

DIRECCION ESCUELA DE SUBOFICIALES (D.G.Edu.P)

BIOSEGURIDAD Y PRIMEROS AUXILIOS

PRIMER AÑO



2.024

INTRODUCCIÓN

Bienvenidos a la Cartilla de Bioseguridad y Primeros Auxilios para los Estudiantes Aspirantes a Agentes de la Policía de Salta. En el arduo camino hacia convertirse en agentes de seguridad, es crucial equiparse con conocimientos y habilidades que no solo fortalezcan la capacidad de mantener el orden, sino también de responder eficientemente en situaciones de emergencia. Esta cartilla se presenta como una herramienta esencial para el aprendizaje y la comprensión de los principios fundamentales de primeros auxilios, una destreza vital que marcará la diferencia en su desempeño futuro en la sociedad.

La labor policial conlleva una gran responsabilidad, no solo en la preservación del orden público, sino también en la protección y asistencia a la comunidad en momentos de crisis. Esta cartilla tiene como objetivo principal proporcionar a los futuros agentes de la policía los conocimientos esenciales que les permitirán actuar de manera rápida y efectiva ante situaciones de emergencia, contribuyendo así a la seguridad y el bienestar general de la población a la que se comprometen a servir.

En sus manos tienen una guía detallada que aborda desde los conceptos básicos de la bioseguridad y los primeros auxilios hasta técnicas más avanzadas. A lo largo de este material, encontrarán información crucial sobre cómo reconocer y responder a diversas emergencias médicas, brindando atención inmediata hasta la llegada de profesionales de la salud.

Es fundamental comprender que la rapidez y la eficacia en la atención de emergencias pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Este conocimiento no solo les será útil en el ejercicio de sus funciones diarias, sino que también se convertirá en una herramienta invaluable cuando enfrenten situaciones imprevistas en la comunidad.

INDICE

TEMAS	PAGINA
I. PRIMEROS AUXILIOS	
Primeros Auxilios, Importancia de los Primeros Auxilios	04
Importancia de los Primeros Auxilios, Principios Básicos	05
La Obligación Legal de Socorrer, Accidente	07
Cadena de Supervivencia, ¿Cómo reconocer una emergencia? .	09
Actuación General ante una Situaciones de Emergencia, P.A.S. .	11
Evaluación Primaria	13
Exploración de la Respiración	15
Pulso, Cifras normales, puntos para tomar	16
Evaluación Secundaria, Papel del efectivo como Primer Interventor	20
II. BIOSEGURIDAD	
Bioseguridad, Elementos de Protección Personal	24
El E.P.P. ¿está compuesto por?, Urgencia y Emergencia	25
Posición Lateral de Seguridad, Técnica	26
Traslado del accidentado	29
Métodos de Traslados	30
Botiquín	32
III. EMERGENCIAS RESPIRATORIAS	
Asfixia, Causas frecuentes, Actuación	36
Obstrucción de la vía aérea	37
Obstrucción de la vía aérea Ligera, Severa, Obstrucción Completa, Maniobra de Heimlich	38

TEMAS	PAGINA
Tratamiento de la Obstrucción de la Vía Aérea, Maniobra de Heimlich en niños	40
Maniobra en Lactantes, Auto maniobra de Heimlich	41
Otras causas de Asfixia	42
 IV. ALTERACION DE LA CONCIENCIA	
Lipotimia, síntomas, actuaciones	47
Epilepsia, Etapas de las Convulsiones	46
Traumatismo Cráneo Encefálico (TEC), Manifestaciones más comunes, Complicaciones	47
 V. HEMORRAGIAS	
Hemorragias, Clasificación	50
Clasificación según la salida	51
Hemorragias Externas	52
Torniquete	53
Hemorragias Externas	54
Hemorragias Exteriorizadas	55
Otorragia, Epistaxis, Actuaciones	56
Hemoptisis, Hematemesis, Diferencias	57
 VI. TRAUMATISMOS (I) DE PARTES BLANDAS	
Contusiones	59
Heridas Leves, Graves	61
Heridas en partes blandas, Clasificación	62

TEMAS	PAGINA
VII. TRAUMATISMOS (II) TRAUMATISMOS OSEOS	
Traumatismos de extremidades	65
Esguince, Síntomas, Luxación	66
Fracturas cerradas y abiertas	67
Tipos de Fracturas, Síntomas	68
Cabestrillo, Procedimiento	69
Inmovilización, vendas	72
vendas en rollo, triangular	73
vendajes, normas generales	75
VII. QUEMADURAS	
Quemaduras, Clasificación según región	80
Tratamiento Inmediato	83
VIII. PARO CARDIO RESPIRATORIO Y RCP	
R.C.P. Procedimiento	85
R.C.P. en Bebes y Niños	91
Desfibrilador Externo Automático	95
IX. PARTO NATURAL DE URGENCIA	
¿Qué es el Parto Natural de Urgencia?	98
Durante y Después de la salida del Bebe	99
BIBLIOGRAFIA	101

PRIMEROS AUXILIOS

Conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de un accidentado, hasta que llegue la asistencia médica profesional, con el fin de que las lesiones que ha sufrido NO EMPEOREN. Los primeros auxilios son medidas inmediatas y temporales que se toman en situaciones de emergencia o accidentes antes de que llegue el personal médico. Su objetivo principal es preservar la vida, prevenir el agravamiento de la lesión y facilitar la recuperación.

IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS:

1. Preservación de la Vida:

- En muchas situaciones de emergencia, los primeros auxilios pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte.
- Acciones rápidas y efectivas pueden estabilizar a una persona antes de que reciba atención médica profesional.

2. Prevención de Lesiones Adicionales:

- Los primeros auxilios ayudan a prevenir el empeoramiento de las lesiones existentes.
- Brindar cuidados básicos evita complicaciones y reduce el tiempo de recuperación.

3. Promoción de la Recuperación:

- Proporcionar los primeros auxilios adecuados contribuye a una recuperación más rápida y completa.
- Puede minimizar el impacto a largo plazo de una lesión o enfermedad.

4. Apoyo Emocional:

- Los primeros auxilios también incluyen proporcionar apoyo emocional a la persona afectada y a quienes la rodean.
- La tranquilidad y el apoyo pueden influir positivamente en la respuesta emocional y mental del paciente.

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LOS EFECTIVOS POLICIALES:

1. **Accidentes y Emergencias en el Campo:** Los efectivos policíales están expuestos a diversas situaciones de emergencia y accidentes mientras realizan sus funciones, como accidentes de tráfico, incidentes violentos, entre otros.

2. **Tiempo Crítico de Respuesta:**

- En muchas ocasiones, son los primeros en llegar a la escena de un incidente.
- Contar con conocimientos de primeros auxilios les permite tomar medidas rápidas y efectivas mientras esperan la llegada de los servicios médicos.

3. **Servicio a la Comunidad:**

- Los policías no solo actúan como fuerza de seguridad, sino también como servidores públicos.
- Saber aplicar primeros auxilios refuerza su capacidad para servir y proteger a la comunidad de manera integral.

4. **Mejora de la Imagen Institucional:**

- La capacitación puede mejorar la imagen pública de la fuerza policial, demostrando un compromiso con la seguridad y el bienestar de la comunidad.
- La capacitación en primeros auxilios para los efectivos policiales no solo es un componente esencial de su preparación, sino también un reflejo del compromiso de brindar un servicio integral a la comunidad. La implementación de estos conocimientos puede salvar vidas y fortalecer la confianza entre la fuerza policial y la ciudadanía que juran proteger y servir.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

Es importante considerar que los principios básicos de los primeros auxilios consisten en:

1. **Mantener la calma**, actuando de una manera rápida. Esto implica mantener una actitud de tranquilidad ante el paciente con el propósito de brindarle confianza tanto a él como a las personas que se encuentran cercanas y que fueron testigos del incidente. En ocasiones, la situación ameritará que seamos nosotros quienes tomen la iniciativa relacionada a la solicitud de una llamada al personal médico, etc.
2. **Llamar a los servicios de emergencia**. Es necesario que se activen los servicios de emergencia ante situaciones como la pérdida de conciencia del paciente; dificultad para la respiración; presencia de dolor en el pecho o abdomen; hemorragias abundantes; convulsiones; posible intoxicación así como otras de gravedad.
3. **Evaluar la situación**. Lo anterior hace referencia la necesidad de que se realice un análisis rápido y general de la situación y del lugar en donde ocurrió este incidente. De manera que se identifiquen las posibles fuentes de peligro tal es el caso de amenazas de derrumbes, rupturas de canales de agua o de gas, la presencia de fuego, etc.
4. **Examinar al lesionado**. Es de suma relevancia que se identifiquen si la persona presenta signos vitales (respiración, pulso, etc.), si es que está consciente, si presenta alguna herida expuestas, sangra, etc.
5. **No hacer más que lo indispensable**. No debe de moverse al accidentado hasta conocer cuál es su estado general y haberle proporcionado los cuidados necesarios. Sin embargo, existen tres situaciones en las que resulta inminente la movilización, tal es el caso de poder proporcionarle adecuadamente los primeros auxilios, evitar que se agraven sus heridas y/o protegerlo de un nuevo accidente.
6. **Mantener la temperatura corporal del herido**. Ello implica no proporcionarle un calor excesivo ni que se encuentre a temperaturas bajas.
7. **Tranquilizar a la víctima**.
8. **No dejar solo a la víctima**.
9. **No administrarle medicamentos**

LA OBLIGACIÓN LEGAL DE SOCORRER

REFERENCIAS NORMATIVAS:

- Art.195 Código Penal
- Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales
- Art.51 Ley de Tráfico y Seguridad Vial
- Art.129 Reglamento General de Conductores
- Constitución Española 1978

El derecho a la vida, la salud y la integridad física es un deber que todos tenemos obligación de proteger.

ACCIDENTE Perdida brusca del equilibrio funcional del organismo que puede suceder en cualquier circunstancia: trabajo, hogar, juego, ocio, conducción de vehículos, etc.

¿QUE ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

Legalmente, se entiende por accidente de trabajo “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o a consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena”.

LOS RIESGOS LABORALES

Aunque la empresa debe facilitar al trabajador los medios suficientes para garantizar la inexistencia o minimizar los riesgos laborales,

Art. 20 Medidas de Emergencia

Art. 29 Obligaciones de los trabajadores

el trabajador es responsable y tiene que ser capaz de velar por su propia salud y seguridad frente a los riesgos existentes.

RIESGOS MÁS COMUNES

- Caídas
- Choques
- Golpes
- Proyecciones
- Atrapamientos
- Sobreesfuerzos

LESIONES MÁS FRECUENTES

- Cuerpos extraños en ojos
- Contusiones
- Heridas
- Hemorragias
- Quemaduras
- Fracturas y luxaciones
- Pérdida de consciencia

Asistencia o tratamiento iniciales que se dan a un ACCIDENTADO o, a quien sufre una ENFERMEDAD REPENTINA

Conocimientos mínimos imprescindibles que debe poseer cualquier persona para que, en el DEBER DE PRESTAR AYUDA, sea eficaz la labor de auxiliar a la víctima hasta la llegada de los servicios de asistencia sanitaria, basados siempre en la conducta

P.A.S.

- Salvar vidas
- Evitar más lesiones y alteraciones (NO AGRAVAR EL DAÑO INICIAL)
- Proteger de los riesgos de infecciones y otras complicaciones

QUE ES LO QUE SE PUEDE HACER

QUE ES LO QUE NO SE DEBE HACER

Quien los presta es el primer eslabón de una cadena de supervivencia.

- Reconocer una situación de emergencia.
- Evaluar su gravedad.
- Dar el soporte inicial adecuado
- No abandonar al herido

CADENA DE SUPERVIVENCIA

La cadena de supervivencia es un concepto crucial en la atención de emergencias médicas, especialmente en casos de paro cardíaco u otras situaciones críticas que requieren intervención rápida y coordinada. Los pasos de la cadena de supervivencia están diseñados para maximizar las posibilidades de supervivencia de la víctima. Vamos a profundizar en cada uno de estos pasos:

1

EVALUA LA ESCENA

No pongas en riesgo tu vida ni la de los demás para ayudar a la víctima.

2

EVALUA A LA PERSONA

¿Está consciente?
¿Respira?
¿Está herida? ¿Sangra?

3

LLAMA A EMERGENCIAS

O pedir a alguien que llame. Deciles dónde estás y tu evaluación de la víctima

4

ASISTIR A LA PERSONA

Acompañarla hasta que lleguen los médicos. Informarte cómo proceder según la situación. Si no respira y conocer la técnica, practicarle reanimación cardiopulmonar (RCP)

EVALUAR LA ESCENA

En primer lugar, es fundamental asegurar que la escena sea segura tanto para el socorrista como para la víctima. Esto implica evaluar cualquier riesgo inminente, como tráfico, fuego, electricidad, sustancias peligrosas, etc.

Una vez que se ha determinado que la escena es segura, es importante identificar el tipo de emergencia y la cantidad de víctimas presentes. Esto ayuda a priorizar la respuesta y a solicitar los recursos adecuados.

EVALUAR A LA PERSONA

Una vez que se ha asegurado la escena, el siguiente paso es evaluar el estado de la víctima. Esto implica verificar si la persona está consciente o inconsciente y si está respirando.

Si la víctima está inconsciente pero respira, se debe colocar en una posición de recuperación y esperar la llegada de los servicios de emergencia.

