

Escuela de Tiempo Libre

As de Guía

Nº 12 del Registro Oficial de Escuelas del Programa de Escuelas de Tiempo Libre



AS DE GUIA

PRIMEROS AUXILIOS

As de Guía
Ruth Segovia y Mayoral

PRIMEROS AUXILIOS

INTRODUCCIÓN

Vamos a tratar el tema de los Primeros Auxilios, que como el mismo nombre indica es lo primero que tenemos que hacer para auxiliar a una persona.

Debemos tener en cuenta que la teoría es "ideal", aquí entra mucho en juego la diferencia entre teoría y realidad, ya que por ejemplo una inmovilización puede distar mucho en cómo tratarla, ya que en ocasiones no se puede mover a la víctima (ni siquiera un miembro) y habría que inmovilizar tal y como nos la encontrásemos. Es importante tenerlo en cuenta para cuando auxiliemos a una persona.

Siempre hay que tener presentes los Primeros Auxilios, ya que merece la pena que cuando trabajamos con chavalas y chavales, tengamos una ligera idea, ya no tanto para ayudar, sino para no empeorar las situaciones con las que podamos encontrarnos.

ALGUNAS DEFINICIONES

SOCORRISMO: Prestar los primeros auxilios en el lugar del accidente y hasta la llegada de personal especializado.

OBJETIVO: Asegurar el mantenimiento de las constantes vitales, no agravando el estado de la víctima y, si fuera necesario, asegurar el traslado a un centro hospitalario en condiciones necesarias.

SOCORRISTA: Es la persona encargada de buscar los primeros auxilios, dejándose guiar por una serie de premisas:

1. Tranquilidad (por lo menos aparente). Rapidez, pero con calma ("sin prisa, pero sin pausa). Tenemos que saber dominar la situación.
2. Composición del lugar. Reconocimiento, peligros inminentes y solicitud de ayuda. Hasta que no llegue una persona del orden público o un/a médic@, somos responsables de las víctimas y de lo que ocurra con el accidente desde que estemos presentes.
3. Mover a la víctima con precaución y sólo lo imprescindible.
4. Evitar situaciones imprevistas. Sólo haremos aquello que sepamos hacer bien.

PAUTAS

Lo que debemos hacer de forma general ante cualquier accidente:

1. Proteger. Para prevenir el agravamiento del accidente
2. Alertar. Avisar a los servicios de socorro de la manera más rápida. Si lo hacemos por teléfono, tendremos que dar nuestro nombre y apellidos y el número de teléfono (o la identificación de la cabina en su defecto). Lo más importante es **ser siempre la última persona en colgar las comunicaciones**, por si nos tienen que preguntar algo o confirmar lo que ya hemos dicho.
3. Socorrer. Actuar rápido pero manteniendo la calma, haciendo recuento de víctimas (por si hay alguna oculta), con un plan de prioridades y tomando nota de las técnicas que utilizemos.

PLAN DE PRIORIDADES

1. Parada cardíaca. Shock o riesgo inminente de entrar en shock, a causa de hemorragias muy intensas, quemaduras del 25% ó más, etc. Asfixia. Neumotórax (atención).
2. Traumatismos craneoencefálicos sin pérdida de conciencia. Lesiones de columna o médula espinal. Quemaduras en menos del 25%, pero afectando a zonas críticas (manos, pies, cara y genitales). Fracturas abiertas (los huesos quedan al exterior).
3. Fracturas cerradas. Quemaduras en menos del 25% en zonas no críticas. Lesiones en partes blandas (las no incluidas en apartados anteriores).

ASPECTOS JURÍDICOS

- Delitos de cualquier persona :
 - * Omisión del deber de socorro.
 - * Omisión del deber de impedir o denunciar ciertos delitos.
- Delito por imprudencia a socorristas :
 - * **Sólo hacer aquello que le atañe.**
 - * Lo que se haga **se hace bien.**

SIGNOS VITALES

Las constantes vitales son las que nos dan a entender que una persona tiene todos sus órganos en funcionamiento.

1. **Consciencia:** Con esta constante podemos observar el grado de afectación de la víctima. La forma de medirla es sometiendo a una serie de estímulos (dolorosos y ruidosos). Atendiendo a esta forma de medir hay una serie de grados:
 1. Se está consciente.
 2. Se está inconsciente.
 3. No se responde a ruidos pero sí al dolor.
 4. No se responde a nada.

