

PRIMEROS AUXILIOS

EN LA ACTIVIDAD FÍSICA

Y DEPORTIVA

1. INTRODUCCIÓN

Al realizar cualquier tipo de actividad física, deporte o ejercicio físico, ya sea en instalaciones deportivas convencionales (pabellones deportivos, pistas polideportivas al aire libre, pistas de atletismo, parques urbanos, gimnasios, piscinas...), o en el medio natural (bosque, campo abierto, caminos vecinales, lagos, mar, ríos...), siempre es posible que se produzca cualquier tipo de accidente o contingencia inesperada que puede provocarnos situaciones desagradables de mayor o menor gravedad.

Si pensamos en este accidente o “**Urgencia**” nos imaginamos directamente una situación de drama y agitación. Si no disponemos de personal especializado (enfermeros y/o médicos), la ansiedad y la incertidumbre (inevitables en estas situaciones) pueden jugar malas pasadas, bloqueando a la persona y no sabiendo reaccionar.

El objetivo de este manual es proporcionar a todo el colectivo que realiza actividad física y deporte en particular, y a aquellas personas que no realizan ningún tipo de actividad de esta clase, pero que pueden verse involucradas en ellas como espectadores o, simplemente “pasar por allí”, los conocimientos más elementales para dispensar una ayuda eficaz a aquellas personas que han sufrido cualquier tipo de accidente hasta que acudan los servicios especializados.

Con estos conocimientos se estará capacitado para intervenir prestando auxilio eficazmente, evitando el empeoramiento o agravamiento de las lesiones

producidas, aliviando en lo posible el dolor, infecciones, hemorragias, etc. y en algunos casos hasta incluso la muerte.

2. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Los primeros auxilios son las medidas que se toman inicialmente en un accidente, en el lugar dónde ha ocurrido, independientemente de la gravedad de las lesiones que se produzcan, hasta que aparece la ayuda sanitaria. Son actividades fundamentales ante una urgencia. Los medios de reanimación de que disponen los centros sanitarios son cada vez más sofisticados pero esos primeros momentos después del accidente, lejos del centro hospitalario, son decisivos para su evolución posterior del accidentado. Por ello es fundamental que la sociedad posea conocimientos para saber actuar en esos instantes, para realizar esos primeros auxilios; esa capacidad puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte, entre una situación de invalidez temporal o permanente, o también entre una recuperación rápida y una larga convalecencia en el hospital. Toda la población debería tener la capacidad de decisión para actuar con responsabilidad y criterio cuando la situación lo requiere, ayudarse a sí mismos y también ayudar a los demás pues es al mismo tiempo una muestra de solidaridad con el prójimo.

Los objetivos de los primeros auxilios son:

- a.: Conservar la vida.
- b.: Evitar complicaciones físicas y psicológicas.
- c.: Ayudar a la recuperación.
- d.: Asegurar el traslado del accidentado a un centro asistencial.

3. PRINCIPIOS GENERALES

El sujeto que está presente en el lugar del accidente o bien que ha sido avisado y acude como primer auxiliador debe actuar con dominio de la situación **manteniendo la serenidad**.

Lo primero y principal es **evaluar** la situación, sin precipitarse, de un solo vistazo. A continuación hay que **pedir ayuda**, bien enviando a otra persona, bien uno mismo si se está solo. Por último, **socorrer**, administrando los primeros auxilios. De esta manera puede actuar con eficacia e impedir actuaciones nefastas de testigos bienintencionados pero incompetentes.

La actuación del auxiliador en estos casos es triple: ("PAS")

- **PROTEGER:** (prevenir la agravación del accidente). Es necesario ante todo retirar al accidentado del peligro sin sucumbir en el intento.
- **ALERTAR:** la persona que avisa debe expresarse con claridad y precisión. Decir desde donde llama e indicar exactamente las características y lugar del accidente.
- **SOCORRER:** hacer una primera evaluación:
 - Comprobar si respira o sangra.
 - Hablarle para ver si está consciente.
 - Tomar el pulso (es más fácil encontrarlo en la arteria carótida).



En definitiva, la actuación está vinculada a conseguir dos objetivos:

- **Hacer frente a un riesgo inmediato y vital:** (Ej.: parada respiratoria, cardíaca, hemorragia masiva...).
- **Evitar o disminuir el riesgo de complicaciones posteriores al accidente.** (Ej.: parálisis por una manipulación inadecuada de una fractura de un miembro o de la columna vertebral).

NORMAS GENERALES PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS

Ante un accidente que requiere la atención de primeros auxilios, usted como auxiliador debe recordar las siguientes normas:

Actúe si tiene seguridad de lo que va a hacer. Si duda, es preferible no hacer nada, porque es probable que el auxilio que preste no sea adecuado y que contribuya a agravar al lesionado.

Conserve la tranquilidad para actuar con serenidad y rapidez, esto da confianza al lesionado y a sus acompañantes. Además contribuye a la ejecución correcta y oportuna de las técnicas y procedimientos necesarios para prestar primeros auxilios.

De su actitud depende la vida de los heridos; evite el pánico.

No se retire del lado de la víctima; si está solo, solicite la ayuda necesaria (elementos, transporte, etc.).

Efectúe una revisión de la víctima, para descubrir lesiones distintas de las que motivaron su auxilio y atención y que no pueden ser manifestadas por el lesionado o sus acompañantes.

Ejemplo:

Una persona quemada que simultáneamente presenta fracturas y a las cuales muchas veces no se les presta suficiente atención por ser más visible la quemadura.

Haga la valoración de la víctima, de acuerdo con:

- No olvide que las posibilidades de supervivencia de una persona que necesita atención inmediata son mayores, si ésta es adecuada y si el transporte es rápido y apropiado.
- Haga una identificación completa de la víctima, de sus acompañantes y registre la hora en que se produjo la lesión.
- Dé órdenes claras y precisas durante el procedimiento de primeros auxilios. Inspeccione el lugar del accidente y organice los primeros auxilios, según sus capacidades físicas y juicio personal. Recuerde: "**No luche contra lo imposible**".

4. LESIONES DEPORTIVAS MÁS FRECUENTES

La **lesión deportiva** puede ser definida como aquel accidente traumático o estado patológico, como consecuencia de la práctica deportiva. El incremento notable del número de lesiones deportivas en la infancia y en la adolescencia en las últimas décadas puede tener como una de las causas fundamentales la reiteración del mismo tipo de gesto deportivo por realizar el ejecutante una única especialidad deportiva (Cahill y Peral, 1993). Por ello, la necesidad de una práctica variada de la actividad física, como criterio que este orientada a la salud, como comentan Devís y cols. (2000).

La actividad física y el deporte son actividades beneficiosas para el cuerpo, pero al practicarlos se puede incrementar el riesgo de sufrir determinadas lesiones y accidentes. Las más frecuentes son:

- **Lesiones musculares:** tirones, roturas musculares...como consecuencia de realizar movimientos explosivos.
- **Lesiones articulares y óseas:** esguinces, roturas de ligamentos, fracturas...pueden producirse por golpes o caídas bruscas.
- **Lesiones cutáneas:** ampollas por rozamiento en las zapatillas, heridas al caerse al suelo.

- **Lesiones por sobreesfuerzo:** las agujetas se producen por realizar ejercicios nuevos o de intensidad que excede a la acostumbrada.
- **Lesiones respiratorias:** asfixias por esfuerzo excesivo o flato son habituales.