Si la víctima está inconsciente y no respira o solo hace respiraciones ineficaces, se debe iniciar de inmediato la RCP (reanimación cardiopulmonar).

LLAMAR A EMERGENCIAS

Después de evaluar a la víctima y determinar la necesidad de intervención, es crucial llamar a los servicios de emergencia lo más rápido posible. Esto se puede hacer marcando el número de emergencia local, como el 911.

Es importante proporcionar información clara y precisa sobre la situación, incluyendo el tipo de emergencia, el número de víctimas, la ubicación exacta y cualquier otra información relevante.

ASISTIR A LA PERSONA EN LOS PRIMEROS AUXILIOS

Una vez que se ha solicitado ayuda profesional, es fundamental proporcionar los primeros auxilios básicos a la víctima mientras se espera la llegada de los servicios de emergencia.

Esto puede incluir acciones como controlar hemorragias, mantener la vía respiratoria despejada, administrar RCP si es necesario, aplicar vendajes o inmovilizar fracturas, entre otros. Es importante recordar que los primeros auxilios deben ser proporcionados

dentro de los límites de la capacitación y la habilidad del socorrista, y que no se deben realizar maniobras que puedan empeorar la situación.

En resumen, la cadena de supervivencia se basa en una serie de pasos interconectados que deben seguirse en secuencia para maximizar las posibilidades de supervivencia de una víctima en una emergencia médica. Evaluar la escena, evaluar a la persona, llamar a emergencias y asistir a la persona en los primeros auxilios son pasos fundamentales en este proceso, y la ejecución rápida y eficiente de cada uno de ellos puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

¿CÓMO REPORTAR UNA EMERGENCIA ?

La posibilidad de realizar una llamada telefónica durante un evento de emergencia se convierte en una oportunidad valiosa y única durante este proceso. De ahí la relevancia de considerar algunos aspectos de gran relevancia en los distintos momentos de la llamada.

ANTES DE LA LLAMADA

- ✓ Conservar la calma.
- ✓ Tener a la mano información como la dirección de la institución donde ocurrió el incidente y números telefónicos de quienes realicen el reporte.

DURANTE LA LLAMADA

- ✓ Asegurarse de marcar adecuadamente el número telefónico.
- ✓ Hablar claro y evitar gritar o sollozar.
- ✓ Una vez que nos contesten, debemos de identificarnos con nuestro nombre, indicando la institución de la que nos comunicamos.
- ✓ Mencionar que es una emergencia.
- ✓ Dar respuestas concisas acorde a lo que se nos pregunta.

- ✓ Expresar el tipo de ayudas necesaria, ya sea de servicios médicos, bomberos, protección civil, etc.
- ✓ Proporcionar la dirección exacta, indicando los detalles de la ubicación.
- ✓ Dar el teléfono de quien se comunica con la intención de que la persona que recibe el reporte pueda comunicarse con nosotros de así requerirse.
- ✓ En caso de que así lo solicite la persona que recibió el reporte, se debe de ampliar detalles del incidente.
- ✓ Preguntar cuanto se tardaran en proporcionar ayuda.

DESPUÉS DE LA LLAMADA

- ✓ Volver a las labores de apoyo a la emergencia.



ACTUACIÓN GENERAL ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA



al accidentado, a uno mismo y a los demás.



a los servicios de atención sanitaria.



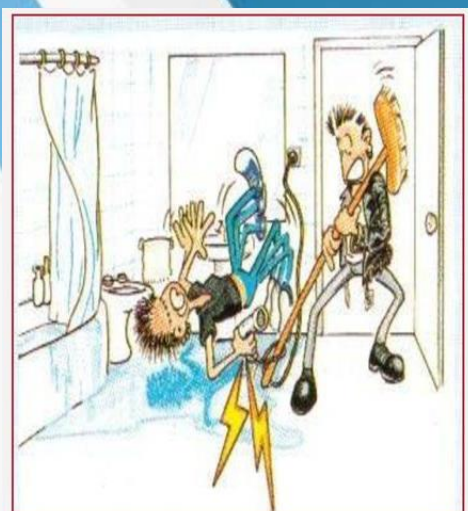
al accidentado o al herido.

SECUENCIA DEL SISTEMA **P** A S

PROTEGER

Después de cada accidente puede persistir el peligro que lo originó.

- Necesitamos hacer seguro el lugar, tanto para el accidentado como para nosotros.
- Si hubiera algún peligro, aléjelo de usted y del accidentado.
- De no ser posible aleje al accidentado del peligro.



SECUENCIA DEL SISTEMA P **A** S

AVISAR

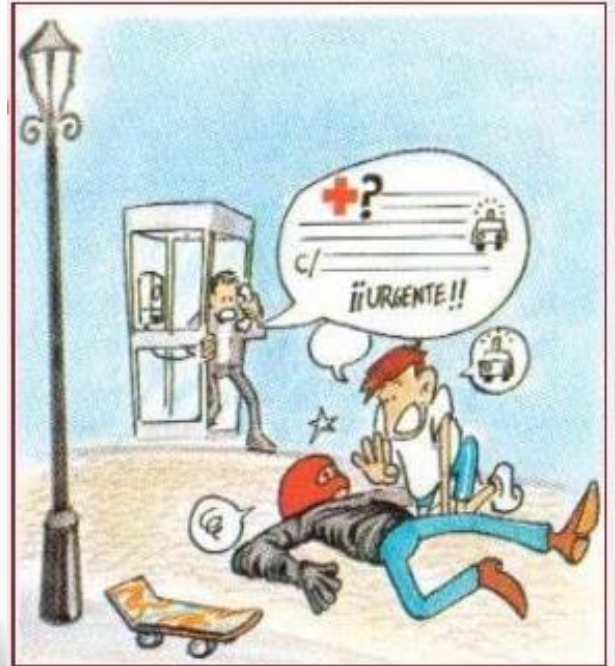
Dar aviso a los sistemas de emergencia 911 identificándose (nombre y teléfono)

INFORMAR

- Dirección exacta.
- Dar referencias para localizar el lugar.
- Número de personas accidentadas.
- Tipo de víctimas y lesiones.
- Peligros que pueden empeorar
- la situación.

COMPROBAR

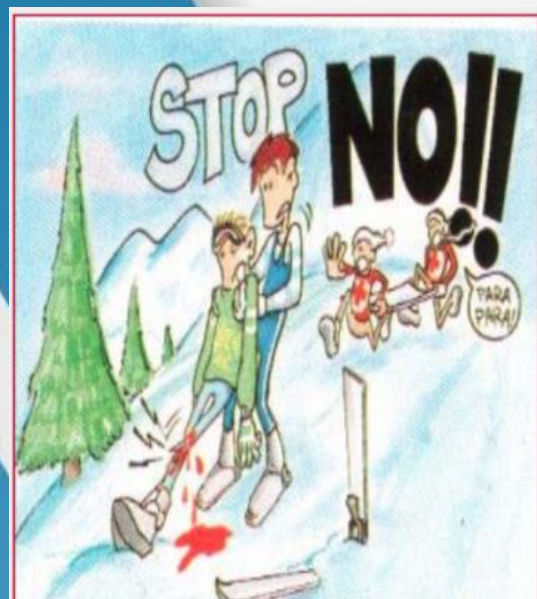
- No colgar el teléfono sin estar seguros
- que el mensaje se ha recibido.
- Hacer que la persona que ha recibido
- el mensaje, lo repita.



SECUENCIA DEL SISTEMA P **A** S

SOCORRER

- Mantener la calma y tranquilizar a la víctima.
- No mover al accidentado
- Exploración primaria de los signos vitales.
- Exploración secundaria de los síntomas.



EVALUACIÓN PRIMARIA

La valoración primaria es el primer paso crítico al proporcionar asistencia en primeros auxilios a personas lesionadas o enfermas. Consiste en una evaluación inicial rápida para identificar y abordar las amenazas inmediatas para la vida. Incluye pasos como asegurar la escena, evaluar la conciencia, verificar la respiración, buscar signos de circulación y realizar una evaluación rápida del cuerpo en busca de lesiones que pongan en peligro la vida.

La valoración primaria es vital ya que permite identificar y tratar rápidamente las condiciones que podrían ser mortales. Al realizar esta evaluación de manera rápida y eficiente, se pueden tomar decisiones informadas sobre la atención médica necesaria, lo que puede salvar vidas.

PAPEL DEL EFECTIVO POLICIAL COMO PRIMER INTERVENTOR:

Los efectivos policiales son a menudo los primeros en llegar a una escena de emergencia. Como primeros interventores, es crucial que estén capacitados para realizar una valoración primaria rápida y efectiva. Su capacidad para evaluar la situación, tomar medidas para garantizar la seguridad y proporcionar asistencia inicial puede marcar la diferencia en la supervivencia de la persona afectada.

ACTUACION:

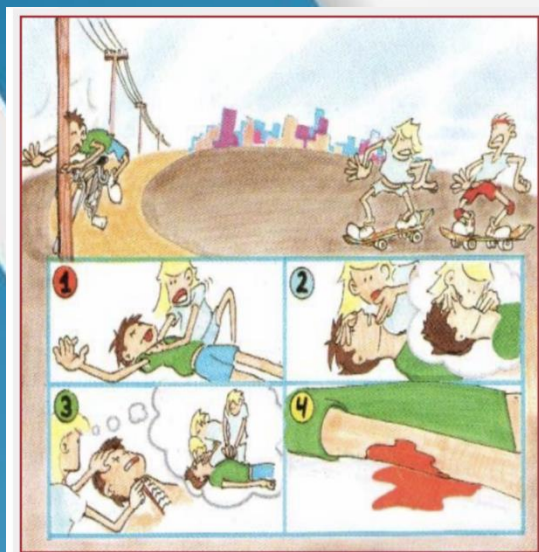
(Reconocer situaciones que suponen un peligro vital)

Comprobar **CONSCIENCIA**

Comprobar **RESPIRACIÓN**

Comprobar **PULSO**

Buscar posibles **HEMORRAGIAS**



EXPLORACIÓN DE LA VICTIMA

EXPLORACIÓN PRIMARIA

¿Qué se tiene que explorar?

CONSCIENCIA

LOS SIGNOS VITALES

Respuesta a estímulos

RESPIRACION

Si hay movimientos torácicos

PULSO

Si hay pulso carotídeo

Siempre por este orden

EXPLORACION DE LA CONSCIENCIA

¿Qué le pasa?

¿me oye?

¿se encuentra bien?

¿la victima
contesta?

Si contesta

El paciente mantiene las
constantes vitales: Consciencia,
respiración y pulso

No contesta

Se le pellizca en la axila o
trapecio, observando sus
reacciones (gemidos, apertura de
ojos, movimientos de cabeza), si
no existe reacción el paciente

Se pasa a la exploración
Secundaria



AVISAR

EXPLORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

VER movimientos torácicos

OÍR la respiración del lesionado

SENTIR el aliento en la mejilla



PROCEDIMIENTO PARA CONTROLAR LA RESPIRACION

Para controlar la respiración, deben contarse los movimientos respiratorios, tomando la inspiración y la espiración como una sola respiración.

- Colocar al lesionado en posición cómoda (acostada) en caso de vomito con la cabeza hacia un lado.
- Aflojar las prendas de vestir. Inicie el control de la respiración observando el tórax y el abdomen, de preferencia después de haber tomado el pulso, para que el lesionado no se dé cuenta y evitar así que cambie el ritmo de la respiración.
- Cuente las respiraciones por minuto utilizando un reloj con segundo.
- Anote la cifra para verificar los cambios y dar estos datos cuando lleve el lesionado al centro asistencial.

CIFRAS NORMALES DE LA RESPIRACION

Hay factores que hacen variar el número de respiraciones:

El ejercicio: la actividad muscular produce un aumento temporal de la frecuencia.

El sexo: en la mujer la respiración tiende a ser más rápida que en el hombre.

La hemorragia: aumenta la frecuencia respiratoria

La edad: a medida que aumenta, la frecuencia respiratoria tiende a disminuir.

Cifras normales son :

- Niños de meses 30 respiraciones por minuto
- Niños hasta seis años 26 respiraciones por minuto
- Adultos 12-15 respiraciones por minuto
- Ancianos <12 respiraciones por minuto

EXPLORACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO CARDIACO

El pulso se explora siempre en la arteria carótida. En los RN y obesos en la arteria humeral. Debemos observar si el pulso es rítmico, regular, frecuencia, etc.

PULSO Es la expansión rítmica de una arteria, producida por el paso de la sangre bombeada por el corazón.

El pulso se controla para determinar el funcionamiento del corazón. El pulso sufre modificaciones cuando el volumen de sangre bombeada por el corazón disminuye o cuando hay cambios en la elasticidad de las arterias. Tomar el pulso es un método rápido y sencillo para valorar el estado de un lesionado

CIFRAS NORMALES DEL PULSO

El pulso normal varía de acuerdo a diferentes factores, siendo el más importante la edad.