2. **Respiración:** Con esta constante se observa la frecuencia respiratoria, que es el número de veces que una persona respira por minuto, para la comprobación de este nivel hay que ver, oír y sentir, por lo que se utilizan los sentidos de la vista, el oído y el tacto. Lo normal es de 12 a 20 respiraciones por minuto. Aquí nos podemos encontrar con:
 - Disnea: Insuficiencia respiratoria (ritmo irregular).
 - Apnea: Ausencia de respiración.A su vez la disnea puede ser:
 1. Taquipnea. Respiración rápida y superficial. Con insuficiencia respiratoria o cuando haces un esfuerzo en frío.
 2. Bradipnea. Respiración lenta. Se da en caso de hipotermia (en principio de congelación o con una insolación).

3. **Pulso:** Esta constante mide la frecuencia cardíaca. La podemos medir en cualquier arteria (la mejor es la carótida). Lo normal, en reposo, es de 60 a 100 pulsaciones por minuto. Las alteraciones que nos podemos encontrar:
 1. Taquicardia. Más de 100 pulsaciones por minuto (sobre todo en lipotimias o hemorragias internas).
 2. Bradicardia. Menos de 60 pulsaciones por minuto.

REANIMACIÓN CARDIO – PULMONAR

Hay cuatro pasos a seguir a la hora de encontrarnos con una víctima.

1. VALORACIÓN INICIAL : Constantes vitales.
2. REANIMACIÓN CARDIO - PULMONAR.
3. VALORACIÓN SECUNDARIA : Fracturas, quemaduras, ...
4. OTROS TRATAMIENTOS.

VALORACIÓN INICIAL

Ya hemos visto los parámetros que nos indican que la persona no está en riesgo inminente de morir:

- CONSCIENCIA : Cerebro.
- RESPIRACIÓN : Pulmón.
- PULSO : Corazón.

Para comprobar la primera constante hay que acercarse a la víctima, arrodillarse a su lado y moverlo muy suavemente y con sonidos fuertes para comprobar si nos oye o no.

Una vez que comprobamos que no está consciente pasamos a la segunda constante. Para ello acercamos nuestro oído a su boca y, al mismo tiempo que escuchas su respiración (sientes el aire en tu mejilla), puedes ver si el pecho se mueve (si se levanta o no). Si respira podemos estar seguros de que tiene pulso.

En caso de que no respire tenemos que comprobar el pulso, la tercera constante. Para eso tenemos que utilizar los dedos índice y corazón (no utilizar el pulgar, ya que este tiene nuestro propio pulso) y comprobar la arteria carótida (en el cuello). Tener en cuenta que no podemos comprobar los dos lados a la vez, ya que cortaríamos el riego sanguíneo que va al cerebro.

A los niños no se les toma el pulso en la carótida, dependiendo del tamaño de este :

- LACTANTE : Se les toma el pulso en la arteria humeral (en la ingle) o en el brazo (entre el codo y el hombro, cara interna, sentido anteroposterior)
- 1/8 AÑOS : Si es muy pequeño, humeral, si no carotideo.

REANIMACIÓN CARDIO - PULMONAR (RCP)

- Comprobación de las constantes vitales.

Supongamos que se trata de una víctima adulta y no traumática.

- a) CONSCIENCIA. Colocamos a la *víctima* en posición de RCP (cúbito supino) sobre un suelo liso y duro. El socorrista se pone de rodillas a la altura de los hombros de la víctima (quitándose previamente relojes, anillos y/o cualquier objeto que pueda molestarle); se coge a la víctima por los hombros, zarandeándola suavemente y preguntándole: "¿Se encuentra usted bien?, ¿qué le ha pasado?" (por

ejemplo). Luego le hacemos algún estímulo (palmada, chasquido de dedos, ...) para ver si reacciona ante él.

- b) RESPIRACIÓN. Normalmente la gente en estado inconsciente se queda sin respiración a causa de objetos extraños que se lo impidan; pero la asfixia en éstas víctimas suele ser por la lengua, ya que en estado inconsciente el músculo de la lengua se relaja y tapa la vía respiratoria.

