llegue a ocultar la deformación.

TRATAMIENTO:

- Distinguir si se trata de fractura o luxación. Ante la duda lo trataremos como fractura.
- No mover la articulación ni tratar de colocar el hueso en su posición normal.
- Inmovilizar la articulación con las mismas técnicas que para las fracturas.
- Acudir a un centro sanitario.

ESGUINCE Y LUXACION



TRASLADO DE HERIDOS

TRASLADO POR UN SOLO SOCORRISTA

MÉTODO DE LA CUNA

Para heridos de poco peso y/o estatura.

Pasar un brazo por debajo del muslo y otro por detrás de la espalda.

MÉTODO DEL ARRASTRE

Se emplea cuando debemos evacuar a una persona inconsciente, sobre todo si su peso nos impide transportarlo. Solo es conveniente cuando o hay ninguna otra posibilidad.

Ata las muñecas del afectado una con otra, colócate a horcajadas sobre el herido y pasa sus manos por tu cuello. Arrástralo para movilizarlo.

MÉTODO DEL BOMBERO

Se utiliza para transportar personas de poco peso y necesitamos una mano libre en todo momento para agarrarnos a algo. Si el peso del herido es excesivo no utilices esta técnica ya que puede desestabilizarte y caer.

Ayuda al paciente a incorporarse. Si está inconsciente colócalo boca abajo y luego levántalo de rodillas y luego de pie. Una vez levantado inclínate hasta colocar su hombro contra la cintura del paciente y deja que se vaya inclinando sobre ti. Sujeta finalmente el brazo derecho del paciente con su brazo izquierdo, pasándolo por delante de las piernas a fin de lograr una mayor sujeción del mismo.



TRASLADO DE HERIDOS

TRASLADO DE PACIENTES CON DOS SOCORRISTAS

ASIENTO DE CUATRO MANOS

Este método se utiliza para trasladar herido conscientes que no pueden andar. En estos casos la principal ventaja consiste en la posibilidad de obtener colaboración por parte del paciente que puede sujetarse con uno o dos brazos.



Cogemos nuestra muñeca izquierda con la mano derecha. Con la mano libre cogemos la muñeca izquierda del otro socorrista. Nos colocamos detrás del herido y dejamos que se siente mientras se agarra a nosotros por el cuello.

ASIENTO DE DOS MANOS

Este método se utiliza para transportar a accidentados que no pueden colaborar con sus portadores (brazos lesionados, inconscientes, etc).

Colocándose a ambos lados del accidentado pasamos nuestros brazos por la espalda y por la mitad de los muslos, agarrándose el portador al brazo del portador del otro lado.

MÉTODO DE LA SILLA

Se utiliza para transportar a un accidentado sin lesiones graves por un recorrido difícil como pasillos, escaleras, etc.

Comprobar previamente la resistencia y estado de la silla. Es conveniente asegurar al herido a fin de que no se mueva innecesariamente.

CAMILLAS IMPROVISADAS

Se pueden improvisar con un par de varillas rígidas con las variaciones siguientes:

- con vendas anudadas a intervalos regulares entre las varillas.
- chaquetas con las mangas vueltas del revés a través de las que pasamos las varillas.
- una manta doblada sobre las varillas

Deberán probarse las camillas antes de usarlas.

MATERIAL DE 1^{OS} AUXILIOS

ANEXO VI (R.D. 486/97)-MATERIAL DE PRIMEROS AUXILIOS

A. Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo utilizados por primera vez a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto y a las modificaciones, ampliaciones o transformaciones de los lugares de trabajo ya utilizados antes de dicha fecha que se realicen con posterioridad a la misma.