LACTANTES 130 a 140 Pulsaciones por minuto

NIÑOS 80 a 100 Pulsaciones por minuto

ADULTOS 72 a 80 Pulsaciones por minuto

ANCIANOS 60 o menos pulsaciones por minuto

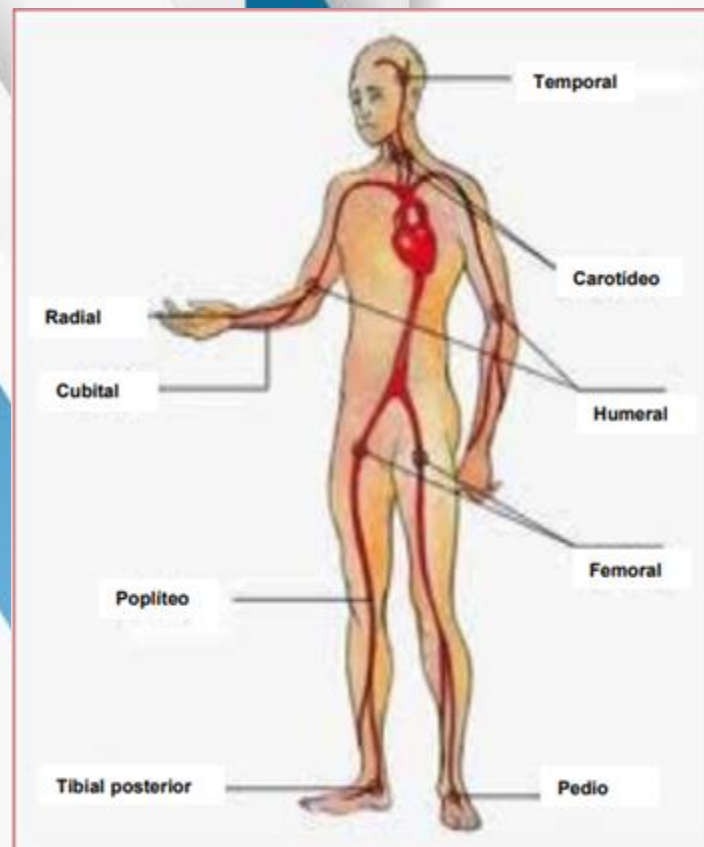
PUNTOS PARA TOMAR EL PULSO

El pulso se puede tomar en cualquier arteria superficial que pueda comprimirse contra un hueso.

Los puntos donde se puede tomar el pulso son :

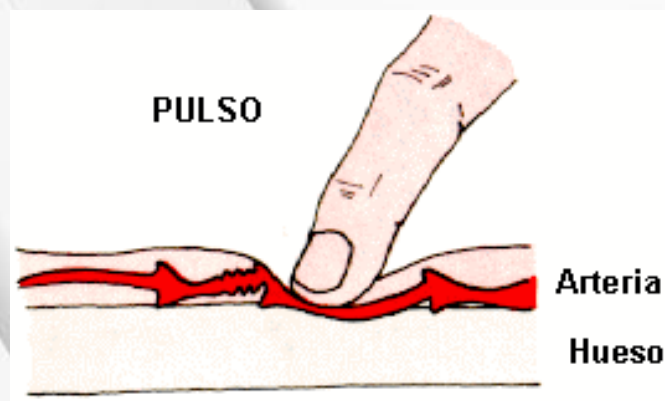
- En la sien (temporal)
- En el cuello (carotídeo)
- En hueco clavicular (subclavia)
- Parte interna del brazo (humeral)
- En la muñeca (radial)
- Parte interna del pliegue del codo (cubital)
- En la ingle (femoral)
- En el dorso del pie (pedio)
- En la tetilla izquierda de bebés (apical)

En primeros auxilios, los puntos en los que se controla el pulso son el radial y el carotídeo.



RECOMENDACIONES PARA TOMAR EL PULSO

- Palpar la arteria con los dedos índice y medio
- No palpar con el dedo pulgar, porque el pulso de este dedo es más perceptible y confunde el suyo.
- No ejercer presión excesiva, porque no se percibe adecuadamente.
- Controlar el pulso en un minuto en un reloj de segundero.
- Registrar las cifras para verificar los cambios.



PULSO CAROTÍDEO

En primeros auxilios se toma este pulso porque es el de más fácil localización y por ser el que pulsa con más intensidad.

La arteria carótida se encuentra en el cuello a lado y lado de la tráquea para localizarlo haga lo siguiente:

- Localizar la nuez.
- Deslice sus dedos hacia el lado de la tráquea.
- Presione ligeramente para sentir el pulso.
- Cuente el pulso por minuto.
- Intensidad del pulso



PULSO RADIAL

Este pulso es de mejor acceso, pero a veces en caso de accidente se hace imperceptible

- Palpar la arteria radial, que está localizada en la muñeca, inmediatamente por encima de la base del dedo pulgar.
- Colocar los dedos (índice y medio) haciendo ligera presión sobre la arteria.
- Contar el pulso en un minuto.



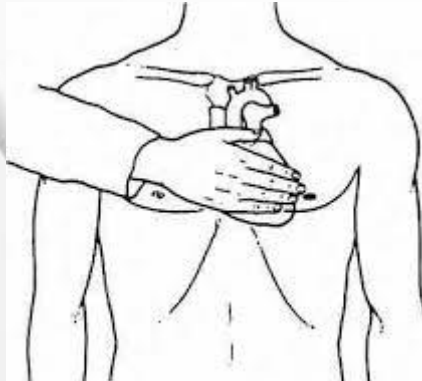
PULSO APICAL

Se denomina así el pulso que se toma directamente en la punta del corazón.

Este tipo de pulso se toma en niños pequeños (bebés)

- Colocar los dedos sobre la tetilla izquierda.

- Presionar ligeramente para sentir el pulso.
- Contar el pulso en un minuto.



EVALUACION SECUNDARIA

La valoración secundaria es una evaluación más detallada que se realiza una vez que se ha completado la valoración primaria y se ha determinado que la persona no presenta amenazas inmediatas para la vida. Consiste en una revisión más exhaustiva de las lesiones o enfermedades de la persona afectada para identificar cualquier otra necesidad de atención médica.

La valoración secundaria es crucial para identificar lesiones o problemas médicos que podrían no ser evidentes inicialmente pero que requieren atención. Al realizar una valoración secundaria completa, se pueden detectar lesiones menos graves que aún así necesitan tratamiento, así como determinar el mejor curso de acción para la atención continua.

PAPEL DEL EFECTIVO POLICIAL COMO PRIMER INTERVENTOR:

Para un efectivo policial, realizar una valoración secundaria cuidadosa puede ser fundamental para garantizar que todas las necesidades médicas de la persona afectada sean atendidas. Esto puede incluir la identificación de lesiones ocultas, la recopilación de información médica relevante, como alergias o condiciones preexistentes, y la estabilización continua del paciente hasta la llegada de personal médico calificado.

¿Qué se tiene que explorar?

CABEZA

CUELLO

TORAX Y ABDOMEN

EXTREMIDADES

¿Qué se tiene que buscar?

PUNTOS DOLOROSOS

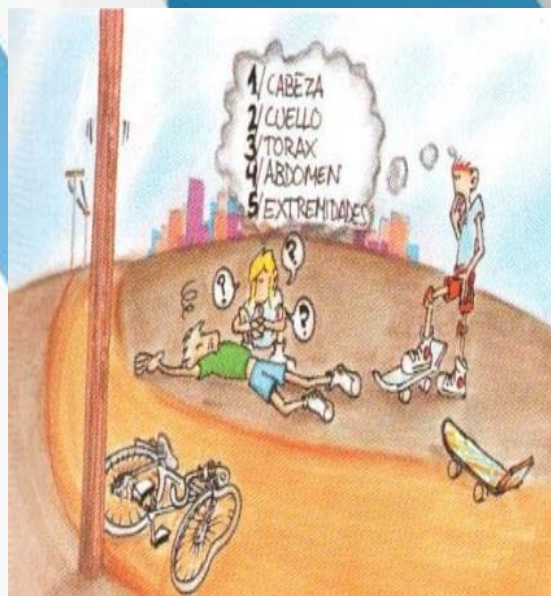
HERIDAS Y CONTUSIONES

DEFORMIDADES

SENSIBILIDAD / MOVILIDAD

LOCALIZAR LESIONES

- Cabeza: buscar heridas caras y cuero cabelludo, fracturas, lesiones oculares.
- Cuello: buscar deformaciones y bultos.
- Tórax: valorar si existe dificultad respiratoria, heridas, hemorragias
- Abdomen: si la pared está o no depresible, suponer hemorragias internas, heridas
- Extremidades: buscar posibles fracturas, esguinces, luxaciones, etc.



RESUMEN

ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

- 
1. PROTEGER
 2. AVISAR
 3. SOCORRER

RECONOCIMIENTO DE SIGNOS
VITALES

A CONCIENCIA

B RESPIRACION

C PULSO



CONSCIENTE	RESPIRA	ACTUACIÓN
SI	SI	HEMORRAGIAS, FRACTURAS...
NO	SI	PLS, HEMORRAGIAS, RESPIRACIÓN
NO	NO	RCP

BIOSEGURIDAD



BIOSEGURIDAD Son normas y medidas para reducir el riesgo de contagio. Estos riesgos se minimizan si se respetan procedimientos de seguridad y el uso del equipo de protección personal (EPP).



ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL El Elemento de Protección Personal (EPP), es cualquier equipo o dispositivo destinado para ser utilizado o sujetado por el trabajador, para protegerlo de uno o varios riesgos y aumentar su seguridad o su salud en el trabajo. Las ventajas que se obtienen a partir del uso de los elementos de protección personal (EPP) son las siguientes:

- proporcionar una barrera entre un determinado riesgo y la persona
- mejorar el resguardo de la integridad física del trabajador
- disminuir la gravedad de las consecuencias de un posible accidente sufrido por el trabajador.

Una vez determinada la necesidad de usar un determinado EPP, su utilización debe ser obligatoria por parte del personal de la institución. Los EPP deben ser de uso individual y no intercambiable, aún cuando existan razones de higiene y practicidad que así lo aconsejen. Los equipos y elementos de protección personal, deben ser proporcionados a los trabajadores y utilizados por éstos, mientras se agotan todas las instancias científicas y técnicas tendientes al aislamiento o eliminación de los riesgos.

EL E.P.P. ESTÁ COMPUESTO POR:

Guantes de látex o nitrilo: protegen las manos del riesgo de contaminación por fluidos del paciente, pero no evitan cortes ni pinchazos. Los guantes deben desecharse después del contacto con cada paciente o de los artículos que pudieron haber sido contaminados por el paciente. El empleo de guantes protege, pero no sustituye el lavado correcto de las manos y si se rompen deben ser descartados y antes de reemplazarlos se deben de lavar cuidadosamente las manos.

Mascarilla naso bucal: evita el contacto directo con el paciente, protege de contaminaciones con saliva, sangre o vómito, que pudieran salir del paciente y caer en la cavidad oral y/o nasal de quien lo asiste, también impide que gotas de saliva o secreciones nasales del personal de salud contaminen al paciente.

Lentes de seguridad o protectores oculares: protegen los ojos de la exposición al contacto con gotas de sangre o líquidos corporales del paciente.

Los EPP son indispensables para prevenir accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ante la presencia de riesgos específicos que no pueden ser aislados o eliminados.

CONCEPTO DE EMERGENCIA / URGENCIA

Emergencia: es la situación de salud que se presenta repentinamente, que requiere un inmediato tratamiento o atención, y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo para la vida.

Urgencia es toda aquella situación de salud que también se presenta repentinamente sin riesgo para la vida y puede requerir asistencia médica dentro de un periodo de tiempo razonable (dentro de 2 o 3 horas)

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

La posición de seguridad, también conocida como posición lateral de seguridad o posición lateral de recuperación, es una medida fundamental en primeros auxilios. Se realiza para garantizar la seguridad y el bienestar de una persona inconsciente que está respirando de manera adecuada. A continuación, se describen algunas razones por las cuales se realiza la posición de seguridad:

- Protección de las vías respiratorias: Colocar a una persona inconsciente en la posición de seguridad ayuda a mantener las vías respiratorias despejadas. Esto es crucial para asegurar que la persona pueda respirar sin obstrucciones.
- Prevención de la aspiración: Al colocar a la persona de lado, se reduce el riesgo de que la saliva, vómito u otros fluidos entren en las vías respiratorias. Esto ayuda a prevenir la aspiración, que podría causar problemas respiratorios más graves.
- Mantenimiento de la permeabilidad de las vías respiratorias: La posición de seguridad contribuye a mantener la permeabilidad de las vías respiratorias al evitar que la lengua bloquee la garganta y cause obstrucción.
- Evitar la presión en el pecho: Al girar a la persona de lado, se reduce la presión sobre el pecho, lo que facilita la respiración y mejora la circulación sanguínea.
- Facilitar la vigilancia: La posición de seguridad facilita la observación continua de la persona inconsciente, permitiendo a los socorristas monitorear cualquier cambio en su condición y tomar medidas adicionales si es necesario.

TÉCNICA:

- Con el accidentado boca arriba, extender el brazo más cercano a nosotros y colocarlo flexionado en 90°.
- Flexionar la pierna más alejada.
- Girar al accidentado suavemente empujándolo del hombro y la rodilla más alejados a nosotros
- Recoger el brazo que gira externamente para darle dos puntos de soporte (rodilla y brazo).