Maniobra de frente-cuello-mentón o de hiperextensión : Nos permite eliminar el obstáculo de la lengua. *Forma* de realizarlo: Apoyamos el canto de la mano más cercana a la cabeza sobre ésta, la mano más cercana a los pies la ponemos en la nuca y, con las manos, hacemos una balanza; sin soltar la mano de la frente, le pinzamos el mentón (con cuidado de no aplastar con nuestra propia mano las vías respiratorias).

Finalmente, sin mover a la víctima y sin quitar la mano de la frente, comprobamos con la vista si hay algún cuerpo extraño. Si así fuera, con el dedo índice en forma de gancho se lo extraeríamos; en el caso de las flemas haríamos lo mismo, pero con la cabeza hacia un lado para que las expulsara.

Maniobra de vista-oido-tácto : Para comprobar, después de la maniobra de hiper-extensión, si la víctima respira. Acercamos la mejilla a la nariz y la boca, sin soltar la mano de la frente ni dejar de pinzar el mentón, y comprobamos con la vista (mirando el pecho de la víctima), con el oído (escuchando la respiración de la nariz y la boca) y con el tacto (sintiendo la respiración que expulse por la nariz o la boca) si la víctima respira.

- c) PULSO. Utilizaremos el carotídeo, ya que es el pulso que pasa por la arteria más cercana al corazón.

El ritmo de pulso de una persona adulta normal es aproximadamente de 60 a 80 pulsaciones por minuto.

Para localizar el pulso carotídeo, situamos los dedos índice y corazón sobre la nuez de Adán, y, sin levantar los dedos, los desplazamos hacia la endidura entre la nuez y el músculo (esternocleidomastoideo), justo ahí localizados el pulso.

TAQUICARDIA: Muy alta.

- a') PETICIÓN DE AYUDA. Más personas que nos puedan ayudar. Medios para poder actuar mejor. Un 50% de la probabilidad de que una víctima se recupere se encuentra en este punto. A la hora de pedir ayuda : **"SER SIEMPRE L@S ULTIM@S EN CORTAR LAS COMUNICACIONES"**.

*** Teléfonos de contacto (EMERGENCIAS SANITARIAS) :**

En varias comunidades está el **112**, que auna todos los teléfonos de emergencia de la Comunidad. (En la Comunidad de Madrid sí está).

*** Información a dar:**

1. Localización del accidente.
2. Número de accidentad@s (y, si se sabe, los riesgos potenciales que puede tener el accidente).
3. Tipo de accidente.

*** NIVELES ASISTENCIALES**

1. RCP básica (población).
2. RCP instrumental (personal ambulancias).
3. RCP avanzada (personal facultativo).

*** POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)**

Se utiliza para víctimas inconscientes que tienen pulso y respiración.

Nos arrodillamos hacia el lado en que vamos a rotar a la víctima. La mano más cercana a nosotros la levantamos, la mano más lejana la cogemos, la pierna más lejana la doblamos y la sujetamos; por último tiramos del brazo y de la pierna hacia nosotr@s, para rotar a la víctima en el mismo eje. Luego pasamos la mano de la que hemos tirado de la víctima y la colocamos por debajo del cuello, levantando la cabeza, y colocamos la cabeza en hiper-extensión, por si la víctima tuviese vómitos.

VALORACIÓN SECUNDARIA

- Examen cabeza.
- Cuello.
- Pecho y espalda.
- Miembros superiores e inferiores.

OTROS TRATAMIENTOS

Parada cardio-respiratoria : Interrupción brusca e inesperada de la respiración y circulación espontáneas. Potencialmente reversible.

Reanimación cardio-pulmonar : Conjunto de maniobras dirigidas a hacer reversible esa parada, evitando que se produzca la muerte biológica por lesión irreversible del cerebro.

Muerte clínica : El corazón no bombea sangre a ninguna parte. Es reversible: Las células del cerebro todavía no están muertas (resisten). El cerebro está vivo.

Muerte biológica : Muerte cerebral. Irreversible. El 50% de los heridos resisten durante 4 minutos. Los niños resisten más tiempo. En determinadas intoxicaciones y situaciones de hipotermia también resisten más.