1. Los lugares de trabajo dispondrán de **material para primeros auxilios** en caso de accidente, que deberá ser **adecuado, en cuanto a su cantidad y características, al número de trabajadores, a los riesgos a que estén expuestos y a las facilidades de acceso al centro de asistencia médica más próximo**. El material de primeros auxilios deberá adaptarse a las atribuciones profesionales del personal habilitado para su prestación.
2. La situación o distribución del material en el lugar de trabajo y las facilidades para acceder al mismo y para, en su caso, desplazarlo al lugar del accidente, deberán garantizar que la prestación de los primeros auxilios pueda realizarse con la rapidez que requiera el tipo de daño previsible.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores, todo lugar de trabajo deberá disponer, como mínimo, de un **botiquín portátil** que contenga **desinfectantes y antisépticos autorizados, gases estériles, algodón hidrófilo, venda, esparadrapo, apósitos adhesivos, tijeras, pinzas y guantes desechables**.
4. El material de primeros auxilios se revisará periódicamente y se irá reponiendo tan pronto como caduque o sea utilizado.
5. Los lugares de trabajo de más de 50 trabajadores deberán disponer de un local destinado a los primeros auxilios y otras posibles atenciones sanitarias. También deberán disponer del mismo los lugares de trabajo de más de 25 trabajadores para los que así lo determine la autoridad laboral, teniendo en cuenta la peligrosidad de la actividad desarrollada y las posibles dificultades de acceso al centro de asistencia médica más próximo.
6. Los locales de primeros auxilios dispondrán, como mínimo, de un botiquín, una camilla y una fuente de agua potable. Estarán próximos a los puestos de trabajo y serán de fácil acceso para las camillas.
7. El material y locales de primeros auxilios deberán estar claramente señalizados.

B. Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo ya utilizados antes de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto, exceptuadas las partes de los mismos que se modifiquen, amplíen o transformen después de dicha fecha.

A los lugares de trabajo ya utilizados antes de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto, exceptuadas las partes de los mismos que se modifiquen, amplíen o transformen después de dicha fecha, les serán de aplicación las disposiciones de la parte A del presente Anexo con las modificaciones que se señalan en el párrafo siguiente.

Los apartados 5 y 6 no serán de aplicación, salvo en lo relativo a aquellas obligaciones contenidas en los mismos que ya fueran aplicables en los citados lugares de trabajo en virtud de la normativa vigente hasta la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto.

TELEFONOS DE AMBULANCIAS

SOS DEIAK: *112*

CRUZ ROJA: *945 22 22 22*

DYA: *945 28 10 20*



	<i>TEST DE EVALUACION</i>
--	----------------------------------

***TEST DE
EVALUACIÓN***

TEST DE EVALUACION

1. Ante un accidentado/herido el socorrista debe:

- a) Tranquilizar al accidentado y empezar por lo más urgente (tabla de prioridades)
- b) No mover al accidentado y ni darle de beber
- c) La a y b son correctas

2. Las prioridades en actuación están en el siguiente orden:

- a) Hemorragias – RCP – fracturas importantes - estados de choque - fracturas leves -quemaduras/heridas/etc.
- b) Fracturas – RCP – estados de choque – hemorragias
- c) Fracturas – hemorragias – estados de choque - RCP

3. Para liberar una obstrucción de las vías aéreas (respiración) a una persona inconsciente:

- a) Ladear la cabeza, abrir la boca y limpiar por dentro con barrido
- b) Abrir la boca y limpiar por dentro
- c) Si la opción “a” no resulta, ladear cabeza y hacer de 4-6 compresiones abdominales

4. Para la Reanimación Cardio Pulmonar en adultos se sigue la siguiente frecuencia:

- a) Empezar con 2 insuflaciones rápidas y seguir con frecuencia de 15 masajes cardiacos y 2 insuflaciones
- b) Empezar con 2 insuflaciones rápidas y seguir con frecuencia de 5 masajes cardiacos y 1 insuflacion
- c) frecuencia de 30 masajes cardiacos y 2 insuflacion

5. Los estados de choque (alteración del equilibrio interno) vienen motivados por traumatismos, frío-calor, hemorragias, electrocución y otros. El tratamiento de los estados de choque será:

- a) Hacer tratamiento del problema ocasionante del estado de choque
- b) Dar de comer y beber
- c) Hacer tratamiento del problema de origen (hemorragias, RCP, fracturas, etc) y mantener acostado y en caliente.

6. Para colocar al trabajador en postura lateral de seguridad

- a) Cuando esta de lado hay que abrir las vias aereas y colocar la cabeza en hiperextension
- b) Abrir las vias aereas y colocar de lado
- c) Colocar la cabeza en hiperextension

7. Las hemorragias tienen prioridad sobre el resto de las actuaciones. El tratamiento de las hemorragias externas consiste en:

- a) Presion directa sobre la herida (con gasas/pañuelos esteriles o limpios) y elevacion del miembro afectado. Si la hemorragia no cesa, hacer un vendaje compresivo y en ultimo lugar torniquete.
- b) hacer un vendaje compresivo y en ultimo lugar torniquete.
- c) hacer un vendaje compresivo en la herida y en ultimo lugar torniquete.