- Es la posición de espera en pacientes inconscientes NO traumáticos

Paso 1

- En caso de que el paciente respire y tenga pulso pero esté inconsciente
- Arrodillarse a un lado de la víctima y colocar en 90° el brazo más cercano al socorrista.
- Flexionar la pierna más alejada al socorrista colocando la planta apoyada en el suelo



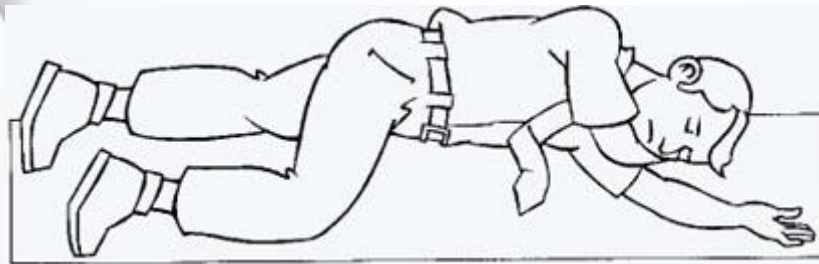
Paso 2

Girar al accidentado con cuidado empujándolo del hombro y de la rodilla de la pierna que hemos flexionado.



Paso 3

- Colocar el dorso de la mano del brazo que hemos girado debajo de la cara del accidentado para mantener la apertura de vías respiratorias
- Apoyar la rodilla de la pierna flexionada en el suelo para estabilizarlo en esta postura



Posición Lateral de Seguridad si se sospecha lesión de columna



OTRAS POSICIONES DE ESPERA Y TRANSPORTE

DECÚBITO SUPINO

- ☐ Posible lesión de columna
- ☐ Posible lesión de extremidades inferiores
- ☐ Aplicación de SVB



TRENDELEMBURG

- ☐ Shock
- ☐ Hemorragias internas
- ☐ Lipotimias y mareos



PIERNAS FLEXIONADAS

- ❑ Lesiones en abdomen



SEMISENTADO

- ❑ Lesiones en tórax
- ❑ Problemas respiratorios



TRASLADO DE ACCIDENTADOS

El traslado del accidentado es una parte crucial de los primeros auxilios, ya que puede tener un impacto significativo en la supervivencia y la recuperación del paciente.

¿Cuál es la Importancia del Traslado en los Primeros Auxilios?

1. Seguridad del Rescatador y del Paciente:

- Es vital asegurar la seguridad del rescatador y del paciente durante el traslado para evitar lesiones adicionales.
- Evaluar el entorno para identificar posibles peligros antes de mover al accidentado.

2. Estabilización Preliminar:

- Antes de mover al paciente, es esencial realizar una estabilización preliminar para evitar empeorar lesiones existentes.
- Inmovilizar fracturas o lesiones en la medida de lo posible.

3. Evaluación de la Condición del Paciente:

- Antes y durante el traslado, monitorea constantemente las constantes vitales del paciente (respiración, pulso, nivel de conciencia, etc.).

- Adaptar el método de traslado según la gravedad de las lesiones.

4. Rapidez y Eficiencia:

- El tiempo es crítico en situaciones de emergencia. Un traslado rápido y eficiente puede marcar la diferencia en el resultado para el paciente.

- Minimizar demoras innecesarias durante el traslado.

5. Comunicación con Profesionales Médicos:

- Mantén una comunicación constante con profesionales médicos para informar sobre la condición del paciente y recibir orientación.

- Comunicar cualquier cambio en la condición del paciente durante el traslado.

MÉTODOS DE TRASLADO:

MÉTODO DE LA CUCHARA:

TRES socorristas se colocan al lado de la víctima, arrodillan una pierna e introducen sus manos por debajo del cuerpo del accidentado y lo elevan a la vez, mientras que el cuarto coloca la camilla por debajo del cuerpo o bien se tiene ya colocada paralelamente al cuerpo del herido y al otro lado de los socorristas.



MÉTODO DEL PUENTE HOLANDÉS:

- Se necesitan 4 personas. Tres de ellas se colocan de forma que el herido, tendido en el suelo, QUEDE ENTRE SUS PIERNAS.
- Pasan sus manos por debajo de las pantorrillas y muslos, otro por debajo de la cintura y región lumbar y el tercero por debajo de hombros y nuca.
- A una voz ELEVAN LOS TRES A LA VEZ el cuerpo como un todo rígido, mientras que la cuarta persona introduce la camilla por debajo del cuerpo de accidentado y entre las piernas de los socorristas.
- A continuación y siempre con movimientos sincronizados depositan el cuerpo en la camilla



BOTIQUÍN

El botiquín es un recurso básico para las personas que atienden, en un primer momento, a una víctima de una enfermedad o accidente. Debe existir un botiquín en cada hogar, cada centro de trabajo y en todos los lugares en donde haya concentración de personas.



EL BOTIQUIN

- ☐ NO es una farmacia.
- ☐ No utilizar medicamentos recomendados.
- ☐ Procurar que los envases estén bien cerrados y guardados en sitio fresco, seco y oscuro
- ☐ Se deben desechar los medicamentos caducados y los que hayan cambiado de aspecto.
- ☐ Se deben desechar, una vez abiertos, los colirios y soluciones para el lavado de ojos.
- ☐ No debe tener cerradura y se debe colocar fuera del alcance de los niños.
- ☐ Ordenado y etiquetado
- ☐ Incluir una lista de los teléfonos de emergencia de la zona.

ANTISÉPTICOS

Son sustancias que se utilizan para prevenir la infección, evitando que los gérmenes penetren en la herida.

- ❑ **JABÓN DE BARRA O LÍQUIDO:** para el lavado de manos, heridas y material de cura.
- ❑ **SUERO FISIOLÓGICO:** se utiliza para lavar heridas y quemaduras. También se puede usar como descongestionante nasal y para lavados oculares.
- ❑ **ALCOHOL ETÍLICO AL 96°:** se usa para desinfectar el material de cura, termómetros etc. También se usa para desinfectar la piel antes de una inyección. Se desaconseja el uso sobre las heridas ya que irrita mucho los tejidos
- ❑ **CLORHEXIDINA:** útil en la desinfección de heridas y quemaduras. No debe aplicarse a personas que presentan hipersensibilidad
- ❑ **YODOPOVIDONA:** es el antiséptico más utilizado, se presenta como solución, pomada y jabón. Se usa para la limpieza y desinfección de las heridas. Puede producir reacción alérgica en personas con antecedentes de alergia al yodo

MATERIAL DE CURACION

Se usa para controlar hemorragias, limpiar heridas y cubrir heridas o quemaduras.

- ❑ **GASAS:** se presentan en paquetes estériles (5 x 5 cm. ó 10 x 10 cm.). Se utilizan para cubrir las heridas o detener hemorragias.
- ❑ **APÓSITOS:** almohadillas de gasas que vienen en distintos tamaños, sirven para cubrir la lesión una vez desinfectada. Existen apósitos para los ojos que tienen una forma especial.
- ❑ **VENDAS:** debe haber vendas de distintos tamaños. Se usan para vendaje de las extremidades y también para mantener los apósitos sobre las heridas.

FÁRMACOS

- ❑ **ANALGÉSICOS-ANTITÉRMICOS:** sirven para controlar el dolor y bajar la fiebre. Los más usados son la aspirina y el paracetamol.
- ❑ **ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS:** se usan para contusiones deportivas y caídas.
- ❑ **CREMA PARA QUEMADURAS:** se usa en las quemaduras de primer grado
- ❑ **CREMA PARA PICADURAS:** para calmar los síntomas de la picadura. Si una persona es alérgica deberá acudir al centro médico más cercano.
- ❑ **SOBRES DE SUERO ORAL:** útil los casos de diarreas intensas, para evitar las posibles complicaciones o ante cualquier situación con riesgo de deshidratación

ELEMENTOS ADICIONALES

Guantes desechables, pinzas, tijeras, termómetro, cinta de goma para hemorragias, vendas triangulares, etc

BOTIQUÍN DE URGENCIAS Todos los centros de trabajo deben disponer de botiquines, que estarán dotados, como mínimo, de los siguientes materiales:

- 1 envase de agua oxigenada
- 1 envase de alcohol.
- 1 envase de povidona yodada
- 1 envase de gasas estériles de 20x20
- 4 vendas (2 vendas de 5x5 y 2 vendas de 10x10)
- Curitas adhesivos
- 1 cinta o goma para hacer compresión
- 2 guantes estériles de un solo uso
- 1 pinzas y 1 tijeras
- 1 envase de pomada o crema antiinflamatoria
- 1 envase de analgésico paracetamol



EMERGENCIAS RESPIRATORIAS



ASFIXIA Situaciones en las que el oxígeno no llega, o llega mal a las células del organismo.

LAS CAUSAS MAS FRECUENTES SON:

- Obstrucción de las vías respiratorias.
- Ambiente tóxico y/o falta de oxígeno.
- Función pulmonar deficiente.
- Traumatismos torácicos.
- Lesiones cerebrales.

ACTUACIÓN:

- a) Si existe un obstáculo externo, suprimirlo.
- b) Colocar al accidentado en un ambiente puro.
- c) Asegurar la libertad de las vías respiratorias.

Para ello:

- ☐ Aflojar la ropa alrededor del cuello y cintura.
- ☐ Si está inconsciente (aunque respire), colocar dos dedos en la barbilla y una mano en la frente basculando la cabeza hacia atrás suavemente; con esta maniobra se libera la garganta obstruida por la caída de la lengua hacia atrás.
- ☐ Abrir la boca y liberar de aquello que la obstruya (vómito, secreciones, dentadura postiza móvil, etc.).
- ☐ Colocar en posición lateral de seguridad a fin de permitir la salida de sangre o vómito.



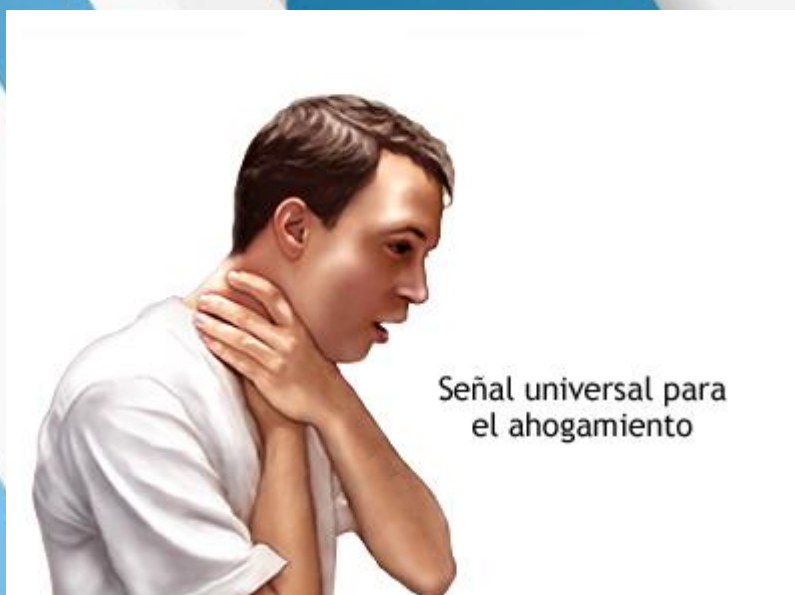
OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

Impide que el oxígeno llegue a los pulmones provocando la pérdida de consciencia. Generalmente está causada por la existencia de un cuerpo extraño en las vías respiratorias (atragantamiento).

La importancia de contar con conocimientos sobre la obstrucción de las vías aéreas y los primeros auxilios es fundamental en el ámbito policial, donde las situaciones de emergencia pueden surgir en cualquier momento y requerir una respuesta rápida y eficaz. En el cumplimiento de sus deberes, los agentes de policía a menudo se encuentran en situaciones donde la colaboración y la verificación son cruciales, y el manejo adecuado de emergencias médicas puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

La obstrucción de las vías aéreas es una emergencia médica común que puede ocurrir por diversas razones, como atragantamiento con alimentos, objetos extraños o incluso durante enfrentamientos físicos. Es esencial el conocimiento para reconocer los signos de una obstrucción de las vías aéreas y sepan cómo actuar de inmediato.

Además, los efectivos policiales deben estar familiarizados con las señales de emergencia y los procedimientos de comunicación para coordinar eficientemente la respuesta en situaciones críticas. Esto incluye el uso de códigos específicos, la coordinación con servicios médicos de emergencia y la gestión de la escena del incidente para garantizar la seguridad de todos los involucrados.



OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

LIGERA (víctima agitada con tos efectiva)

ACTUACIÓN: dejar que tosa y vigilarla (animar a que tosa)

no dar golpes en la espalda

SEVERA víctima que no habla, tos inefectiva cianosis alteración progresiva de consciencia puede estar consciente o inconsciente

SI ESTA CONSCIENTE

5 GOLPES INTERESCAPULARES

5 COMPRESIONES ABDOMINALES

SI ESTA INCONSCIENTE

Iniciar RCP

OBSTRUCCIÓN COMPLETA

MANIOBRA DE HEIMLICH

La maniobra de Heimlich es una técnica de primeros auxilios utilizada para ayudar a una persona que está atragantada y tiene dificultades para respirar debido a la obstrucción de las vías respiratorias por un objeto extraño.

¿Por qué es importante conocer la maniobra de Heimlich?

La maniobra de Heimlich es crucial para actuar rápidamente en situaciones de emergencia donde alguien está atragantado. La obstrucción de las vías respiratorias puede ser potencialmente mortal si no se aborda de inmediato. Conocer y aplicar correctamente esta técnica puede salvar vidas.