- Se inicia la reanimación cuando el herido está sin pulso y/o sin respiración.
- Durante el tiempo que sea necesario, una vez comenzado el masaje y el corazón comienza a dar sangre, se puede mantener así al enfermo durante el tiempo que sea necesario.
- Se deja sólo cuando llega el/la médic@ o si se recupera.

De 15 a 20 respiraciones por minuto = 1 respiración cada 4 segundos ()

ADULTOS : 60-80 lpm

NIÑOS : 80-100 lpm

LACTANTES : 100-120 lpm

En el niño y/o la niña, como son de tamaño intermedio, se realizará 1 insuflación y 5 compresiones.

Si a la persona adulta le atienden dos personas, también se le puede realizar 1 insuflación y 5 compresiones.

*** FALLOS DE LAS INSUFLACIONES**

A) PACIENTE CON DENTADURA POSTIZA.

B) DILATACIÓN DEL ESTÓMAGO.

El aire que no entra en los pulmones.

(Ver dibujo a la derecha)

Se identifica visiblemente. Para expulsar el aire ladeo la cabeza de la víctima, luego presiono esa parte del estómago y el aire sale. Para finalizar, vuelvo a colocarle la cabeza y continuo.

*** CUERPO EXTRAÑO NO VISIBLE**

Se soluciona con la **maniobra de Heimlich**, que significa darle un golpe muy fuerte en el abdomen, de tal forma que se genera mucha presión, la cual se encarga de empujar el diafragma hacia arriba, que a su vez es el que se encarga de expulsar el cuerpo extraño, que sale por su cuenta.

A) Persona consciente. Nos situamos detrás de la víctima y la roáemos con nuestros brazos, dejándose caer un poco sobre ella, Para que se eche hacia delante. El lugar es la boca del estómago, colocando una mano con el puño cerrado hacia dentro, y la otra mano sobre la primera, para hacer más fuerza. Es un golpe único (en un principio) y seco; si no sale, se le da otro golpe, y así sucesivamente hasta seis golpes, después del cual se mira a ver si ha salido el cuerpo extraño; si no, se vuelve a repetir el ciclo de 6 golpes y a comprobar.

B) Persona inconsciente. Te sientas sobre la víctima (sobre tus propias rodillas) y haces lo mismo que con la persona consciente, pero el "puñetazo" se da en sentido oblicuo; la cabeza de la víctima se pone ligeramente ladeada, por si expulsa el cuerpo extraño.

Esta maniobra se puede realizar siempre, y en la mayoría de los casos con buen resultado. Hay tres tipos de personas en las que se tiene que maniobrar con ligeros cambios:

1. PERSONAS OBESAS.
2. EMBARAZADAS.
3. LACTANTES.

Donde tengo que dar el "puñetazo" es en el mismo sitio donde doy el masaje cardíaco. Inconvenientes: Así es menos eficaz que de la otra forma.

Personas obesas: Porque no puedes rodearles con los brazos.

Embarazadas: Por no darle al feto.

NUNCA dar golpes en la espalda a personas adultas, ya que puedes empeorar la situación introduciéndole más el cuerpo extraño.

Lactantes: Se le podría dar golpes en la espalda, si le mantenemos oblicu@ y hacia abajo, con golpes entre las dos paletillas.

HEMORRAGIAS

Se detectan porque normalmente se produce un **shock hipovolémico** ("hipo" significa "poca" y "volémico" significa "circulación"), que va unido a unos síntomas característicos.

SÍNTOMAS	ACTUACIONES GENERALES
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rebeldía y resistencia de la víctima a ser atendida (va a estar violenta).</i> • Aumento de la frecuencia cardíaca, consecuencia de un pulso débil y acelerado. • El relleno capilar va a tener una capacidad de recuperación baja. • La víctima tendrá palidez, sudoración y piel fría. • La respiración será superficial y rápida. • La tensión arterial estará baja. • Tendrá síntomas de cianosis (coloración morada) en los labios y ojos. • Observaremos una areactividad (falta de reacción a la luz) en las pupilas. • La víctima va a tener mucha sed. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la respiración por si hubiera alguna hemorragia interna, que se cerrase por sí sola. • Si se trata de una fractura externa con hemorragia, trataremos de cohibirla; lo que podríamos hacer sería levantar las piernas de la víctima (siempre que no haya otra cosa que nos lo impida). • Tapar a la víctima con una manta, para evitar la pérdida de calor. • Llevar a la víctima a un centro hospitalario. • NO DAR NUNCA DE COMER NI DE BEBER A LA VÍCTIMA.