Actuaciones más frecuentes de las lesiones más típicas en la práctica físico-deportiva, están clasificadas en varios apartados para hacer más sencilla su identificación y posterior actuación.

| RESPIRATORIOS | | | |
|----------------------|---|---|--|
| DIAGNÓSTICO | SÍNTOMAS | CAUSAS | ¿QUÉ HACER? |
| Asfixia | Insuficiencia respiratoria. Crisis asmática. | Imposibilidad respiratoria normal. Angustia. | Caminar abriendo los brazos. Broncodilatador. Tranquilizar al enfermo. |
| Flato | Pinchazo abdominal que nos obliga a reducir el ritmo. | Bebidas con gas. Comidas pesadas. Correr hablando. Distensión del abdomen. | Reducir el ritmo. Presionar la zona con el dedo y respirar de forma profunda. |

| Térmicos | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| Diagnóstico | Síntomas | Causas | ¿Qué hacer? |
| Deshidratación | Piel seca y caliente. Mucha sed. Saliva blanca y pequeña. Disminución del rendimiento. | Falta de hidratación. Excesivo calor. No llevar vestimenta adecuada. | Bebidas ricas en sales. Reducir la intensidad deportiva. |
| Insolación | Dolor de cabeza. Sudor frío. Mareo. Vómitos. | Exposición excesiva al sol. | Beber agua. Colocarse en la sombra. Trapos húmedos. |
| Hipotermia | Excesivo frío. Carne de gallina. Temblores. Aceleración cardíaca. | Ropa no adecuada a la temperatura exterior. Hemorragias. | Abrigar. No dar alcohol. |

| Otros | | | |
|---------------------|--|------------------------------------|--|
| Diagnóstico | Síntomas | Causas | ¿Qué hacer? |
| Picadura | Dolor localizado intenso. Inflamación. Enrojecimiento. | Mordedura de insectos. | Hielo. Compresión. Extraer aguijón. Traslado urgente. |
| Intoxicación | Malestar agudo. Dolor abdominal. Mareo. | Inhalación. Ingesta de tóxicos. | Averiguar el veneno. Vómito. Traslado urgente. |
| Quemadura | Dolor intenso. Enrojecimiento. | Contacto con calor extremo. | Agua o hielo. Antiséptico. Médico. |

| Musculares | | | |
|------------------------|--|--|---|
| Diagnóstico | Síntomas | Causas | ¿Qué hacer? |
| Contusión | Dolor fuerte producido en el músculo. Puede existir hinchazón o maraton posterior. | Golpes diversos. | Hielo. Antiinflamatorio. Comprensión (venda). No dar calor ni masaje. |
| Calambre | Especie de rampa o descarga eléctrica que nos impide realizar la actividad. | Deshidratación. Esfuerzo excesivo. | Estiramientos. Bebidas isotónicas. Masaje. Plátanos, cítricos. Baños calientes. |
| Tirón | Pinchazo y dolor muscular intenso. | Gesto explosivo para el que no estábamos preparados (en frío). | Reposo. Hielo. Elevación. Masaje a los 3 días. |
| Rotura fibrilar | Pinchazo muscular muy intenso acompañado de mucho dolor. Hinchazón. | Gesto explosivo y muy fuerte. Es un tirón extremo. | Reposo. Hielo. Elevación. Comprensión. No masaje. |
| Agujetas | Pequeños pinchazos que provocan sensación de pesadez. | Esfuerzo no habitual. Carga excesiva. Rotura de fibrillas. | Baños calientes. Masajes muy suaves. Estiramientos suaves. Deporte moderado. |
| Tendinitis | Dolor localizado en alguna articulación, molesto y que reduce nuestro rendimiento. | Carga de trabajo excesivas. Inflamación del tendón. | Reposo o disminución de cargas. Hielo. Antiinflamatorio. |

| Articulares | | | |
|--------------------|--|---|---|
| Diagnóstico | Síntomas | Causas | ¿Qué hacer? |
| Esguince | Dolor en la articulación que impide mover o apoyar la zona afectada. | Doblar demasiado la articulación. Lesión de ligamentos de la articulación. | Hielo. Antiinflamatorio. Comprensión (venda). Elevación. |
| Fractura | Dolor e impotencia funcional con desplazamiento de los huesos. | Caída. Torsión. Golpe brusco. | No mover. Inmovilización. Traslado urgente. Taponar si sangra. |
| Luxación | Dolor muy fuerte al mover la articulación. | Golpe o sacudida brusca. Desplazamiento de la articulación de su sitio. | Inmovilizar. Traslado urgente medico. |

5. PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

- **Lipotimia**
- **Epilepsia**
- **Coma etílico**

LIPOTIMIA

También se llama desvanecimiento, desmayo o síncope.

Consiste en la pérdida de conocimiento de forma breve, superficial y transitoria debida normalmente a la disminución más o menos brusca del flujo sanguíneo que llega al cerebro y por tanto también del oxígeno, lo que provoca una isquemia cerebral.

Suele acompañarse de manifestaciones previas a la pérdida de conocimiento como la sensación de mareo y de flojera en las piernas.

CAUSAS:

El miedo, las emociones intensas, las visiones desagradables (sangre).

El calor, el agotamiento, los ambientes cerrados, la falta de aire fresco, favorecen el mecanismo de producción.

La postura, por ejemplo permanecer de pie en reposo, quieto, durante un día caluroso o incorporarse bruscamente después de haber estado un rato tumbado.

Frecuentemente aparecen juntas varias de ellas.

SÍNTOMAS:

El paciente se siente mareado, se desvanece y se desploma. Presenta la piel de la cara pálida, fría y sudorosa. Su pulso es rápido y débil a veces no se puede percibir en la muñeca. Puede presentar lesiones como consecuencia de la caída (heridas, contusiones, fracturas).

ACTUACIÓN

Si la persona siente que se va a marear:

- Sentarla con la cabeza agachada o tumbada en posición de decúbito supino elevando las piernas 45°.
- Aflojarle la ropa que le oprima
- Mantenerla en reposo hasta que esté bien.

Si la persona se ha desmayado:

- Colocarla en decúbito supino y elevarle las piernas 45°.
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea y asegurarse de que respira.
- Aflojarle la ropa que le oprima.
- Mantenerla tumbada durante unos minutos.
- Retirar a los curiosos del lugar

CRISIS EPILÉPTICAS

Enfermedad que afecta al sistema nervioso y en la que aparecen crisis caracterizadas por la pérdida de conocimiento y convulsiones, acompañado a veces por salivación excesiva.

FASES:

En ocasiones la crisis suelen ir precedidas de sensaciones premonitorias **(aura)**.

Inicialmente el sujeto suele **gritar, pierde el conocimiento brusca y repentinamente y cae al suelo.**

Fase de contracción muscular intensa y generalizada, con breve paro respiratorio (10-20seg) que ocasiona la aparición de cianosis en labios y cara.

Fase de sacudidas musculares breves generalizadas, respiración ruidosa, hypersalivación, pérdida de orina. El paciente puede morderse la lengua y expulsar espuma por la boca.

Periodo post-convulsivo. Progresivamente el sujeto se despierta confuso, desorientado, y no se acuerda de lo que ha pasado.