ACTUAR RÁPIDAMENTE:

- Asegurarse de que la persona realmente esté atragantada y necesita ayuda. Si la persona no puede hablar, toser o respirar, y muestra signos de asfixia, es necesario intervenir.
- Colocarse detrás de la víctima rodeándola con los brazos.
- Cerrar una mano y colocarla entre ombligo y esternón.
- Cogerse el puño con la otra mano.
- Realiza compresiones abdominales hacia adentro y hacia arriba de manera firme y rápida. Las compresiones deben ser lo suficientemente fuertes como para expulsar el objeto extraño. repitiendo 5 veces.
- Repetir el ciclo tres veces

CONSEJOS

- Si la persona pierde el conocimiento, comenzar con maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y seguir alternando con la maniobra de Heimlich hasta que llegue ayuda médica.

Recordar que es crucial contactar a servicios de emergencia 911 y recibir atención médica inmediata después de aplicar la maniobra de Heimlich, incluso si la obstrucción ha sido exitosamente eliminada.



Tratamiento de la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en el Adulto



MANIOBRA DE HEIMLICH EN NIÑOS

NIÑOS

5 palmadas inter-escapulares

5 compresiones torácicas

5 compresiones abdominales



LACTANTES

5 palmadas en la espalda

5 compresiones torácicas

AUTOMANIOBRA DE HEIMLICH

 **SÍNTOMAS**

No respira

No puede hablar ni emitir sonidos

No tose o lo hace débilmente

La piel tiene un tono azulado



AUTOMANIOBRA DE HEIMLICH



Colocar el puño sobre el ombligo mientras se sostiene el puño con la otra mano. Inclinar sobre una silla o encimera y llevar el puño hacia sí con fuerza y presionando hacia arriba

OTRAS CAUSAS DE ASFIXIA

AHOGAMIENTO: rcp, pls, mantener abrigado, traslado hospitalario aunque se recupere

AHORCAMIENTO: retirar objetos del cuello, sujetar el cuerpo, abrir vías respiratorias, rcp, si respira: pls

HIPERVENTILACIÓN: respiración rápida y profunda, mareos ,temblor, hormigueo, calambres: tranquilizar, alejar del conflicto, 10 ciclos respiratorios 15 segundos fuera y repetir hasta que remita.

CRISIS ASMÁTICA: tranquilizar, o tumbar, ayudar a administrar medicación y si pierde consciencia: abrir vías y prepararse para rcp

INTOXICACIÓN: si se advierte la presencia de un gas tóxico o inflamable, se deben tomar por parte del socorrista las siguientes precauciones:

- ☐ protegerse o contener la respiración antes de la evacuación del accidentado.
- ☐ no encender cerillas ni tocar interruptores.
- ☐ emplear una cuerda guía para el rescate
- ☐ abrir vías y prepararse para rcp

ALTERACION DE LA CONCIENCIA



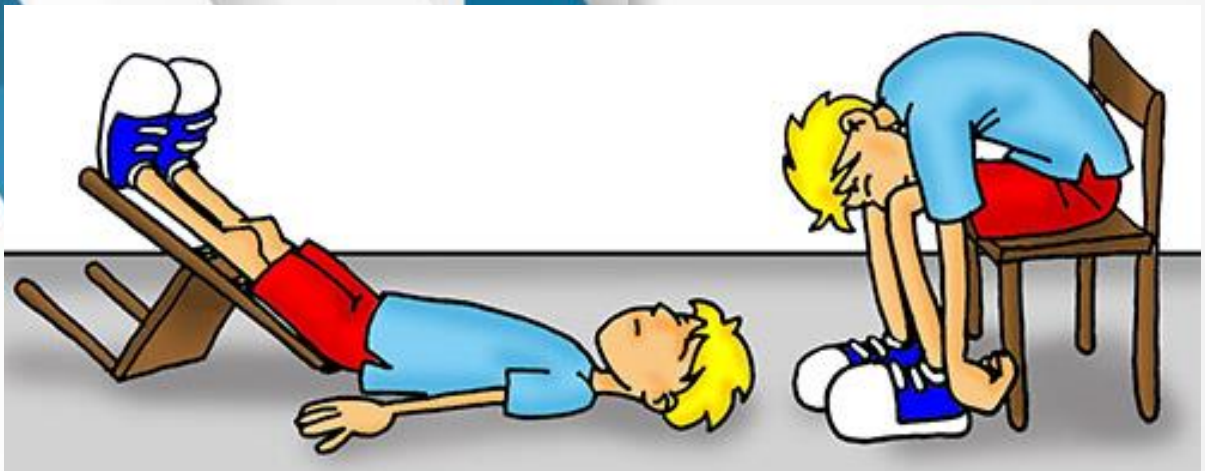
LIPOTIMIA Es la pérdida de consciencia BREVE, SUPERFICIAL y TRANSITORIA, debida a una disminución brusca del flujo sanguíneo cerebral.

Puede estar causada por fatiga, dolor, hambre, emoción repentina, lugar poco ventilado, calor, etc.

SINTOMAS

- PALIDEZ
- PIEL FRÍA Y SUDOROSA
- PULSO DÉBIL Y LENTO
- SENSACIÓN DE MAREO
- DEBILIDAD

Víctima pálida, fría y sudorosa, disminuye la frecuencia cardiaca y generalmente, la víctima nota que se desmaya.



ACTUACIÓN:

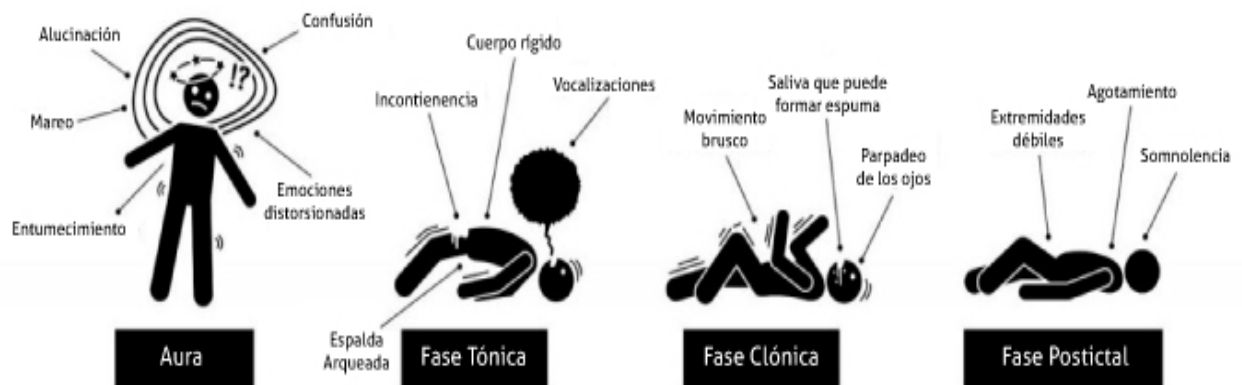
- ☐ Aflojar la ropa alrededor del cuello, pecho y cintura.
- ☐ Traslado a un ambiente de aire puro.
- ☐ Tumbarlo en posición horizontal con las piernas elevadas unos 45°
- ☐ Mantener la permeabilidad de la vía aérea y asegurarse de que respira y tiene pulso.

EPILEPSIA Afección crónica de diversa etiología caracterizada por crisis convulsivas recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales.

ACTUACIÓN:

- ☐ Despejar el entorno de cualquier objeto que pueda herir al enfermo.
- ☐ No intentar sujetar o inmovilizar al paciente
- ☐ Deslizar una manta o ropa debajo del afectado para amortiguar los golpes.
- ☐ No forzar la introducción de objetos en la boca de un paciente que se encuentra convulsionando.
- ☐ Aflojar las ropas cuando cesa la crisis.
- ☐ PLS cuando cesa la crisis

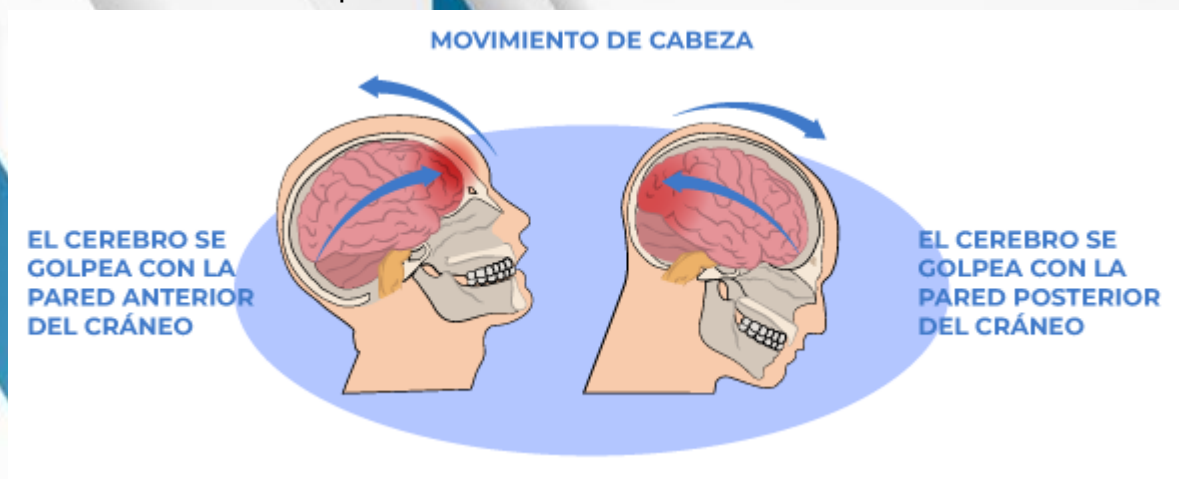
Etapas de una convulsión



TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO (T E C)

¿QUÉ ES?

- Cambio brusco de energía en el cráneo (trauma) que genera una alteración física o funcional
- La mayor parte de los síntomas se dan al momento del impacto, aunque muchos aparecen tardíamente en la evolución. La observación en el tiempo de la situación es fundamental para evidenciar complicaciones.
- Se pueden clasificar en traumatismos encefalocraneos sin pérdida de conocimiento o con pérdida de conocimiento.



MANIFESTACIONES MÁS COMUNES

- Cefalea.
- Amnesia del episodio.
- Compromiso de conciencia.
- Mareos, sensación de vahído.
- Trauma, hematoma o sangrado en el área del impacto

COMPLICACIONES

- Herida, que puede sangrar externa o internamente.

- Convulsiones.
- Vómitos (aspiración)
- compromiso de la vía aérea.
- Infecciosas en la evolución

ACTUACION:

- Solicitar ayuda médica activando el 911.
- Calmar a la persona lesionada.
- Observar estado de conciencia, respiración y otras lesiones asociadas.
- No movilizar el cuello ni la cabeza.



HEMORRAGIAS



Las hemorragias es una de las emergencias médicas más comunes y potencialmente mortales. Es importante en los primeros auxilios porque puede llevar a una pérdida rápida de sangre, lo que puede resultar en shock, daño a órganos vitales e incluso la muerte si no se trata de manera adecuada y oportuna.

HEMORRAGIAS Salida o derrame de sangre fuera o dentro del organismo como consecuencia de la rotura accidental o espontánea de uno o varios vasos sanguíneos.



CLASIFICACIÓN

Según el vaso sanguíneo lesionado se clasifican en:

ARTERIALES: color rojo vivo (sangre oxigenada), sale a gran presión, como borbotones a impulsos rítmicos.

VENOSAS: color rojo violáceo (sangre de retorno), sale lenta y continuamente a menor presión.

CAPILARES: color rojo, sale desde pequeños puntitos continuamente.



CAPILAR



VENOSA



ARTERIAL

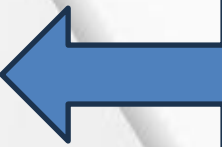
Clasificación según hacia donde se produce la salida de la sangre:

EXTERNAS: la sangre sale al exterior a través de una herida

INTERNAS: la hemorragia se produce en el interior del organismo, sin salida al exterior

EXTERIORIZADAS: se producen en el interior del organismo, pero la sangre sale al exterior a través de un orificio natural del cuerpo

PRONÓSTICO

- 
- Velocidad de la pérdida
 - Volumen perdido
 - Tiempo transcurrido
 - Edad. Estado

Cuanto mayor es el volumen de sangre que se ha perdido, mayor es el riesgo. La gravedad depende no sólo de la CANTIDAD DE SANGRE que se pierde sino del TIEMPO que se tarda en perderla.

- A partir de 2 litros (40%) la mortalidad es elevada.
- Hasta 1 litro (20%) se puede soportar por el organismo.
- Pérdida de un 33% ya se corre peligro.



HEMORRAGIAS EXTERNAS

La sangre sale al exterior a través de una herida

1° Compresión directa sobre el punto sangrante con apósitos, durante 10 minutos. **NO**

RETIRAR NUNCA EL PRIMER APÓSITO



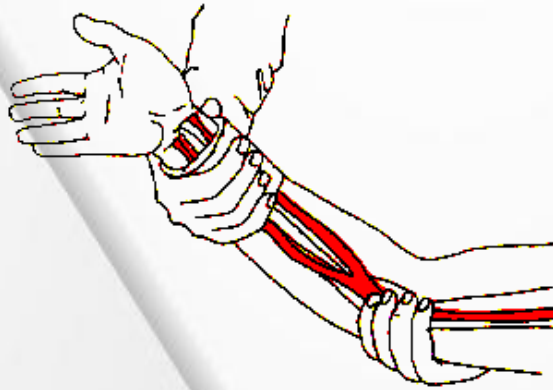
- ☐ Elevar el miembro afectado, si las lesiones lo permiten.
- ☐ Si no cede, compresión arterial a distancia, técnica que puede resultar dolorosa (informar a la víctima)
- ☐ Únicamente en casos muy especiales: TORNIQUETE

Compresión directa sobre el punto sangrante con apósitos, durante 10 minutos.