La clasificación de hemorragias se puede hacer dependiendo del volumen de sangre que perdamos:

CANTIDAD EN mml	% VOLUMEN DE SANGRE	SÍNTOMAS
Hasta 750 mml	Hasta 15%	El cuerpo trata de compensar esas pérdidas con las reservas naturales que tenemos en el bazo y el hígado.
Hasta 1500 mml	Hasta 30%	El cuerpo reacciona con una frecuencia cardíaca mayor y una frecuencia respiratoria más fuerte.
Hasta 2000 mml	Hasta 40%	El cuerpo pierde la capacidad de reacción y encontramos a la víctima desorientada, perdida, y con frío.
Más de 2000 mml	Más de 40%	La víctima ya se encuentra con un shock hipovolémico.

También se realiza otra clasificación que depende del lugar por donde la sangre se expulse, que aunque pueda ser una hemorragia interna o externa, siempre hay una expulsión externa de la sangre.

HEMORRAGIAS INTERNAS			
NOMBRE	EXPULSIÓN	ACTUACIÓN	PROCEDENCIA
Otorragia	Por el oído	Limpiamos la oreja y vemos si tiene herida exterior. Le tapamos boca arriba y luego le apoyamos sobre el oído sangrante. Le llevamos al hospital.	
Epistaxis	Por la nariz	Se le pone algodón con agua oxigenada y la cabeza hacia delante apoyada. Si no se le corta, se le lleva al hospital.	
NOMBRE	EXPULSIÓN	ACTUACIÓN	PROCEDENCIA
Hematemesis	Por la boca	Colocamos a la persona en P.L.S. o semisentada, con las piernas flexionadas.	Estómago o Aparato Digestivo. Color oscuro y con grumos.
Hemoptisis	Por la boca	Colocamos a la persona en P.L.S. o semisentada, con las piernas flexionadas.	Pulmones. Color rojo muy vivo ("batido de fre-sa") y con espu-marajos.
Melenas	Por el ano	Color rojo : Suelen ser hemorroides, por lo que no suelen dar problemas. Color negro : Sí suelen ser graves, ya que suelen proceder del aparato digestivo, que al no salir por la boca pueden infectar el aparato circulatorio (por ser sangre sucia). Ambas huelen muy mal. Llevar al hospital.	Color rojo : Suelen ser hemorroides. Color negro : Aparato Digestivo.
Hematurias	Por los aparatos genitales	Llevar directamente al hospital.	
Metrorragias	Por la vagina	Poner a la víctima semisentada o tumbada con un apósito entre las piernas (toalla o sábana) y con las piernas cruzadas. Llevar al hospital.	No se corta la regla.

HEMORRAGIAS EXTERNAS

Vamos a ver directamente las actuaciones que hay que llevar a cabo:

1. Presión directa sobre la herida con un apósito limpio. Si se llena de sangre, poner otro encima, pero nunca quitar el anterior, ya que la posible capa de costra que se haya formado, la quitaríamos al retirar el apósito.

2. Si no se corta, elevación del miembro afectado.
3. Si no se corta, hacemos un vendaje compresivo, sin quitar los apósitos anteriores (por lo que ya hemos comentado).
4. Presión directa, si no se corta, sobre el punto de compresión arterial que le corresponda.
5. Si no se corta, torniquete, SIEMPRE COMO ÚLTIMO RECURSO. Hay que tener en cuenta que hay que apuntar, tanto en el miembro con el torniquete, como en la frente (por si le tapamos y no se ve que tiene un miembro con torniquete) dónde lleva un torniquete y a qué hora se ha puesto.

La última clasificación es del lugar de procedencia de la sangre:

- a) Arterial: Sale a borbotones y con un color fuerte vivo.
- b) Venosa: Da sensación de ser suave y su color es rojo apagado.

¿Cómo poner un torniquete?