ACTUACIÓN

- No sujetar a la víctima para tratar de cortar el ataque, dejar que suceda la crisis.
- Apartar los objetos de alrededor de la víctima para evitar que se lesione.
- Colocar un objeto blando bajo la cabeza, así como intentar almohadillar el suelo (mantas,...).
- Aflojar las ropas alrededor del cuello y la cintura.
- Intentar introducir un objeto blando en la boca para evitar que se muerda la lengua. Nunca duro, ya que podría dañarse los dientes o la mandíbula.
- Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad durante el periodo post-convulsivo.
- Explorar posibles lesiones debidas a la caída como heridas o fracturas.
- **REMITIR AL ACCIDENTADO AL CENTRO MÉDICO UNA VEZ HAYA PASADO LA CRISIS.**
- Las crisis suelen durar menos de 10 minutos.
- **SI NO DESPIERTA PASADO ESE TIEMPO, LLAMAR AL 112 Y EVACUAR.**

COMA ETÍLICO

El consumo de bebidas alcohólicas en las que la fermentación del azúcar ha producido alcohol, se remonta seguramente a varios milenios. Las bebidas destiladas de mayor concentración alcohólica, son más recientes.

La intoxicación aguda pasa por diversas fases que dependen de la concentración de alcohol en la sangre. El alcohol es rápidamente absorbido por el tubo digestivo.

Tomado en ayunas a los cinco minutos ya se perciben sus efectos

SÍNTOMAS

- Efectos sobre el sistema nervioso central, en el habla, en los reflejos, en la marcha, alteraciones de la conciencia.
- Mareos y vómitos.
- Paso de euforia inicial a un estado de confusa embriaguez que culmina en el coma [pérdida de sensibilidad y reflejos].

ACTUACIÓN

- Llamar 112.
- Evitar el enfriamiento del paciente.
- Evitar que el paciente se deshidrate. Si puede beber se le administrará agua con azúcar y bicarbonato [una cucharadita de cada elemento en un vaso de agua] en pequeñas y repetidas dosis.
- Vigilancia de la respiración.
- Si perdió la consciencia, evitar que el paciente se ahogue con su propio vómito, colocándolo en posición lateral de seguridad.
- Si existe parada cardiorespiratoria, iniciar RCP.

6. TRAUMATISMOS

- **Roturas musculares**
- **Contusiones**
- **Esguinces**
- **Luxaciones**
- **Fracturas**
- **Heridas**
- **Politraumatismo**

DEFINICIÓN

Se considera traumatismo cualquier agresión que sufre el organismo provocada por la agresión de un agente externo. Existen distintas clases.

ROTURAS MUSCULARES

Se producen cuando el músculo se estira y se rompe. Comparemos una goma elástica con nuestros músculos. Si estiramos una goma, por su capacidad elástica volverá a su estado inicial, pero si la estiramos demasiado se romperá. Igual es el mecanismo que se produce en un músculo si le exigimos demasiado. Esta rotura muscular se produce normalmente por las siguientes causas: levantar algo pesado, exigirle demasiado al músculo o tener la musculatura poco preparada para realizar un deporte o actividad física por realizar un mal calentamiento.

El desgarro o rotura muscular es lo que popularmente se conoce en el mundo del deporte por “tirón muscular” y que no hay que confundir con una “rampa”. Generalmente afectan a músculos de gran volumen como los del muslo (isquiotibiales y cuádriceps), y la espalda (lumbares, dorsales y cervicales).

CONTUSIONES

Son las lesiones de las partes blandas o del tejido muscular que no se acompaña de pérdida de continuidad de la piel. Pueden ocultar lesiones más graves.

Tipos:

- **Contusión simple:** Se caracteriza por el enrojecimiento de la piel después de un golpe. Por ejemplo una bofetada.
- **Equimosis:** Es la rotura de pequeños vasos sanguíneos que se transforman en acúmulos de sangre. Es lo que popularmente se conoce por “cardenal”.
- **Hematoma:** La sangre sale en mayor cantidad de los vasos y se acumula debajo del tejido celular subcutáneo, produciendo un abultamiento conocido como “chichón”.
- **Muerte del tejido:** Es la contusión más grave que produce un aplastamiento de los tejidos ocasionado por golpes muy violentos.

ACTUACIÓN

- Frío para reducir la tumefacción y equimosis.
- Valorar por personal sanitario pues puede esconder lesiones más graves.

ESGUINCES

Desgarro incompleto de la capsula articular o ligamentos, sin rotura.

Se clasifican en:

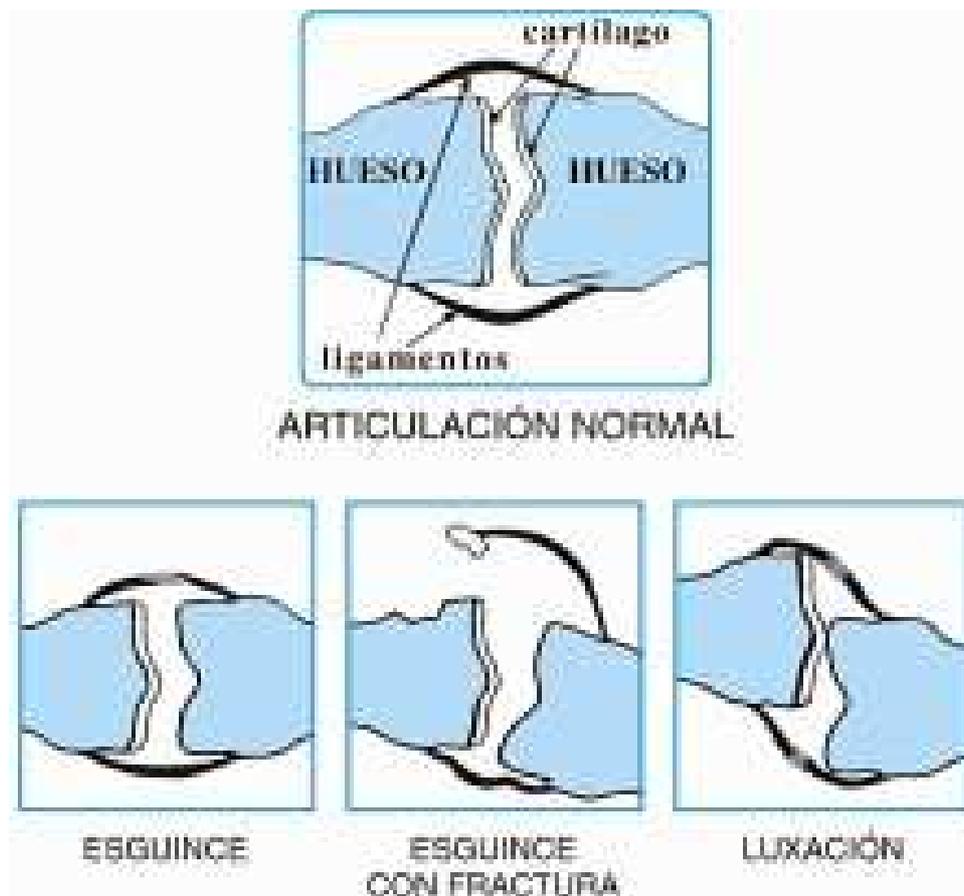
- **Primer grado:** Son el resultado de la distensión de los ligamentos que unen los huesos de la articulación. La hinchazón es mínima y el paciente puede comenzar la actividad deportiva en dos o tres semanas.

- **Segundo grado:** Los ligamentos se rompen parcialmente, con hinchazón inmediata. Generalmente precisan de un periodo de reposo de tres a seis semanas antes de volver a la actividad normal.