!!!! NO RETIRAR NUNCA EL PRIMER APÓSITO !!!!!



2° Elevar SI LA HEMORRAGIA SE DA EN UNA EXTREMIDAD (SUPERIOR O INFERIOR) Elevar el miembro afectado, si las lesiones lo permiten.



3° Compresión arterial Aplicable a extremidades. Consiste en localizar las arterias principales para detener su circulación, consiguiendo una reducción importante del aporte sanguíneo. Mantiene intacto el retorno venoso.

UNICAMENTE EN CASOS

MUY ESPECIALES:

TORNIQUETE

No realizar torniquete salvo en caso de amputación traumática con hemorragia masiva, donde pueda existir peligro vital. ES IMPORTANTE SABER CÓMO REALIZARLO BIEN APLICAR SÓLO EN CASOS MUY ESPECIALES (AMPUTACIÓN O APLASTAMIENTO)

Tiene importantes contraindicaciones ya que detiene TODA la circulación sanguínea.

Aplicar en la base de la extremidad afectada. Usar una banda ancha (7-10 cm) Presión controlada, la necesaria para detener la hemorragia (no más). Anotar hora exacta de aplicación.

OJO AFLOJAR SIN RETIRARLO CADA 20 MINUTOS

HEMORRAGIAS EXTERNAS

TORNIQUETE

Lo ideal sería la llegada de personal sanitario para el traslado de la persona con el torniquete antes de los 20 primeros minutos. Si no hubiera sido posible, habrá que aflojarlo de manera gradual (nunca bruscamente), para volver a hacer presión controlada a continuación, si vemos que no ha cesado la hemorragia. **¡¡ DEBE PERMANECER A LA VISTA !!!**



HEMORRAGIAS INTERNAS No hay salida de sangre al exterior, su peligro es que puede pasar desapercibida. Sospechamos su existencia tras un accidente violento o si la víctima presenta signos y síntomas de shock.

SINTOMAS

- Escalofríos y piel pálida, fría, húmeda y sudorosa.
- Ansiedad o agitación.
- Pulso rápido y débil.
- Respiración rápida y superficial.
- Labios y uñas azulados
- Tensión arterial muy baja.
- Alteraciones de la consciencia: mareos, vértigo, confusión, etc.

- Sed.
- Pupilas dilatadas o no reaccionan bien

ACTUACIÓN

- Control de signos vitales.
- Tratar las lesiones que lo provocan.
- Aflojar todo lo que comprima a la víctima.
- Evitar pérdida de calor corporal, tapar al accidentado
- Si las lesiones lo permiten, colocar la cabeza más baja que los pies.



HEMORRAGIAS EXTERIORIZADAS

POR EL OIDO



OTORRAGIA

POR LA NARIZ



EPISTAXIS

POR LA BOCA



**HEMOPTISIS
HEMATEMESIS**

OTORRAGIA

La sangre fluye por el oído

ACTUACION:

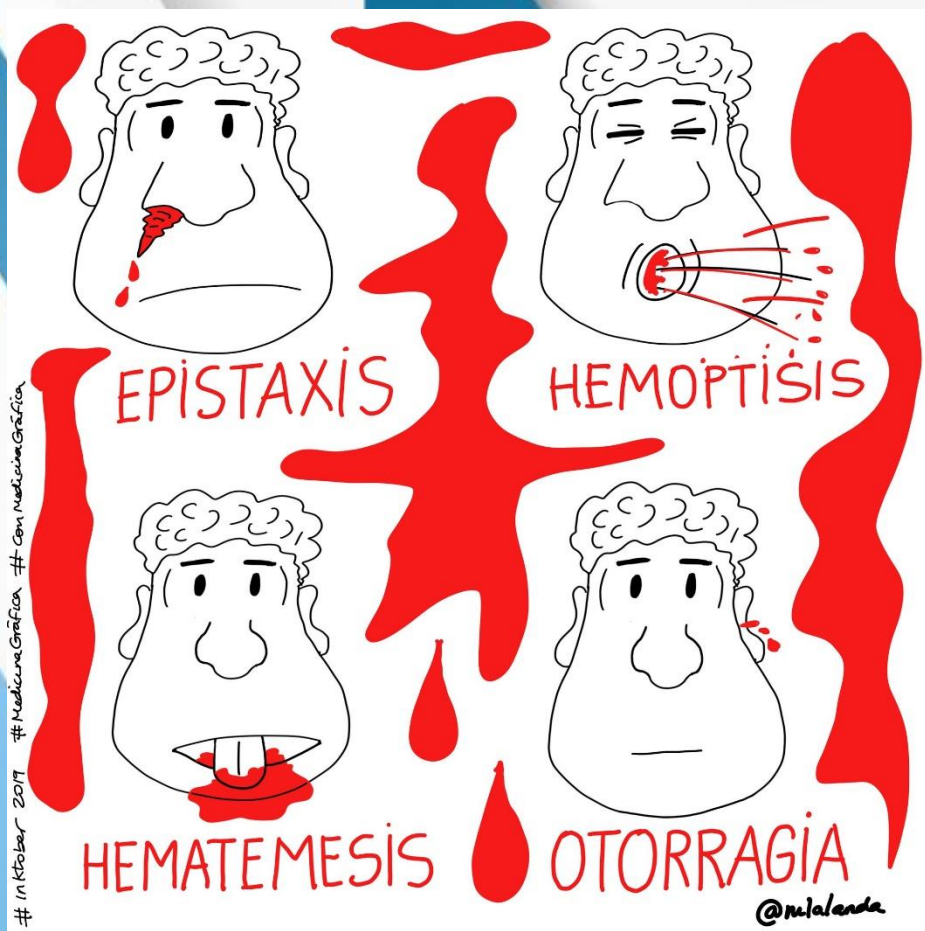
- Poner en PLS, con el oído sangrante hacia el suelo.
- Si ha habido traumatismo, puede haber fractura.
- NO MOVER, pero facilitar la salida de sangre.
- No intentar nunca parar la hemorragia

EPISTAXIS

La sangre fluye por la nariz

ACTUACION:

- Si no se detiene la hemorragia, taponar con gasa mojada en agua oxigenada, dejando un trozo de gasa fuera.
- Inclinar la cabeza hacia delante.
- Presión directa sobre el orificio sangrante, contra el tabique nasal durante 5 min



HEMOPTISIS / HEMATEMESIS

DIFERENCIAS

HEMOPTISIS

- Vómito de sangre precedido de tos
- (proviene de los pulmones)
- Sangre limpia, con olor a óxido
- Puede tener aspecto espumoso
- (burbujas de aire)

ACTUACION

- Control de los signos vitales
- Colocar a la víctima en posición
- Semisentada
- Traslado a un centro sanitario

HEMATEMESIS

- Vómito de sangre precedido de náuseas (proviene del estómago)
- Sangre con restos de alimentos y maloliente.
- La víctima puede quedar inconsciente.

ACTUACION

- Control de los signos vitales
- Colocar a la víctima en PLS
- Traslado a un centro sanitario

TRAUMATISMOS (I)

TRAUMATISMOS DE PARTES BLANDAS



Los traumatismos de partes blandas son lesiones que afectan los tejidos blandos del cuerpo humano, como la piel, los músculos, los tendones, los ligamentos y los vasos sanguíneos. Estas lesiones pueden ocurrir como resultado de diversos tipos de accidentes, como caídas, golpes, cortes, quemaduras, mordeduras, entre otros.

Los signos y síntomas de un traumatismo de partes blandas pueden variar dependiendo de la gravedad y la naturaleza específica de la lesión. Algunos de estos signos pueden incluir dolor, hinchazón, enrojecimiento, calor en el área afectada, sangrado, hematomas, deformidades visibles, dificultad para mover la extremidad afectada y sensación de entumecimiento o hormigueo.

Es importante proporcionar los primeros auxilios adecuados para los traumatismos de partes blandas para reducir el riesgo de complicaciones y promover una recuperación rápida.

Recordar que estos son solo pasos iniciales para proporcionar primeros auxilios, y es fundamental buscar ayuda médica adecuada para evaluar y tratar adecuadamente la lesión de partes blandas. Los traumatismos en partes blandas se clasifican en CONTUSIONES, HERIDAS, ETC.

CONTUSIONES Son lesiones por impacto sobre las partes blandas o tejido muscular, que no producen pérdida de continuidad de la piel.

DE PRIMER GRADO

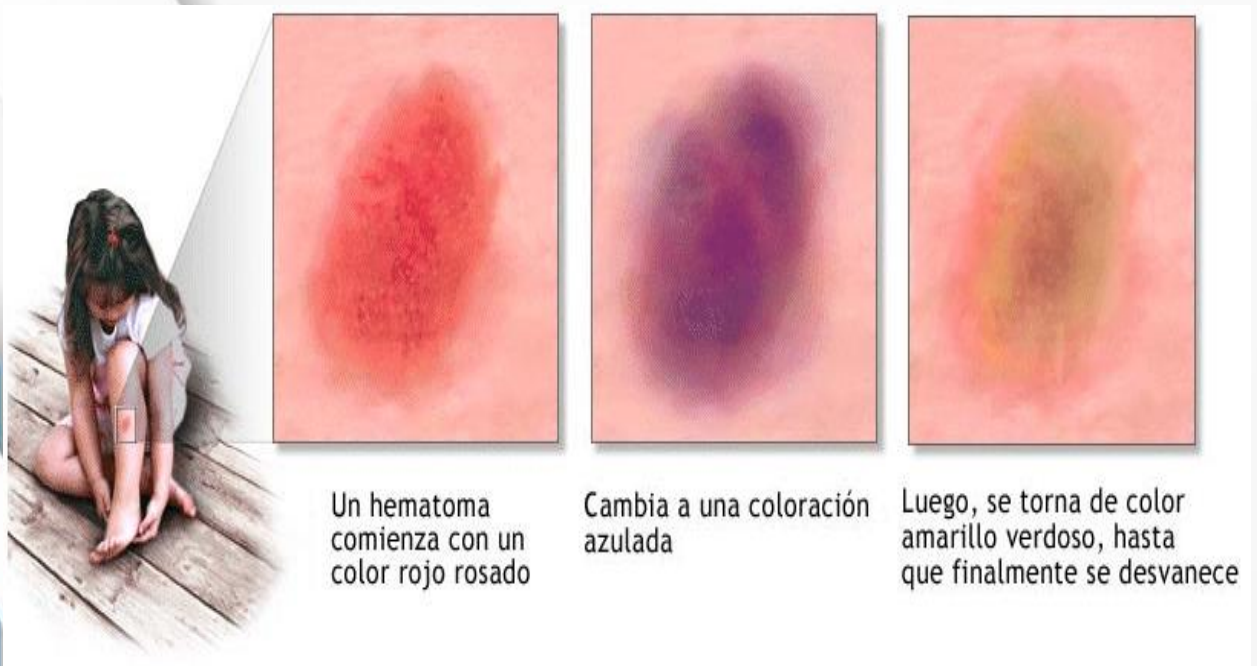
Dolor, inflamación, color azulado.

DE SEGUNDO GRADO

Dolor, inflamación y hematoma.

DE TERCER GRADO

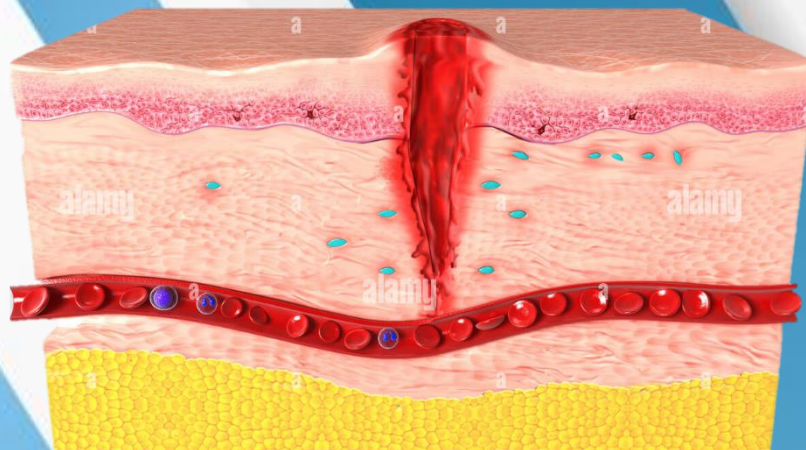
Dolor, inflamación y endurecimiento de la extremidad afectada, impotencia funcional. No provoca herida pero pueden existir lesiones por debajo de la piel: ojo morado, contusión muscular, etc.



ACTUACIÓN:

- COMPRESIÓN: directa o vendaje compresivo
- FRIO: aplicarlo en intervalos de 20 minutos para reducir la inflamación y la equimosis
- ELEVACIÓN: de la zona afectada
- FÉRULA: para inmovilizar la zona
- REPOSO

HERIDAS Lesiones que se producen por pérdida de continuidad de la piel como consecuencia de un traumatismo.