1. *Elegimos sólo aquella parte del cuerpo donde haya un solo hueso, para evitar que se rompa uno en caso de haber más, y a la vez la más cercana*
2. Utilizar telas (triángulos), nunca cuerdas que podrían empeorar la situación y cortar a la víctima.
3. Coger un palo, ya preparado (que llevemos en un botiquín) o una rama, no muy grande, que encontremos, o algo lo suficientemente resistente y grande.
4. Con el triángulo de tela preparado dar una vuelta a la zona que hayamos elegido para colocarlo, de tal forma que los extremos nos queden hacia la parte externa del cuerpo con un par de nudos, sin apretar excesivamente
5. Colocamos el palo sobre los nudos y hacemos otros dos fuertes.
6. Observando si deja de salir sangre, vamos dando vueltas al palo.
7. Cuando deja de sangrar, sujetamos los extremos del palo al miembro, con cuidado de que no se suelte e **indicamos sobre el paciente que lleva un torniquete, con la hora en que se ha puesto y el lugar**, en la frente y en el miembro, para taponarlo finalmente con una manta.

HERIDAS

Tienen peligrosidad por los riesgos de infección, hay que tener cuidado con los tejidos adyacentes. Su clasificación se realiza según el agente que las causa:

1. **Incisas:** Producidas por un agente cortante (p.ej.: cuchillo); la herida causada posee los bordes muy nítidos y es muy sangrante.
2. **Contusas:** Producidas por un golpe; la herida tiene los bordes irregulares y aplastados.
3. **Punzantes:** Cuando se clava algo; la herida es engañosa, porque puede tener poca superficie pero mucha profundidad, con peligro de coger el tétano.
4. **Con Colgajo:** Cuando hay fragmento de piel que les una. En esta herida no cortar nunca el trozo que cuelga. Suele producirse en codos y rodillas.
5. **Por Desgarro o Arrancamiento:** Es igual que la anterior (con colgajo), pero con el trozo arrancado.

Los factores que pueden agravar una herida son:

- Profundidad.
- Extensión.
- Localización.
- Objetos extraños (dentro de la herida).
- Infección. Normalmente se nota porque la zona está más acalorada, dolerá mucho, seguramente estará inflamada y más enrojecida que el resto de la piel.

Otros tipos de heridas:

1. **Cráneo:** Cuando son abiertas debemos tapar y trasladar rápidamente a la víctima a un hospital. Hay un tipo especial que se llama **scalp**, que es cuando se arranca un trozo de pelo (como si fuera césped cuando se arranca una capa), es muy escandalosa, ya que sangra mucho.
2. **Perforantes en el Tórax:** Son muy dolorosas y dejan la zona afectada morada. Provocan dificultad respiratoria, hemoptisis (salida de sangre por la boca) e incluso un **neumotórax**. Vendar y trasladar (semisentado si hay neumotórax).
3. **Perforantes en el Abdómen:** Hay que tener cuidado con el shock hipovolémico, que se llama **abdómen agudo** o **vientre en tablas**. Si la víctima tiene las tripas fuera, salidas, no volver a meterlas (puede provocar muchas infecciones) y taparlas con una gasa o algo limpio que esté húmedo, no chorreando, y preferiblemente si es con suero fisiológico.

LA FORMA DE TRATAR LAS HERIDAS ES LA SIGUIENTE

- a) Detener la hemorragia en caso de haberla.
- b) Limpiar la herida, para evitar la infección, con suero fisiológico a chorro o con agua y jabón, arrastrando hacia fuera la suciedad con una gasa o una esponjita. Después se le puede dar un antiséptico local (p.ej.: betadine).

Contraindicaciones:

- Betadine y Mercromina juntos.
 - Alcohol: Quema la piel y puede dejar la infección por debajo.
 - Yodo: Quema la piel.
 - Algodón: Nunca, ya que los pelillos se quedan y pueden infectar.
 - Ampollas: No reventar nunca, ya que son una protección de la piel.
- c) Finalmente tapar con una venda o gasa limpia, para que no se infecte, ya que las heridas se curan mejor al aire libre.

SÍNDROME DE APLASTAMIENTO

Después de un aplastamiento la peligrosidad está en la 3ª o 4ª hora. Lo más normal es que haya descompresión (por rotura de tejidos, etc.) y que la víctima entre en estado de shock (como con un torniquete). El miembro aplastado puede tener fracturas o heridas; nuestra actuación dependerá del tiempo que éste haya estado aplastado.