F.I.S.A. – FORMACIÓN

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

SeMicyuc

Los profesionales del enfermo crítico

1. "PRIMEROS AUXILIOS – LA R.C.P."

1.1.- OBJETIVOS

Proporcionaremos los conocimientos básicos necesarios sobre:

- Las técnicas de RCP Básica entre personal lego y primeros intervinientes.
- Poner en marcha la "Cadena de supervivencia".
- Aplicar técnicas y habilidades en la PCR.

A.- APROXIMACIÓN Y APERTURA DE LA VÍA AÉREA:

- SEGURIDAD PERSONAL, DE LA VÍCTIMA Y DEL ENTORNO.
- ANALIZAMOS EL NIVEL DE CONSCIENCIA.

¿NO RESPONDE?

- PEDIMOS AYUDA.
- APERTURA DE LA VÍA AÉREA.

B.- VENTILACIÓN

- ANALIZAMOS LA VENTILACIÓN

SI RESPIRA:

- POSICION LATERAL DE SEGURIDAD

NO RESPIRA:

- LLAMAMOS AL 112.
- INICIAMOS COMPRESIONES TORACICAS.

C.- CIRCULACION:

RCP: RITMO DE 100 cpm. SECUENCIA DE 30 COMPRESIONES TORACICAS Y 2 VENTILACIONES.

F.I.S.A. – FORMACIÓN

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

SeMicyuc

Los profesionales del enfermo crítico

1.2.- ALGORITMO DE SOPORTE VITAL BASICO

CONFIRMAR INCONSCIENCIA Gritar y sacudir

ABRIR VIA AEREA Frente-menton

↓

Si respira, Colocar en P.L.S.

↓

COMPROBAR VENTILACIÓN (Máx. 10 seg.). V.O.S.

AUSENCIA DE RESPIRACIÓN

112

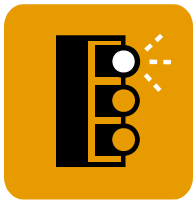
ALARMA DE PARADA: Llamamos al 112.

COMPRIMIMOS EL TORAX Y ASOCIAMOS VENTILACIONES: 30/2

100 COMPRESIONES POR MINUTO EN RELACIÓN DE 30/2.

1.3.- APROXIMACIÓN A LA VÍCTIMA

Garantizar la seguridad propia y la de la víctima.



1.4.- ANALIZAR LA CONSCIENCIA

- **Responde:** **Valorar la posición de la víctima y la necesidad de ayuda.**
- **No responde:** **¡¡PEDIR AYUDA!!. Abrir la vía aérea.**

SI SE SOSPECHA LESIÓN CERVICAL, SE PUEDE APLICAR LAS MANIOBRAS DE:

- **SUBLUXACIÓN ANTERIOR DE LA MANDÍBULA.**
- **TRACCIÓN MANDIBULAR.**

1.5.- ANALIZAR RESPIRACIÓN

VER, OIR Y SENTIR LA RESPIRACIÓN (10 seg.)

RESPIRACIÓN NORMAL: Posición Lateral de Seguridad (P.L.S.)

RESPIRACIÓN AUSENTE: ALERTA DE PARADA-

- **INICIAMOS COMPRESIONES TORÁCICAS.**

NO CONFUNDIREMOS LAS BOQUEADAS AGÓNICAS CON RESPIRACIONES EFECTIVAS

SOLICITAMOS AYUDA

1.6.- DOS REANIMADORES:

- Uno pide ayuda. El otro inicia RCP

1.7.- UN REANIMADOR:

- Si la víctima es adulto, tras comprobar que no respira, el reanimador debe abandonarle unos segundos para pedir ayuda EXCEPTO:

- En Niños y Lactantes en los que se debe aplicar RCP durante 1 minuto y solicitar ayuda. Los rescatadores profesionales que atienden habitualmente ahogados o asfixiados también realizaran la alerta después de 1 minuto de RCP.