HERIDA LEVE

Sólo afecta a la epidermis y se ha producido hace menos de seis horas

ACTUACION:

1. Limpieza de la herida con agua (a chorro) y jabón o suero fisiológico.
2. Usar gasas limpias + antiséptico y limpiar la herida desde el centro hacia el exterior.
3. Tapar con gasa estéril y sujetar con Cinta hipoalergénica.
4. Lavado de manos.

HERIDAS GRAVES

- Afecta a capas profundas de la piel.
- Afecta a órganos internos.
- Presenta hemorragia.
- Se localiza en las manos, ojos, boca, nariz, tórax, abdomen o articulaciones.
- Es muy extensa y sucia.
- Tiene cuerpos extraños enclavados.
- Hace más de seis horas que se ha producido.

ACTUACION:

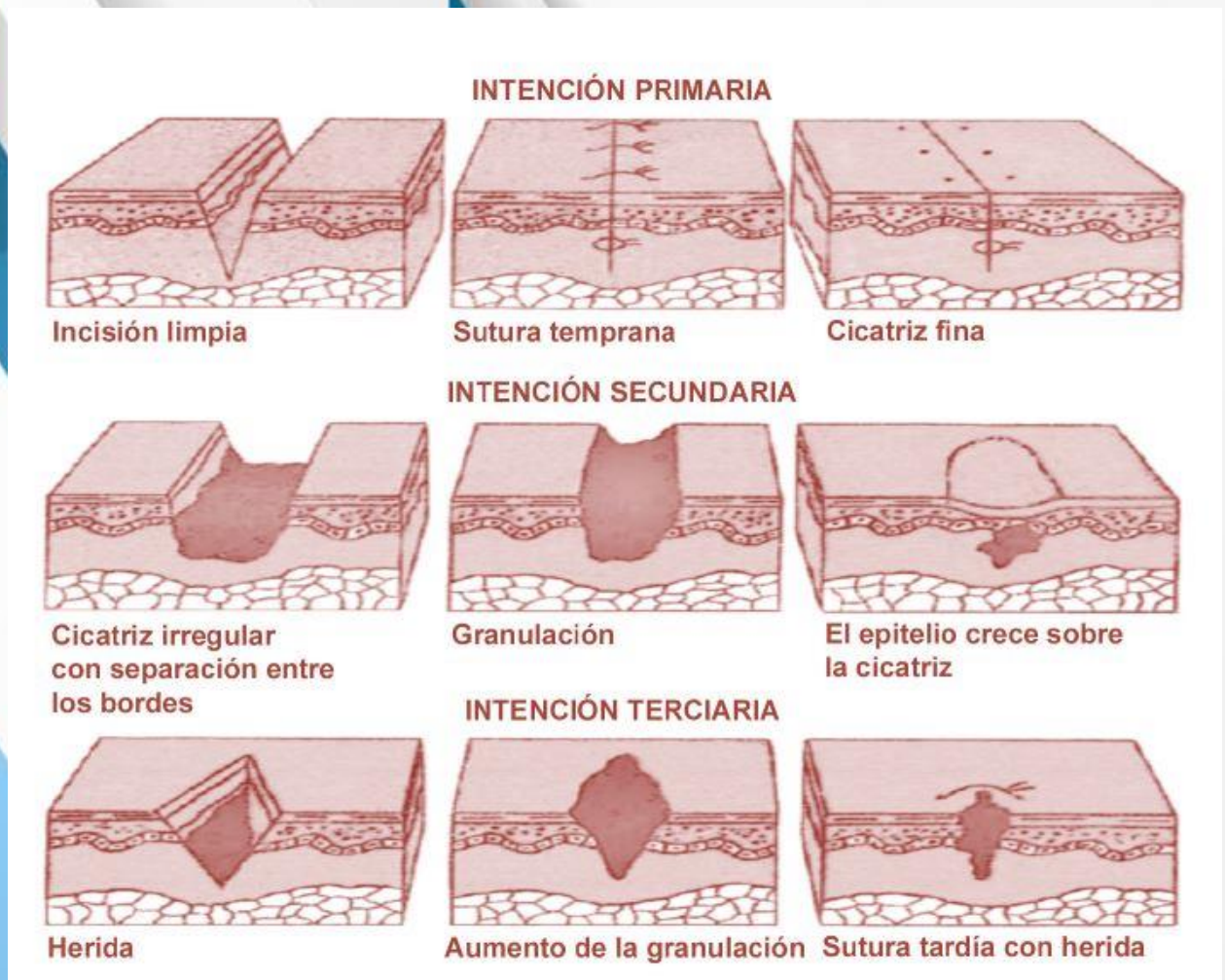
1. Controlar la hemorragia si la hay.
2. No extraer cuerpos extraños, sujetarlos para evitar que se muevan.
3. No hurgar dentro de la herida.
4. Aplicar un apósito o gasa húmeda estéril.
5. Realizar un vendaje improvisado.
6. Traslado a un centro sanitario vigilando signos vitales.

HERIDAS EN PARTES BLANDAS Se clasifican en:

INCISAS: producidas por objetos cortantes, herida limpia, bordes limpios y definidos, sangran abundantemente.

CONTUSAS: producidas por objetos romos o impactos, bordes irregulares, sangrado escaso.

PUNZANTES: producidas por objetos punzantes, predomina la profundidad sobre la superficie.



HERIDAS

Es preciso saber que:

- El agua oxigenada es un buen hemostático (detiene las hemorragias).
- El algodón puede dejar restos de filamentos en el interior de la herida.
- Que el mercurocromo tiñe las heridas.
- Que algunas pomadas y polvos pueden provocar reacciones alérgicas.
- Que el alcohol puede provocar quemaduras en los bordes de las heridas. No desinfecta con su aplicación.



TRAUMATISMOS (II)

TRAUMATISMOS ÓSEOS



Los traumatismos óseos son lesiones que afectan los huesos del cuerpo humano. Pueden ser causados por una variedad de situaciones, como accidentes automovilísticos, caídas, deportes de alto impacto, entre otros. Estas lesiones pueden variar en gravedad, desde fracturas simples hasta fracturas más complejas que involucran múltiples fragmentos óseos.

Es importante reconocer los signos y síntomas de un traumatismo óseo para proporcionar la atención adecuada de primeros auxilios. Algunos de estos signos pueden incluir dolor intenso en el área afectada, hinchazón, deformidad evidente del hueso, dificultad o imposibilidad de mover la extremidad afectada, así como también la presencia de moretones o hematomas.

Cuando se sospecha de un traumatismo óseo, es fundamental seguir ciertos pasos para proporcionar un tratamiento inicial adecuado. Esto puede incluir mantener la calma y tranquilizar a la persona afectada, evitar mover la extremidad lesionada en caso de sospecha de fractura, inmovilizar la zona afectada utilizando tablillas u objetos disponibles para prevenir movimientos adicionales que puedan empeorar la lesión, aplicar compresas frías en la zona para reducir la hinchazón y el dolor, y buscar atención médica de emergencia lo antes posible.

Es fundamental recordar que el tratamiento de los traumatismos óseos debe ser realizado por profesionales médicos capacitados, por lo que es importante buscar ayuda médica lo antes posible después de proporcionar los primeros auxilios iniciales.

TRAUMATISMOS DE EXTREMIDADES

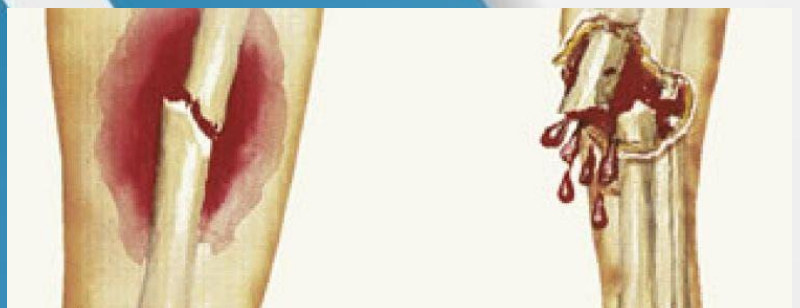
ARTICULARES

- Esguinces
- Luxaciones



ÓSEOS

- Fracturas



ESGUINCE Desgarro incompleto de la cápsula articular o ligamentos, sin rotura.

Es la **SEPARACIÓN MOMENTÁNEA** de las superficies articulares que produce distensión de los ligamentos (a veces con rotura) tras un movimiento forzado de la articulación.

SINTOMAS:

- ☐ DOLOR localizado en la articulación
- ☐ INFLAMACIÓN de la articulación
- ☐ ENROJECIMIENTO de la zona lesionada
- ☐ IMPOTENCIA FUNCIONAL relativa al grado de lesión.



ACTUACIÓN:

- Aplicar frío local.
- Levantar la extremidad afectada.
- Mantener en reposo.
- Inmovilizar la articulación.

LUXACIÓN Desplazamiento de un extremo del hueso fuera de la articulación Es la **SEPARACIÓN MANTENIDA** de las superficies articulares.

SÍNTOMAS:

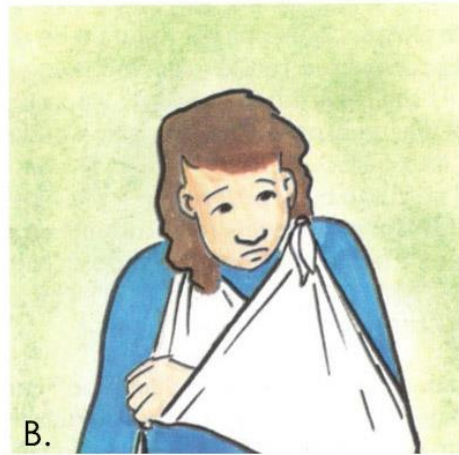
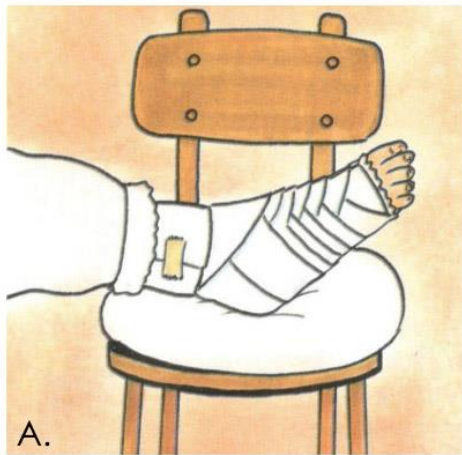
- DOLOR localizado en la articulación, que **AUMENTA CON EL MOVIMIENTO**.
- Impotencia funcional, **IMPOSIBILIDAD DE MOVIMIENTO**.
- INFLAMACIÓN
- **DEFORMIDAD** evidente (comparar con el miembro sano)



ACTUACIÓN:

- Aplicar frío local
- Inmovilizar en la posición en la que se encuentre

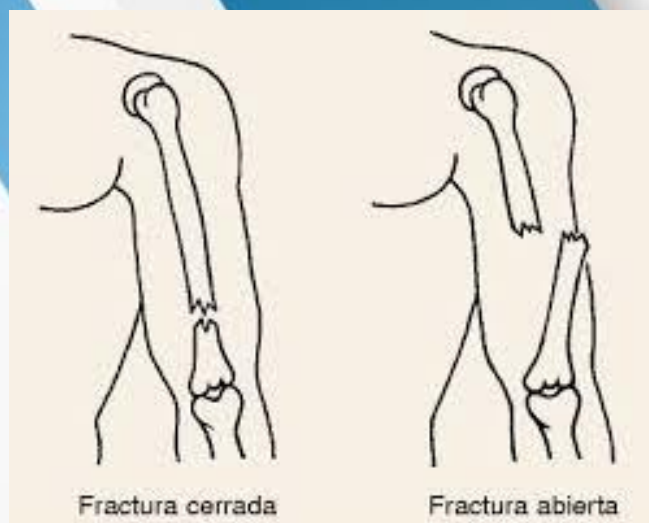
¡¡NUNCA INTENTAR REDUCIR UNA LUXACIÓN!!



FRACTURA Es la pérdida de continuidad de un hueso

CERRADAS: el hueso se rompe, pero la piel que recubre queda intacta.

ABIERTAS: la piel que recubre también se rompe, produciendo una herida cercana al punto de fractura, con riesgo de complicaciones.



TIPOS

TIPOS DE FRAC-TURAS



Abierta



Compresión



Conminuta



Estrés



Cerrada



Avulsión



Rama verde



Impactada

SÍNTOMAS:

- ☐ Dolor que AUMENTA CON EL MOVIMIENTO
- ☐ Inflamación
- ☐ Posible deformidad
- ☐ Crepitación
- ☐ Impotencia funcional

ACTUACIÓN:

- No mover la extremidad.
- Aplicar frío local.
- Quitar anillos, relojes, etc. Todo lo que apriete.
- Inmovilizar articulación.

- En fracturas abiertas, cubrir la herida con gasas estériles o trapos muy limpios y mejor humedecidos.
- No intentar introducir el hueso dentro de la extremidad. Contener la posible hemorragia.
- Observar color de los dedos de manos o pies y el pulso.