- **Tercer grado:** Son los más graves y suponen la rotura completa de uno o más ligamentos pero rara vez precisan cirugía. Se precisan ocho semanas o más para que los ligamentos cicatricen.

ACTUACIÓN

- Frío.
- Inmovilización.
- Traslado al hospital.



LUXACIONES

Desplazamiento permanente de un extremo del hueso fuera de la articulación.

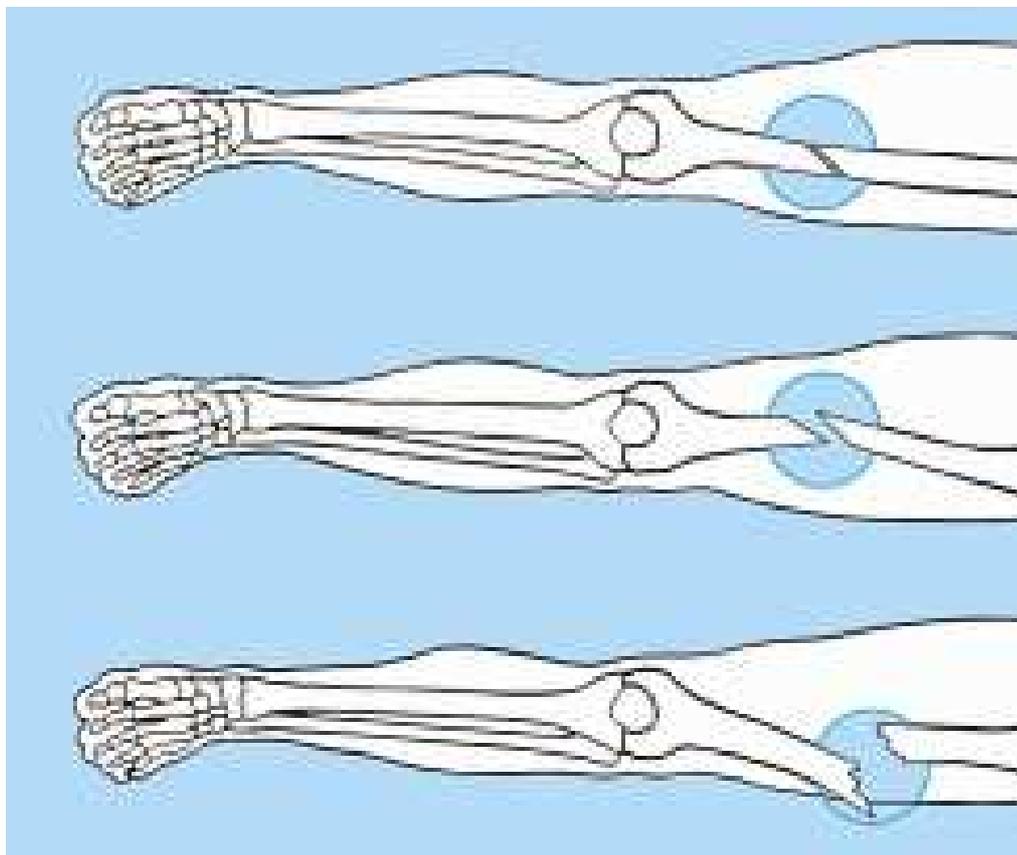
ACTUACIÓN

- Frío.
- Nunca intentar colocar la articulación sin conocimientos médicos.
- Inmovilizar.
- Traslado.

FRACTURAS OSEAS

Pueden ser:

Cerradas o abiertas



Síntomas:

- Impotencia funcional
- Dolor
- Chasquido o crepitación
- Hinchazón-tumefacción
- Amaratamiento

Fractura Abierta

Aquella que está complicada con una herida.

ACTUACIÓN

- Cortar la hemorragia si existe presionando sobre la herida.
- Cubrir la herida con apósitos estériles.
- No mover.
- **LLAMAR AL 112 Y DERIVAR A HOSPITAL.**

Fracturas Cerradas

ACTUACIÓN

- No mover al lesionado, dejarlo tendido en el suelo.
- Traslado inmediato al Hospital.

HERIDAS

Una herida es la pérdida en la continuidad de la piel o de los diferentes órganos producida por corte, desgarro, rasguño, contusión, etc.

Las heridas pueden ser clasificadas en leves y graves, en función de una o varias de estas características:

- Profundidad
- Extensión
- Localización
- Suciedad evidente, cuerpos extraños o signos de infección.

También se clasifican en:

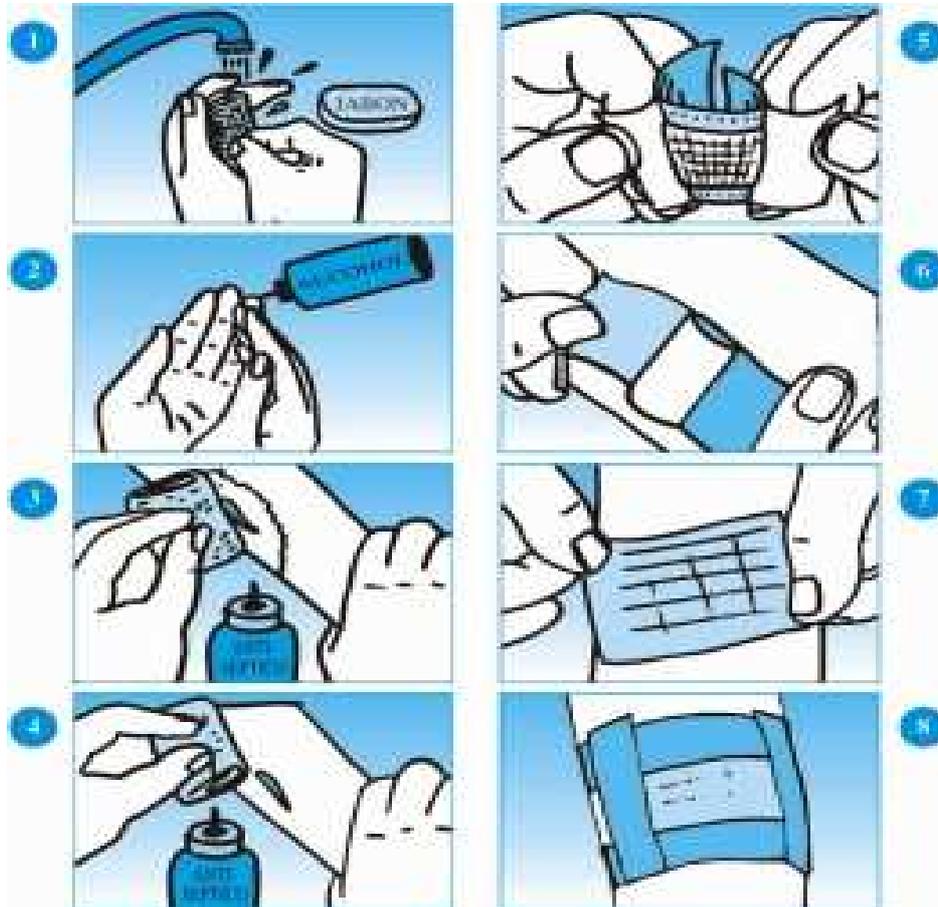
- **INCISAS:** originadas por objeto cortante.
- **CONTUSAS:** originadas por objeto romo. Hemorragias internas.
- **ESPECIALES:**
 - Mixtas o incisocontusas.
 - Punzantes.
 - Por mordedura.
 - Con arrancamiento.