INFORMACIÓN QUE DEBEMOS DAR CUANDO LLAMEMOS AL 112

- **Identificarnos e informar desde donde llamamos.**
- **Causa de la llamada: Accidente, dolor en el pecho, ahogo, pérdida de consciencia…**
- **Lugar exacto en donde se encuentra la víctima.**
- **En caso de accidente, tipo, circunstancias, número de heridos y posibles riesgos.**
- **En caso de colapso: Informar si la pérdida de consciencia ha sido o no presenciada, tiempo de evolución, así como si responde a órdenes, estímulos y si respira o no.**
- **Contestamos a las preguntas de la forma mas escueta posible.**
- **Seremos los últimos en colgar.**

1.8.- RESPIRACIÓN AUSENTE

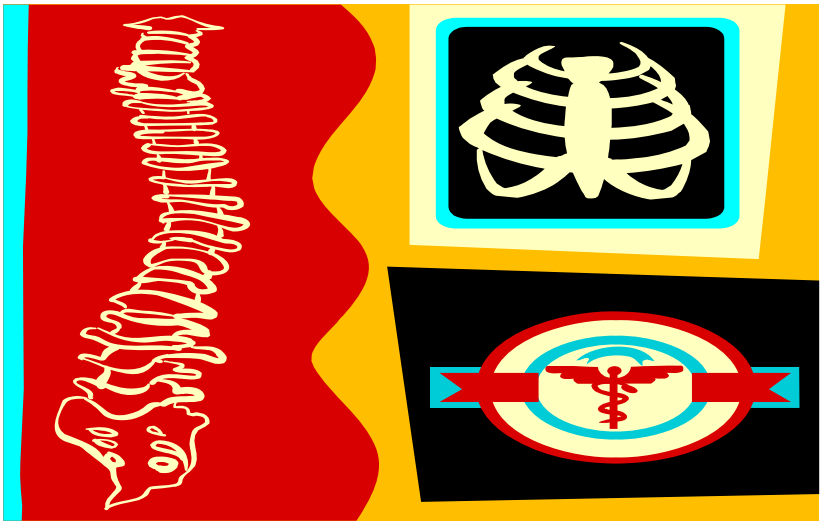
COMBINE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS CON LAS VENTILACIONES DE RESCATE.

1.9.- MASAJE CARDÍACO EXTERNO

Ciclos **compresión – descompresión** que provoca flujo sanguíneo artificial.

- Mas efectividad y menos complicaciones si:

1. Elección correcta del punto de aplicación.
2. Colocación de las manos y compresión esternal adecuadas.



Tórax

1.10.- MASAJE CARDÍACO EXTERNO

Posición de RCP

1. Colocamos el talón de la mano en el centro del pecho, en la línea intermamilar (entre las dos mamas).
2. Coloque el talón de la otra mano paralelamente, sobre la mano situada en el "centro del pecho". Entrelace sus dedos, sin que toque el tórax.

1.11.- INTERCALAR LAS RESPIRACIONES

Dos ventilaciones cada 30 compresiones (30/2).
Si no conseguimos ventilar:

- No perdemos el tiempo y pasamos a las compresiones torácicas.
- Al finalizar las 30 compresiones, volvemos a intentar las dos ventilaciones comprobando previamente:

1. **Si existe un cuerpo extraño en la boca.**
2. **La apertura de la vía aérea.**

1.12.- VENTILACIÓN BOCA – BOCA

1. **Pinzamos la nariz de la víctima.**
2. **Sellamos su boca con nuestros labios.**
3. **Abrimos la vía aérea.**
4. **Insuflamos aire suavemente durante 1 segundo aproximadamente.**
5. **Comprobamos que se eleva el pecho.**
6. **6.- Realizamos esta maniobra 2 veces.**

F.I.S.A. – FORMACIÓN

1.13.- VENTILACIÓN CON AIRE ESPIRADO

Tipos de "Dispositivos de barrera":

- Dispositivos para la vía aérea.
- Protectores faciales.

Características:

- Facilitan la ventilación.
- Evitan el contacto directo.
- Apropiados para su uso por inexpertos.
-

1.14.- CONTINUAMOS CON EL MASAJE Y LAS VENTILACIONES HASTA:

- LA LLEGADA DEL EQUIPO DE PARADA.
- QUE LA VICTIMA MUESTRE SIGNOS DE VIDA
- QUE ESTEMOS EXHAUSTOS.

NO OLVIDAREMOS QUE DURANTE LA RCP DEMOS REDUCIR AL MÁXIMO LOS INTERVALOS EN QUE NO SE REALIZAN LAS COMPRESIONES TORÁCICAS, DE ELLO PUEDE DEPENDER EL FUTURO DEL ENFERMO.