8. Las heridas son una rotura traumática de la piel. El tratamiento es el siguiente:

- a) Limpiar la herida con antiséptico o agua a chorro. Limpiar la herida de dentro a afuera
- b) Tapar la herida con un apósito empapado en YODO.
- c) La respuesta “a” y “b”.

9. El tratamiento ante una fractura es el siguiente:

- a) Mover al lesionado e intentar colocarle el hueso en el sitio
- b) No mover al lesionado, descubrir la fractura e inmovilizarla
- c) Si aparece sensación de hormigueo/amoramiento por la inmovilización, no aflojar.

10. Para las fracturas abiertas cuando el hueso sobresale de la herida:

- a) Cubrir la herida, colocar donuts e inmovilizarlo y tratar la fractura como cerrada.
- b) Colocar el hueso en su sitio e inmovilizar.
- c) Colocar el hueso en su sitio e inmovilizar. Trasladar a un hospital

11. El neumotorax viene provocado por:

TEST DE EVALUACION

- a) Envenenamiento por mordedura de serpiente
- b) Perforación del pulmón o entrada de aire en la cavidad pleural
- c) Estado de choque producido por una ola de calor

12. El tratamiento para el neumotorax es:

- a) Reanimación cardiopulmonar y traslado urgente a hospital
- b) Limpiar y cerrar hermeticamente la herida con material impermeable, realizar RCP.
- c) Limpiar y cerrar hermeticamente la herida, realizar RCP y prevenir estados de choque.

13. La gravedad de las quemaduras depende de:

- a) % de la extensión
- b) profundidad: 1º, 2º o 3º grado.
- c) Ambas respuestas son correctas

14. Que NO hay que hacer ante una quemadura:

- a) No aplicar tratamientos: pomadas, cremas, etc. Ni otra cosa que no sea agua.
- b) No enfriar demasiado al paciente, solo la zona quemada.
- c) Reventar las ampollas de la piel y dar agua y medicamentos para el dolor.

15. El golpe de calor producido por una insolación se combate con:

- a) Dando agua para beber y controlándole la temperatura
- b) Reduciendo la temperatura corporal: retirar a la sombra y en reposo y mojar el cuerpo.
- c) Reduciendo la temperatura corporal: retirar a la sombra y en reposo y mojar el cuerpo. Traslado a hospital cuando la temperatura haya descendido a 37-38°C

16. Tratamiento de las congelaciones profundas:

- a) Friccionar la piel para calentarla y tapar para evitar que los miembros se golpeen y casquen
- b) Proteger las partes afectadas para evitar golpes y dar de beber (solo a conscientes) bebidas calientes y azucaradas. Traslado urgentemente a un hospital
- c) Traslado urgentemente a un hospital

17. Utilización correcta de apósitos y vendas:

- a) Se puede utilizar algodón para absorber secreciones directamente sobre la herida.
- b) Si el apósito queda manchado de sangre, quitar y poner otro nuevo.
- c) Desechar todo apósito o venda que presente dudosas condiciones higiénicas

18. Utilización correcta de apósitos y vendas:

- a) controlar periódicamente la zona más alejada del vendaje (manos y pies) para comprobar el riego sanguíneo (hormigueo, coloración azul).
- b) Tapar los dedos con la venda para que no se enfrién.
- c) Hacer los nudos del vendaje encima de la zona lesionada.

19. Tratamiento de los esguinces (inflamación de la zona, amoratamiento e impotencia funcional):

- a) Mantener en reposo y aplicar hielo y colocar vendaje compresivo.
- b) Mantener en reposo y aplicar hielo y colocar vendaje compresivo. Elevar el miembro afectado.
- c) Mantener en reposo y aplicar hielo y colocar vendaje compresivo. Elevar el miembro afectado y aplicar calor las primeras 48 horas.

20. Para el tratamiento de una luxación:

- a) Mismo tratamiento que para esguinces
- b) Mover la articulación y colocar en su sitio.
- c) Inmovilizar la articulación con la misma técnica que para las fracturas.