Heridas simples

ACTUACIÓN

- Estas son las que el auxiliador puede tratar, desinfectándolas y colocando el apósito correspondiente.
- El auxiliador se lavará las manos concienzudamente con agua y jabón abundantes.

- Limpiar la herida, partiendo del centro al exterior, con jabón o líquido antiséptico.
- Colocar apósito o vendaje compresivo.



NO UTILIZAR DIRECTAMENTE SOBRE LA HERIDA

- Alcohol
- Algodón
- Pomadas con antibióticos

Heridas Graves

ACTUACIÓN

- Taponar la herida con gasas limpias o con compresas estériles si se disponen de ellas.

➤ Aplicar una venda sobre la herida, más o menos apretada en función de la importancia de la hemorragia, cuidando de no interrumpir la circulación sanguínea.

➤ Si es un miembro superior, colocar un cabestrillo.

➤ Si la hemorragia no se detiene atención a shock hipovolémico (pérdida de más del 20% del volumen sanguíneo). Conlleva muerte inminente. Síntomas:

- Sed
- Confusión
- Piel fría y de color pálido
- Respiración rápida
- Pérdida de conocimiento

➤ **LLAMAR AL 112 Y EVACUAR URGENTEMENTE.**

TRAUMATISMOS. PRIMEROS AUXILIOS GENERALES

Resumen de las medidas a seguir:

- Reposo
- Frío local
- Inmovilización
- Elevar extremidad
- Trasladar a centro sanitario
- Si existen signos de gravedad:

Pedir ayuda al 112

POLITRAUMATISMOS

Es la asociación de MULTIPLES LESIONES TRAUMÁTICAS, producidas por un mismo accidente, que suponen un RIESGO VITAL para el accidentado. El accidente más común es el tráfico ya sea en moto, turismo o bicicleta.

CAUSAS DE MUERTE TRAUMÁTICA

- Instantánea o precoz (15%)
 - Hemorragia masiva (shock hipovolémico)
 - *OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA*
 - Destrucción irreparable cerebral.
- En la 1ª HORA de ORO (65%)
 - *Hemorragias externas causando shock hipovolémico.*
- Tardías (20%): al cabo de días.
- La causa de MUERTE EVITABLE más frecuente es la OBSTRUCCIÓN de la VÍA AÉREA.

ACTITUD ANTE UN ACCIDENTE

1. PEDIR AYUDA: 112
2. Estacionar nuestro vehículo donde no dificulte la circulación y que facilite el acceso y salida de las emergencias
3. Encender los pilotos de emergencia
4. No bajar del coche si no tenemos garantizada nuestra seguridad
5. Antes de bajar, nos pondremos los chalecos de uso normalizado.
6. Colocaremos los triángulos de señalización correctamente.
7. Nos desplazaremos al lugar del accidente en el sentido contrario a la circulación, siempre que sea posible.
8. Evaluar la situación: número de vehículos implicados, número de accidentados y gravedad de los mismos.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- NO MOVER al accidentado (siempre hemos de presuponer que puede tener una lesión cervical)
- NO QUITAR el CASCO
- NO DAR de BEBER
- NO SACARLO del VEHÍCULO (salvo que haya certeza de incendio inminente)

LO QUE PODEMOS HACER

- Si detectamos que no respira o tiene dificultad para hacerlo, inspeccionar la boca y, si hay un cuerpo extraño, extraerlo con los dedos
- Abrigarle con una manta o ropa (sin moverlo), para evitar el enfriamiento
- Si detectamos un punto sangrante, COMPRIMIR con un paquete de gasas o pañuelo limpio, y protegiéndonos con unos guantes.

7. LESIONES POR CALOR

Las lesiones por calor se dividen en dos clases dependiendo si el accidente térmico afecta a todo el cuerpo o solamente a parte de él: **localizadas** (quemaduras) y **generalizadas** (agotamiento por calor o deshidratación y golpe de calor o insolación).

LESIONES POR CALOR LOCALIZADAS: QUEMADURAS

Son lesiones de la piel y otros tejidos provocadas por diferentes causas como el calor, la electricidad, productos químicos, etc.

Factores que determinan la gravedad de una quemadura:

- **Profundidad**: condiciona la cicatrización.
- **Extensión**: el peligro de muerte es directamente proporcional a la superficie quemada.
- **Localización**: cara, manos, orificios naturales, genitales, etc.
- **Edad**: niños y ancianos.
- **Riesgos de infección**: se produce siempre por la pérdida de la piel

Según la profundidad se clasifican en:

- Quemaduras de **primer grado**: la piel está enrojecida (eritema).
- Quemaduras de **segundo grado**: la parte interior de la piel (dermis) se quema, formándose ampollas (flictena) llenas de un líquido claro.

➤ Quemaduras de **tercer grado**: la piel está carbonizada y los músculos, vasos y huesos pueden estar afectados.



CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA QUEMADURA GRAVE:

➤ **Eliminar o suprimir la causa.** Si la ropa está en llamas, impedir que el accidentado corra, enrollarlo en una manta o abrigo o hacerlo rodar por el suelo.

➤ **Enfriar la quemadura.** Rociar las regiones quemadas con abundante agua o apósitos empapados para evitar el avance de la quemadura.

➤ **Cubrir las quemaduras.** Proteger las quemaduras con sábanas limpias y a ser posible con compresas estériles.

➤ **No quitar la ropa si está adherida a la piel.** Sólo se quitará si está impregnada de productos cáusticos o hirvientes.

➤ **Cubrir al herido.** Con una manta o similar al fin de evitar el enfriamiento general.

➤ **Posición horizontal del quemado.** Generalmente de espaldas o en posición lateral si tiene quemada la espalda o boca abajo si tiene quemados los costados y la espalda.

➤ No dar de beber ni comer al quemado grave.

➤ **Avisar a los servicios de urgencias 112.**

➤ **Evacuación inmediata.**

Quemaduras Eléctricas

La corriente eléctrica, sea generada artificialmente o natural (rayos), ocasiona lesiones muy diversas que van desde quemaduras pequeñas hasta traumatismos múltiples y la muerte dependiendo de la intensidad de la corriente, La resistencia del sujeto a la descarga y la duración de la exposición.

Tipos de lesiones:

- Quemaduras llamadas propiamente eléctricas por la acción de la corriente a través del organismo ya que lesionan planos más profundos y a menudo destruye músculos y altera órganos internos, llegando incluso a producir paradas cardiorespiratorias e incluso la muerte.

Ante una electrocución se debe actuar de la siguiente manera:

- Cortar la corriente eléctrica antes de tocar al accidentado; en caso de que esto no sea posible, aislarlo utilizando un objeto que no sea conductor de la electricidad (ejemplo: un palo, papel de periódico, etc...)
- No emplear objetos metálicos.
- En caso de parada cardiorespiratoria, iniciar RCP sin interrupción hasta la llegada del personal sanitario de urgencia, al cual debe avisarse inmediatamente.

ACTUACIÓN

- Es similar al que se lleva a cabo en las quemaduras térmicas, ya que la corriente eléctrica al paso por el organismo produce calor lesionando los tejidos.

LESIONES POR CALOR GENERALIZADAS

Son lesiones que tienen relación con los mecanismos de regulación de la temperatura corporal del cuerpo humano. Generalmente se producen en ambientes calurosos, durante esfuerzos físicos intensos o en combinación de ambos factores.