SI EL REANIMADOR NO QUIERE O NO PUEDE HACER EL "BOCA – BOCA" Y NO TIENE UN DISPOSITIVO PARA PRACTICAR LA VENTILACIÓN, ANTES QUE NO HACER NADA, ES MEJOR QUE ADMINISTRE AL MENOS LAS COMPRESIONES.

1.15.- SECUENCIA DE ACTUACIÓN EN RCP-B EN NIÑOS PARA NO SANITARIOS

Es la misma que en los adultos, excepto:

1. Antes de iniciar las compresiones, ventilaremos 5 veces, comprobando que al menos 2 de ellas, sean efectivas.
2. Si solo estamos un reanimador, retrasamos la alerta al SISTEMA DE EMERGENCIAS hasta después de 1 minuto de RCP.
3. realizamos las compresiones con 2 DEDOS en los Lactantes y con UNA O DOS MANOS en el resto de los niños, conforme a su tamaño. Las compresiones deben deprimir lo equivalente a 1/3 de la anchura del tórax. Con una secuencia de 30/2.
4. EN CASO DE DUDA, APLICAMOS LA MISMA PAUTA EN EL ADULTO SIN INTRODUCIR MODIFICACIONES.
5. En atragantamientos en lactantes, no efectuaremos las compresiones abdominales por ser muy peligrosas. Efectuaremos esas compresiones en el tórax.

1.16.- POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

- EVITA LA BRONCOASPIRACIÓN.
- MANTIENE ABIERTA LA VÍA AÉREA.
- MANTIENE LA ALINEACIÓN CABEZA – CUELLO – TRONCO.
- PERMITE EL DESPLAZAMIENTO DEL RESCATADOR.

Antes de colocar al paciente en P.L.S. debemos comprobar:

- Retirar objetos (gafas, etc.).
- Hacemos rodar a la víctima hacia el reanimador.
- Cuidado con los brazos y las piernas.
- Mantenemos alineados la cabeza, el tronco y las extremidades.
- Cada 30´ modificamos la posición para que descanse sobre el otro lado.

F.I.S.A. – FORMACIÓN

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

SeMicyuc

Los profesionales del enfermo crítico

2.“PRIMEROS AUXILIOS – ATRAGANTAMIENTO”

Síntoma de asfixia o ahogo

Asfixia por cuerpo extraño (Obstrucción de la vía aérea).

2.1.- IDENTIFICAR POR:

- Dificultad para respirar.
- Manos al cuello.
- Signos de ahogo.

2.2.- PUEDE SER:

- Incompleta: Hay inquietud, respiración con ruidos, sibilantes, es posible toser.
- Completa: Imposibilidad para hablar, toser y respirar. Rápidamente inconsciencia.
- En persona consciente.
- En persona inconsciente.

EVALUAR GRAVEDAD

OBSTRUCCIÓN COMPLETA		OBSTRUCCIÓN INCOMPLETA
Tos inefectiva		**Tos efectiva**
Inconsciente	**Consciente**	**Animar a toser**
Iniciar RCP	**5 palmadas en espalda**	**Continúe la valoración**
	5 compresiones abdominales	

2.3.- PERSONA INCONSCIENTE

1. Abrimos la vía aérea
2. Revisamos la boca y retiramos objetos accesibles con maniobra de gancho (introducimos lateral y profundamente el 2º dedo. Adoptamos forma de gancho y extraemos).
3. Damos 30 compresiones torácicas.
4. Examinamos de nuevo la boca e intentamos 2 ventilaciones efectivas y continuamos con ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones.

2.4.- CONSCIENTE CON OBSTRUCCIÓN COMPLETA

1. Si lo anterior falla, con la víctima en pié e inclinada hacia delante y el reanimador detrás, rodear con los brazos su cintura, situar un puño en la boca del estómago y dar 5 compresiones bruscas cogiéndolo con la otra mano. (maniobra de Heimlich).

2. Si la obstrucción no se soluciona, revisar la boca. Alternar 5 palmadas en la espalda y 5 compresiones abdominales.

2.5.- CONSCIENTE CON OBSTRUCCIÓN INCOMPLETA

- Si la victima respira y tose, animarle a que tosa con fuerza.
- Si la victima se agota, deja de toser o de respirar, tratar como una obstrucción completa.