- La temperatura corporal se mantiene entre 36,5 y 37,5 grados centígrados gracias al equilibrio entre la producción de calor y la pérdida del mismo.
- En el cerebro existe un “termostato”, que recibe información de la temperatura de la sangre, y activa los mecanismos de compensación.
- La mayor parte del calor es eliminado por radiación al medio ambiente y por evaporación de sudor.

Debe tenerse en cuenta los factores que influyen en el aumento de la temperatura corporal:

- Factores externos

Temperatura ambiental y humedad atmosférica elevada, ausencia de viento y sobrecarga de calor por radiación (vehículos al sol, calderas...).

- Factores internos

Fiebre, hiperactividad (convulsiones), esfuerzo muscular (ejercicio físico intenso).

DESHIDRATACIÓN O AGOTAMIENTO POR CALOR

Cuando aumenta la producción de sudor y se pierde gran volumen de líquido circulante se produce la deshidratación del organismo. Este trastorno suele ser pasajero, a menos que se prolongue la pérdida de líquidos.

SÍNTOMAS

- Temperatura corporal: normal o ligeramente elevada.
- Piel: húmeda y fresca.
- Malestar general, dolor de cabeza y náuseas.
- Calambres musculares
- Signos de pérdida de volumen sanguíneo (pulso débil y rápido, debilidad y sed).

ACTUACIÓN:

- Mantener al paciente en reposo, acostado y en lugar fresco.
- Si está consciente darle de beber, cada pocos minutos, agua en pequeñas cantidades.
- Si no se restablece, remitir a centro hospitalario.

INSOLACIÓN O GOLPE DE CALOR

Accidente provocado por la exposición prolongada al sol. Cuando la sobrecarga de calor excede la capacidad de los mecanismos de enfriamiento (el termostato cerebral termina fallando), el resultado es un aumento de la temperatura corporal, que puede llegar a más de 41°C, dañando el sistema nervioso y cardiovascular, pudiéndose producir secuelas permanentes y la muerte.

SÍNTOMAS

Debe sospecharse siempre que exista una alteración de la consciencia.

- Respuesta perezosa a estímulos o inconsciencia
- Vómitos
- Convulsiones
- Piel caliente, roja y generalmente SECA.
- Aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

ACTUACIÓN

- Poner al afectado a la sombra.
- Aflojar la ropa.
- Aplicar compresas frías y proporcionarle agua si está consciente.
- Traslado urgente a centro hospitalario.
- Si existe PCR llamar 112 e iniciar RCP.

8. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

El sistema respiratorio está capacitado únicamente para aceptar elementos gaseosos. La introducción en el mismo de cualquier cuerpo sólido o líquido implica la puesta en funcionamiento de los mecanismos de defensa, siendo la tos el más importante.

La obstrucción de las vía aéreas (OVA) impide que la sangre del organismo reciba el oxígeno necesario para alimentar los tejidos, lo que supone la muerte de los mismos.

En personas inconscientes, la principal causa de obstrucción de las vía respiratoria es la caída de la lengua hacia la orofaringe.

En personas conscientes, por lo general, el motivo de obstrucción es la “comida”, a esto se le conoce normalmente por “atragantamiento”, siendo una situación que se da con cierta frecuencia. Esta obstrucción por un cuerpo sólido se produce por aspiración brusca (risa, llantos, susto,...) de la comida que está en la boca.

Si el atragantado intenta respirar pero le resulta imposible total o parcialmente por tener algo ubicado en la vía respiratoria, lo primero que vamos a observar es que se lleva la manos al cuello, se escuchan pitidos/silbidos (obstrucción parcial) y comienza a ponerse muy nervioso, llegando incluso al desmayo. En estos casos hay que ayudarle mediante una serie de maniobras:

OBSTRUCCIÓN PARCIAL O INCOMPLETA

El cuerpo extraño no obstaculiza totalmente la entrada de aire, por lo que se pone en funcionamiento el mecanismo de defensa y la persona empieza a toser.

ACTUACIÓN

- Dejarlo toser, ya que con la tos se puede llegar a expulsar el cuerpo extraño.
- Observar que sigue tosiendo y que expulsa el cuerpo extraño.
- NO golpear nunca en la espalda, mientras el accidentado siga tosiendo, ya que se podría producir la obstrucción total o introducirse el cuerpo más.

OBSTRUCCIÓN COMPLETA O TOTAL

En este caso la persona no tose, no habla y NO RESPIRA.

Generalmente se lleva las manos al cuello y no nos puede explicar lo que le pasa, emitiendo sonidos afónicos. Presenta gran excitación, ya que está consciente de que no respira y tiene la sensación de muerte inminente.

Se procede en este caso a hacer la MANIOBRA DE HEIMLICH. El objetivo de la misma es empujar el cuerpo extraño hacia la salida mediante la expulsión brusca del aire que hay en los pulmones.

Esto se consigue efectuando una fuerte presión en la boca del estómago hacia adentro y hacia arriba con el fin de desplazar el diafragma para que este comprima los pulmones aumentando la presión del aire contenido en las vías respiratorias (tos artificial). ABRAZO DEL OSO.

MANIOBRA DE HEIMLICH

- Actuar con rapidez.
- Coger al accidentado por detrás y por debajo de los brazos. Colocar el puño cerrado 4 dedos por encima de su ombligo y colocar la otra mano sobre el puño.
- Reclinarlo hacia delante y efectuar la compresión abdominal en dirección hacia nuestra barbilla. La presión ha de ser

centrada y siempre en la misma dirección para evitar lesionar las vísceras abdominales.

➤ Si la obstrucción no se resuelve repetir hasta que la respiración sea posible. Si no es así LLAMAR AL 112 y continuar hasta que llegue la ayuda especializada.

➤ En caso de pérdida de conocimiento, se coloca al accidentado en posición de decúbito supino con la cabeza ladeada, y se sigue con la maniobra en el suelo.

➤ **SI OBESO O EMBARAZADAS:** las compresiones abdominales son ineficaces y/o existe riesgo de lesionar el feto. Hay que realizar la maniobra de Heimlich haciendo compresiones torácicas a la altura del esternón.

➤ Cuando una persona se encuentra sola, ella misma puede realizar la maniobra: formará un puño con las dos manos y se apretará con fuerza contra la parte superior del abdomen.

➤ En caso de inconsciencia se debe alternar la maniobra con ventilaciones artificiales.



9. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Incluye las medidas de prevención y diagnóstico precoz de la Parada Cardiorespiratoria, la activación del sistema de emergencia médica (SEM), y la práctica de la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica: apertura de la vía aérea, ventilación y oxigenación y compresiones torácicas; todo ello sin ningún equipo ni material.

Lo primero que se debe hacer es asegurar un entorno seguro para el reanimador y la víctima (¿hay peligro?). Después:

VALORAR LA REACTIVIDAD

Nos acercaremos a la víctima y moviéndole los hombros con suavidad, le preguntaremos en voz alta y fuerte como se encuentra. Si responde o se mueve:

Dejaremos a la víctima en la misma posición en la que la hemos encontrado (siempre y cuando no resulte peligrosa) y si es necesario, pediremos ayuda. Regularmente valoraremos su estado.