3. "PRIMEROS AUXILIOS – HEMORRAGIAS"

La sangre circula por el interior de los vasos sanguíneos **(arterias, venas y capilares),** así pues una Hemorragia es **la salida de la sangre de un vaso sanguíneo por rotura del mismo.**

El cuerpo humano adulto tiene mas o menos, de **5 a 5,5 litros de sangre**, acumulándose una gran parte en determinadas zonas, como el bazo o la médula ósea. La pérdida de un 15% de sangre es decir, unos 750 C.C en un adulto, es suficiente para provocar un **shock.** Las técnicas de **Hemostasia** de forma rápida y precisa son fundamentales para prevenir su aparición o para al menos, detener o retrasar su evolución en la medida de lo posible.

Hemorragia

Según su **procedencia**, la hemorragia puede ser:

- **ARTERIAL:** La sangre es de un rojo brillante y la salida al exterior es de forma intermitente e incluso a chorros acorde con el pulso.
- **VENOSA:** De color rojo oscuro y su salida al exterior es de forma continua y mas lenta que la arterial.
- **CAPILAR:** Su salida es en "sábana" y solo están comprometidos solo los vasos sanguíneos capilares. Tapizan la superficie semejándose a una sábana al empaparse.

Según su **localización**, puede ser:

- **EXTERNA:** Sale directamente al exterior del organismo siendo las mas fáciles de detectar.
- **INTERNA:** Se acumula en cavidades naturales del organismo:

1. **Abdominal.**
2. **Torácica.**
3. **Intracraneal.**

- **INTERNA EXTERIORIZADA:** Se produce cuando una hemorragia interna se exterioriza saliendo a través de orificios naturales:

- **Nasal:** Epistaxis.

- **Oído:** Otorragia.
- **Digestiva:** Hematemesis.
- **Pulmonar:** Hemoptisis.
- **Genital femenina:** Metrorragia.
- **Orina:** Hematuria.
- **Anal:** Melenas.

3.1.- TÉCNICAS DE HEMOSTASIA:

En una hemorragia , sobre todo si es severa, se debe aplicar una serie de técnicas de forma rápida y precisa de cara a minimizar la pérdida de sangre. Para ello se deben seguir los siguientes pasos y por el mismo orden:

- **Descubrir la zona:** Oculta por ropa o por la posición de la víctima.
- **Presión directa:** Fuerte presión sobre la zona de sangrado con apósito estéril. Estos apósitos acumularlos según se necesiten pero sin retirar.
- **Elevación del miembro:** Se reduce la presión y flujo de sangre.
- **Puntos de presión:** Sobre las arterias que irrigan esa zona.

3.2.- TORNIQUETE

Solo se utilizará en casos muy concretos y como última opción. Los casos en los que aplicaría son:

- **Amputaciones.**
- **Aplastamiento prolongado.**
- **Hemorragias severas incontrolables.**

3.3.- AMPUTACIÓN

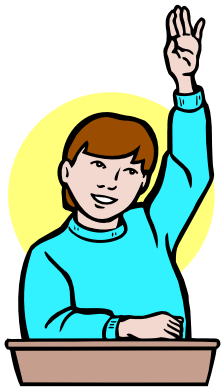
Debemos considerar la posible reimplantación del miembro amputado por lo que se seguirán los siguientes pasos:

- Guardar en una bolsa con suero e introducir en otra bolsa con hielo pero que ese hielo no esté en contacto con el miembro amputado.

3.4.- APLICACIÓN DEL TORNIQUETE

- Ligadura de unos **4 cms. de ancho.**
- Fijar a unos **10 cms. por encima de la hemorragia.**
- Escribir sobre la frente de la victima la letra **"T".**
- **Traslado muy urgente.**
- **No cubrir nunca** un miembro en donde se haya aplicado el torniquete.
- **No aflojar el torniquete** para impedir el retorno venoso (Sangre contaminada).

RECORDEMOS QUE EL TORNIQUETE ES SIEMPRE UNA OPCIÓN EXTREMA, LA MAYORIA DE LAS HEMORRAGIAS SE PUEDEN CONTENER CON LOS METODOS CONVENCIONALES.

****

¿¿PREGUNTAS??