Si está inconsciente y no contesta, realizaremos el siguiente paso:

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)

Esta posición permite la prevención de la obstrucción de la vía aérea por la caída de la lengua hacia atrás y la aspiración de contenido gástrico por encontrarse la víctima inconsciente en posición de decúbito supino. Se adopta haciendo rodar a la víctima hacia el reanimador preservando en la medida posible el eje cabeza-tronco y evitando lesionar, en el desplazamiento, los brazos o las piernas. Si se sospecha que existe una lesión medular no hay que movilizar al accidentado. A continuación:

A.- PERMEABILIZAR LAS VÍAS AÉREAS

Para valorar la ventilación deberemos primero permeabilizar la vía aérea. Existen tres métodos:

Maniobra de frente-mentón.

Colocaremos nuestra mano sobre su frente y suavemente inclinaremos su cabeza hacia atrás.

Simultáneamente, con la punta de nuestros dedos bajo su barbilla elevaremos la mandíbula con la finalidad de abrir la vía aérea.

Maniobra de tracción mandibular.

Se realizará en caso de sospecha de accidente con implicación cervical o politraumatismo.

En estos casos se recomienda no movilizar al paciente, colocar una mano del reanimador en la frente del paciente para fijar la cabeza sin realizar hiperextensión, mientras que con la otra mano se tracciona de la mandíbula hacia arriba.

Técnica de barrido digital.

Comienza con la apertura de la boca del accidentado, agarrando con el pulgar y los dedos del reanimador la lengua y la mandíbula de aquel, traccionando de ellas hacia arriba. Después se introduce el dedo índice de la otra mano del reanimador en la boca del paciente y se avanza, lateral y profundamente, hasta alcanzar la base de la lengua. Con el dedo índice en forma de gancho se desenclava el objeto y se lleva hasta la boca para sacarlo con extremo cuidado.

B.- VENTILACIÓN

Para valorar la ventilación deberemos mantener la vía aérea abierta, observar los movimientos del tórax, y/o escuchar posibles ruidos respiratorios y/o sentir su aliento en nuestra mejilla. Las tres acciones que realizaremos simultáneamente son ver, oír y sentir.

Todas estas maniobras se valoraran en un tiempo aproximado de 10 segundos antes de decidir si la víctima respira con normalidad.

C.- CIRCULACIÓN

A continuación se valorará si el accidentado tiene pulso. Para ello lo tomaremos en la arteria carótida situada en el cuello de la siguiente manera:

- Colocar la cabeza en hiperextensión.
- No utilizar el dedo pulgar.
- Deslice los dedos hasta el surco situado entre la tráquea y el músculo.

Planes de Actuación

Una vez conocidas las maniobras de diagnóstico, procederemos a explicar los planes de actuación que recomienda el Consejo Europeo de Resucitación, que deben aplicarse en las situaciones que pueden darse tras la realización de la evaluación inicial.

Plan de actuación A:

Víctima consciente

En esta situación, el resucitador deberá intentar determinar la existencia de posibles lesiones, y una vez conocidas, solicitar ayuda de personal especializado, como por ejemplo al 112, ambulancias concertadas, etc., manteniendo posteriormente a la víctima bajo observación hasta la llegada de la ayuda solicitada (fig. 1).



Fig. 1.

Plan de actuación A:

1. Determinar existencia de lesiones.
2. Solicitar ayuda.
3. Mantener al paciente en observación.

Plan de actuación B:

Víctima inconsciente, pero con ventilación y pulso.

El plan de actuación B se aplica en aquellas situaciones en que la víctima está inconsciente pero tiene ventilación y pulso espontáneos. En este caso, colocaremos a la víctima en posición lateral de seguridad, solicitaremos ayuda a personal especializado y volveremos junto a aquella para mantenerla en observación (fig. 2).



Fig. 2.

Plan de actuación B:

1. Solicitar ayuda.
2. Posición de seguridad.
3. Mantener al paciente en observación.

Plan de actuación C:

Víctima inconsciente en parada respiratoria.

El plan de actuación C se aplicará en los casos en que no exista función respiratoria, aunque sí pulso espontáneo. Debemos realizar 10 ventilaciones en un intervalo de tiempo que oscile entre 40 y 60 seg. Posteriormente, solicitar ayuda a personal especializado. Volveremos junto a la víctima para realizar una nueva evaluación de su estado, y, si persiste la parada respiratoria, continuaremos efectuando ventilaciones a un ritmo de 12 a 15 por minuto, y midiendo periódicamente el pulso. Estas insuflaciones se realizarán mediante las técnicas de ventilación boca a boca (fig. 3).



Fig. 3.

Plan de actuación C:

1. Realizar 10 ventilaciones seguidas.
2. Pedir ayuda.
3. Volver a evaluar a la víctima y mantener la ventilación si persiste la parada respiratoria.

Plan de actuación D:**Víctima inconsciente en parada cardiorespiratoria**

En el caso de confirmarse la parada cardiorespiratoria tras la exploración inicial, solicitaremos inmediatamente ayuda al servicio de urgencias, e iniciaremos posteriormente las maniobras con una secuencia de 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones (fig. 4), continuando con este ritmo de sincronización, sin interrupción, hasta la recepción de la ayuda solicitada.



Fig. 4.

Plan de actuación D:

1. Solicitar ayuda.
2. Iniciar maniobras de RCP: 1 reanimador, sincronización 2/15; para 2 reanimadores, sincronización 1/5.
3. Mantener maniobras hasta la recepción del apoyo avanzado.

En este último caso, enviaremos a alguien en busca de ayuda o si estamos solos, dejaremos a la víctima para pedir ayuda; regresaremos inmediatamente e iniciaremos las maniobras de RCP con la aplicación de compresiones torácicas, a un ritmo aproximado de 100 pm, aplicadas en el centro del tórax, y alternadas con la ventilación con una relación 30 compresiones por 2 ventilaciones. Seguiremos así hasta que:

1. La víctima se recupere
2. Llegue el servicio de emergencias (SEM)
3. Estemos exhaustos

Por lo tanto, los reanimadores, descartado el peligro y valorada la víctima, activaran el sistema de emergencia y **comenzarán las maniobras de RCP si la víctima no está consciente y no respira normalmente (especialmente si observan una respiración agónica). No es necesario buscar signos indirectos de circulación o palpar el pulso central para diagnosticar un paro cardiorrespiratorio.**

LAS MANIOBRAS DE RCP SE INICIARAN CON LAS COMPRESIONES TORÁCICAS.

El auxiliador utilizará una única relación compresiones: ventilaciones de 30:2, tanto para adultos como para niños (excluidos los lactantes), y la misma relación se utilizará para adultos en el ámbito hospitalario. Esta relación única se ha diseñado para simplificar la enseñanza, para promover la retención de las habilidades, para aumentar el número de compresiones administradas y para reducir sus interrupciones.

En niños, cuando haya dos socorristas o un reanimador profesional, la relación será 15:2.

En un niño de menos de 1 año la técnica de compresión permanece igual: compresión con dos dedos para un único socorrista y con los dos pulgares y las manos abarcando el tórax en el caso de 2 socorristas. Por encima del año, no hay recomendaciones sobre si utilizar una o dos manos para el masaje, dependerá de la preferencia del rescatador.

TÉCNICA DE COMPRESIONES TORÁCICAS

Nos situaremos a un lado del paciente que permanecerá en decúbito supino y sobre una superficie dura e identificaremos el centro del tórax, sin perder tiempo en buscar puntos de referencia. Aquí aplicaremos una mano sobre la otra con los dedos entrelazados, mantendremos los brazos rectos y no aplicaremos ninguna presión sobre la parte superior del abdomen y/o costillas. Comprimiremos en línea recta sobre el esternón, utilizando el peso de nuestro cuerpo. Ejerceremos una presión para desplazar el esternón unos 4-5 cm, que luego retiraremos sin perder el contacto de nuestras manos con el paciente.

Repetiremos esta secuencia a un ritmo aproximado de 100 compresiones por minuto (la frecuencia de las compresiones hace referencia a la velocidad con la que se efectúan, no al número total de compresiones administradas por minuto). Después de cada compresión hay que dejar que el tórax se expanda completamente, dedicando el mismo tiempo a la compresión y a la relajación (relación compresión:relajación 1:1). Después de 30 compresiones torácicas, aseguraremos la apertura de la vía aérea y realizaremos dos insuflaciones. Las interrupciones de las compresiones torácicas tienen un efecto deletéreo sobre la supervivencia.

TÉCNICA DE VENTILACIONES

Nos aseguraremos de que la cabeza esté ligeramente inclinada hacia atrás y elevada la mandíbula (maniobra frente-mentón). Con los dedos pulgar e índice de la mano que se aplica en la frente cerraremos las fosas nasales de la víctima. Realizaremos una inspiración y ajustaremos nuestros labios a su boca, asegurándonos un perfecto sellado en caso de aplicar ventilación boca-boca. Efectuaremos dos insuflaciones, cada una de las cuales deberá ascender y descender el tórax de la víctima.

La insuflación de aire deberá durar 1 segundo. Manteniendo la misma inclinación de la cabeza y tracción de la mandíbula, retiraremos nuestra boca y abriremos las fosas nasales para facilitar la espiración pasiva, comprobando el descenso de la caja torácica.

Se sabe que una ventilación con volumen minuto reducido puede mantener una oxigenación y ventilación efectivas durante la RCP. En el adulto, los volúmenes aconsejados son de 500-600 ml (6-7 ml/Kg.).

No se recomienda realizar de forma rutinaria el examen del interior de la boca previo a la ventilación.

Sólo en caso de que la primera insuflación resulte inefectiva y comprobando también que la posición del cuello es la adecuada.

Una mala técnica puede producir distensión gástrica y riesgo de regurgitación y aspiración pulmonar de contenido gástrico.

En los pacientes con PCR de probable etiología respiratoria: niños, ahogados, intoxicados, traumáticos, quemados, etc., se recomienda realizar 1 minuto de RCP antes de solicitar ayuda (si sólo hay un reanimador), e iniciar las maniobras con 5 ventilaciones antes de las compresiones torácicas.

Se recomienda que las personas sin formación, si no quieren o no pueden hacer ventilación boca a boca, practiquen RCP realizando sólo compresiones torácicas a un ritmo de 100 por minuto.

| Paso/Acción | Adultos: a partir de 8 años | Niños: de 1 a 8 años | Lactantes: menos de 1 año |
|---|--|---|--|
| Vía aérea | Extensión de cabeza-elevación del mentón | | |
| Respiraciones Inicial | 2 respiraciones de 1 segundo por respiración | | |
| Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) | Compresión brusca del abdomen | | Palmas en la espalda y compresión brusca del pecho |
| Compresiones | | | |
| Puntos de referencia para la compresión | En el centro del pecho, entre los pezones | | Justo debajo de la línea de los pezones |
| Método de compresión Presione rápido y fuerte Permita que el pecho retorne completamente a la posición normal | 2 manos: Base de la palma de la mano, la otra mano encima | 2 manos: Base de la palma de la mano, la otra mano encima 1 mano: Base de la palma de una sola mano | 2 dedos |
| Profundidad de compresión | 1,5 a 2 pulgadas (4-5 cm) | Aproximadamente 1/3 a 1/2 del diámetro anteroposterior del tórax | |
| Frecuencia de compresión | Aproximadamente 100/min | | |
| Relación compresión-ventilación | 30:2 | | |
| Desfibrilación | | | |
| DEA | Utilice parches (electrodos adhesivos) para adultos No utilice parches (electrodos adhesivos) pediátricos ni sistemas pediátricos | Aplique después de 5 ciclos de RCP Utilice parches (electrodos adhesivos) pediátricos, o sistemas pediátricos si están disponibles, en niños de 1 a 8 años. En caso contrario, utilice DEA y parches (electrodos adhesivos) para adultos | No existen recomendaciones para lactantes <1 año de edad |

| DIAGNÓSTICO | ¿QUÉ ES? | ¿QUÉ HACER? |
|-----------------------------------|--|--|
| Boca a boca | Maniobra para facilitar la respiración. Se realiza cuando el accidentado está inconsciente y no respira. | Sólo se realizará si está inconsciente. Pasos a seguir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocarlo boca arriba. Comprobar que no tiene ningún cuerpo extraño en la boca que le impida respirar. 2. Colocar el dedo en forma de gancho para liberar la vía respiratoria. 3. Poner algo debajo del cuello para conseguir hiperextensión del cuello (facilita la respiración). 4. Tapar la nariz con una mano y realizar el boca a boca. Se realizarán 4-5 insuflaciones iniciales separadas por 5" 5. posteriormente la frecuencia será: Adultos 12-14 insuflaciones/minuto y niños 20-22 insuflaciones/minuto. |
| Reanimación Cardiopulmonar | Masaje que se realiza cuando el accidentado esta inconsciente y no late el corazón. | Pasos a seguir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocarlo boca arriba. 2. Colocar la mano sobre la parte inferior del esternón y la otra encima para hacer mayor presión en las compresiones. 3. A continuación realización de insuflaciones. 4. La combinación será: 15 compresiones + 2 insuflaciones. 5. La frecuencia será: Adulto 60 compresiones/minuto y jóvenes 60-80 compresiones /minuto. |
| Maniobra de Heimlich | Se utiliza cuando el accidentado se ha atragantado, no puede respirar y esta inconsciente. | De pie, nos colocaremos detrás del accidentado y cogiéndolo por el abdomen y tórax, realizaremos presión enérgica y brusca para que expulse el objeto por la boca. |
| Hemorragia Nasal | Salida de sangre por un orificio nasal. | Pasos a seguir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dejar salir un poco de sangre, con el fin de desobstruir la nariz de cuerpos extraños. 2. No echar la cabeza hacia atrás (tragaremos sangre). 3. Presionar nariz por la parte superior 5aproximadamente 4. Colocar una gasa si no coagula. |
| Mareo | Disminución parcial o total del estado de conciencia. | La actuación será: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tumbor boca arriba con elevación de piernas. 2. Mojar la frente. 3. Quitar ropas ajustadas. 4. Dar solución de azúcar si hay bajada de tensión. |
| Hemorragia | Salida de sangre por un orificio no natural. | Pasos a seguir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Limpiar la parte afectada con agua. 2. Comprimir con gasas la parte afectada. 3. Elevar la parte afectada por encima del corazón. 4. No quitar cuando haya coagulado, porque puede volver a sangrar. 5. Si no se detiene, hacer un torniquete, no colocar durante más de 20´. |
| Epilepsia | Perdida brusca de la conciencia acompañada de caída al suelo, convulsiones e incluso espuma por la boca. | Pasos a seguir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar algún objeto entre los dientes (para que no se muerda). 2. Retirar los objetos peligrosos de alrededor. 3. Colocar un cojín bajo la cabeza para que no se golpee. 4. No sujetarlo pero sí controlarlo. |