CABESTRILLO: con pañuelos triangulares o la ropa de la propia víctima

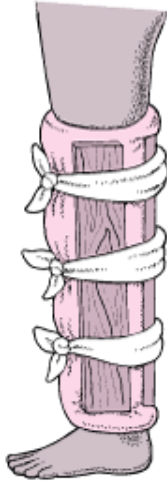
Se utiliza para sostener la mano, brazo o antebrazo en caso de heridas, quemaduras, fracturas, esguinces y luxaciones.

PROCEDIMIENTO:

- Desde detrás de la víctima, colocar la venda triangular extendida sobre el tórax y colocar el antebrazo lesionado oblicuo sobre el tórax, que la mano quede más alta que el codo.
- Llevar el extremo inferior de la venda hacia el hombro del brazo lesionado.
- Atar los dos extremos de la venda con un nudo hacia un lado del cuello (del lado del lesionado) NUNCA sobre los huesos de la columna vertebral.
- Dejar los dedos descubiertos para controlar el color y la temperatura.

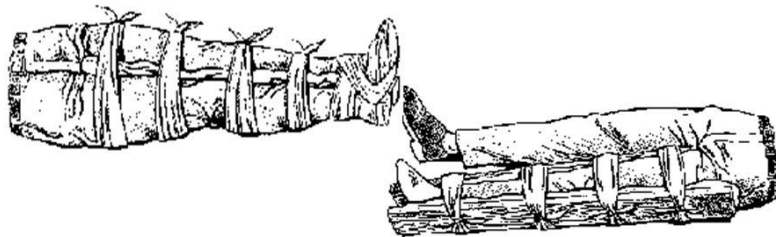


MIEMBROS SUPERIORES: Con **FÉRULA RÍGIDA** a un lado y acolchamiento del lateral
INCLUIR SIEMPRE LAS ARTICULACIONES ADYACENTES A LA FRACTURA (La articulación superior e inferior a la misma)



En la tibia y peroné:

- Con férulas rígidas a ambos lados y acolchamiento de los laterales.
- Con la otra pierna y acolchamiento intermedio.



Ejemplos de inmovilizaciones



RECOMENDACIONES GENERALES

- Si la lesión está acompañada de otras más graves, como dificultad respiratoria, quemaduras, etc., atenderlas antes de inmovilizar.

☐ Si hay fractura abierta controlar la hemorragia, cubrir la herida sin hacer presión sobre ella colocando una almohadilla circular sujeta con un vendaje, luego hacer la inmovilización y elevar el área lesionada.

☐ Si los métodos anteriores no logran controlar la hemorragia, hacer presión arterial directa.

Comprobar siempre en el miembro lesionado: **MOVILIDAD, SENSIBILIDAD, TEMPERATURA y COLORACIÓN** de la piel.

☐ EVITAR retirarle el calzado, al tratar de hacerlo se producen movimientos innecesarios que pueden ocasionar más daño.

☐ Acolchar el material rígido, utilizando toallas, algodón o espuma, para evitar lesiones en las articulaciones.

☐ Proteger las prominencias óseas de rodillas, tobillos, codos y las áreas expuestas a presión como la axila, el pliegue del codo y la región genital

☐ Al inmovilizar, sostener el área lesionada por ambos lados del sitio de la lesión.

☐ Nunca tratar de colocar el hueso en la posición original.

Colocar varias vendas triangulares dobladas en forma de corbata.

☐ Desplazarlas utilizando los arcos naturales debajo del tobillo, rodilla, cintura, cuello.

☐ Colocar las férulas (tabla, cartones), de tal manera que abarquen las articulaciones que están por encima y por debajo de la fractura.

Ejemplo: Cuando sospeche fractura de codo, inmovilice hombro y muñeca. Atar las vendas firmemente. No anudar sobre el sitio de la fractura, los nudos deben quedar hacia un mismo lado. Vuelva a verificar si hay sensibilidad, la temperatura y la coloración de la piel.

☐ No dar masaje, ni aplicar ungüentos o pomadas.

☐ Dar tratamiento para shock.

☐ Avisar al 911 dar aviso y solicitar el traslado al centro asistencial, una vez inmovilizada.

INMOVILIZACIÓN

ANTEBRAZO: desde raíz de los dedos a axila, codo a 90 y muñeca neutra.

MUÑECA: desde raíz de los dedos a codo, muñeca neutra.

DEDOS MANO: desde punta de los dedos a muñeca, dedos en semi-flexión

FÉMUR Y PELVIS: desde raíz de los dedos a costillas, cadera y rodillas neutras, tobillo a 90°

TIBIA Y PERONÉ: desde raíz de los dedos a ingle, rodilla en extensión, tobillo a 90°

TOBILLO Y PIE: desde raíz de los dedos a rodilla, tobillo a 90°

Una fractura se inmoviliza con férula que abarque una articulación por arriba y otra por debajo de la lesión

La inmovilización se puede improvisar con:

- ☐ Férulas de madera.
- ☐ Bastones, ramas de árboles, tablillas, revistas, periódicos, etc.

Sujetos con:

- ☐ Vendas, tiras de sábanas, cintas, ligas, pañuelos, cinturones, cuerda, etc.

VENDAS

Tiras de distintos materiales según la función, y con diversas anchuras (5cm, 10cm, 15cm) según la zona anatómica a vendar.

Según el tipo de material pueden

Clasificarse en:

1. De Algodón: para proteger la piel y prominencias óseas

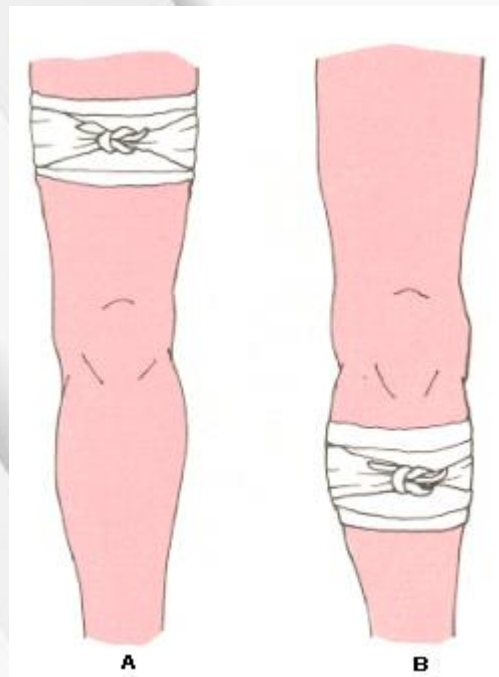
2. Elástica: de crepé o Ace



3. Tubular: cilíndrico
4. Adhesiva: elástico semiblando
5. De yeso: rígido

VENDA DE ROLLO

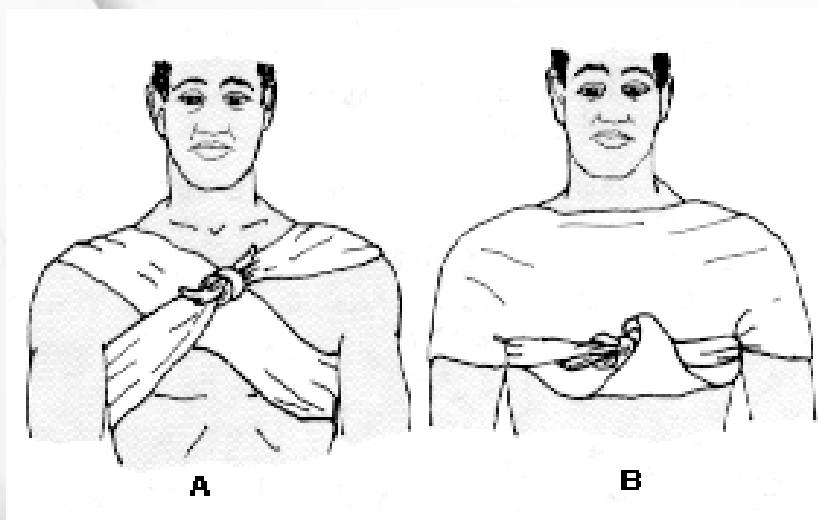
Existen en diferentes materiales como algodón, elástico, semielástico y otros como la venda de yeso. Una venda estrecha se utilizará para envolver una mano o una muñeca, mediana para un brazo o tobillo, la ancha para la pierna.



VENDA TRIANGULAR

Su forma es de triángulo, generalmente es de tela resistente y su tamaño varía de acuerdo al sitio donde vaya a vendar. La venda triangular tiene múltiples usos, con ella

se pueden realizar vendajes en diferentes partes del cuerpo utilizándola como cabestrillo, doblada o extendida



Procedimiento que consiste en la aplicación de una venda en una zona del cuerpo

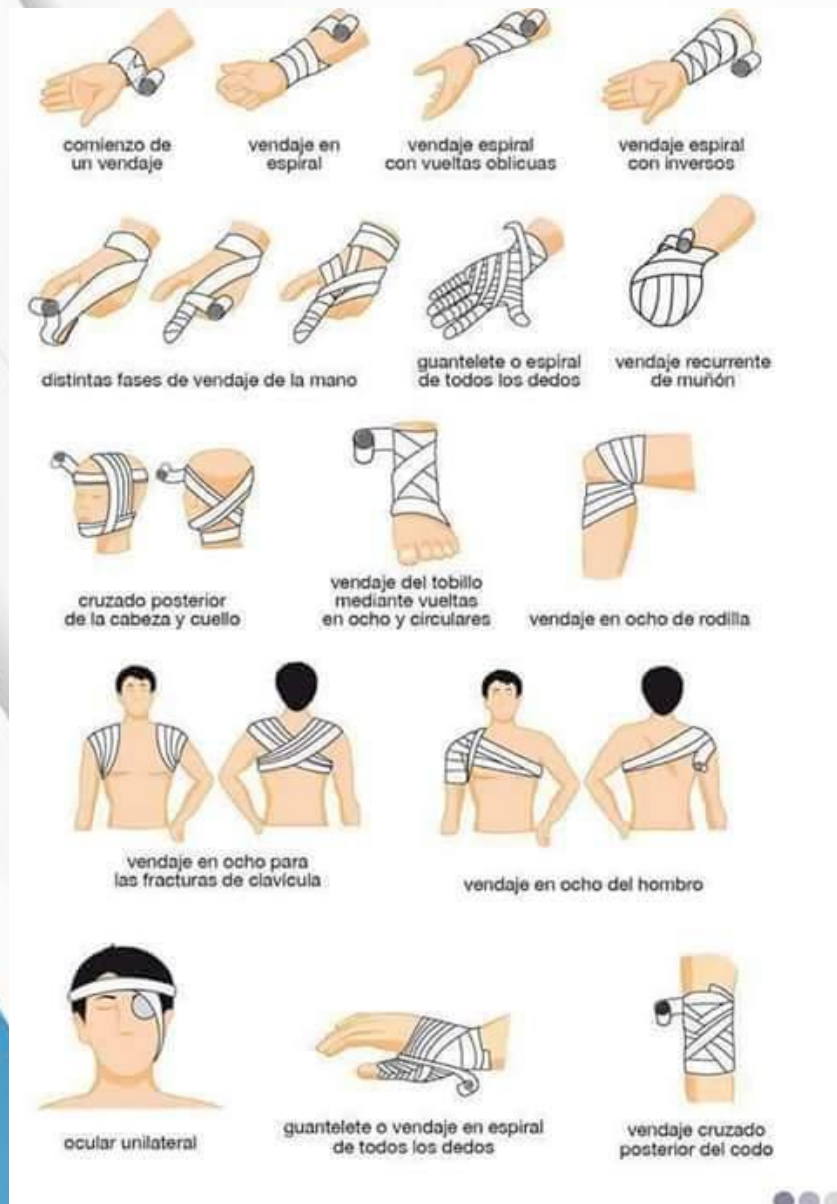
TIPOS SEGÚN SU FUNCIÓN:

DE SUJECCIÓN O PROTECTOR: para aplicación de calor o frío en la zona afectada, para proteger una zona anatómica de agentes externos, para fijar apósitos, férulas, etc.

DE COMPRESIÓN: para realizar hemostasia (detener el proceso de hemorragias) en heridas, para favorecer el retorno venoso en patología vascular, para disminuir inflamación en procesos traumáticos

INMOVILIZADOR: para limitar el movimiento de articulaciones traumáticas.

Los vendajes pueden ser rígidos, en el caso de lesiones de huesos o músculos que requieren una inmovilización completa, o más flexibles para lesiones menos graves. Independientemente del tipo de vendaje, se trata de una técnica no invasiva que se realizará de manera externa.



VENDAJES

Normas Generales

- El vendaje debe ser aplicado con una tensión homogénea, ni muy intensa ni muy débil. El paciente bajo ninguna circunstancia después de haber terminado el vendaje debe sentir hormigueo en los dedos, notarlo frío o apreciar un cambio de coloración en los mismos.

- Se utilizarán vendas del tamaño adecuado a la zona que debe vendarse.
- Antes de iniciar el vendaje, se colocará la zona afectada en la posición en la que debe quedar una vez vendada.
- El vendaje se iniciará con la venda ligeramente oblicua al eje de la extremidad, dando dos vueltas circulares perpendiculares al eje, entre las cuales se introducirá el inicio de la venda.
- El vendaje se termina también con 2 vueltas circulares perpendiculares al eje del miembro.

QUEMADURAS



QUEMADURAS

Es toda lesión producida en la piel por una excesiva exposición

al calor como ser:

- Sol
- Llamas
- Productos químicos
- Radiaciones
- Electricidad

GRAVEDAD

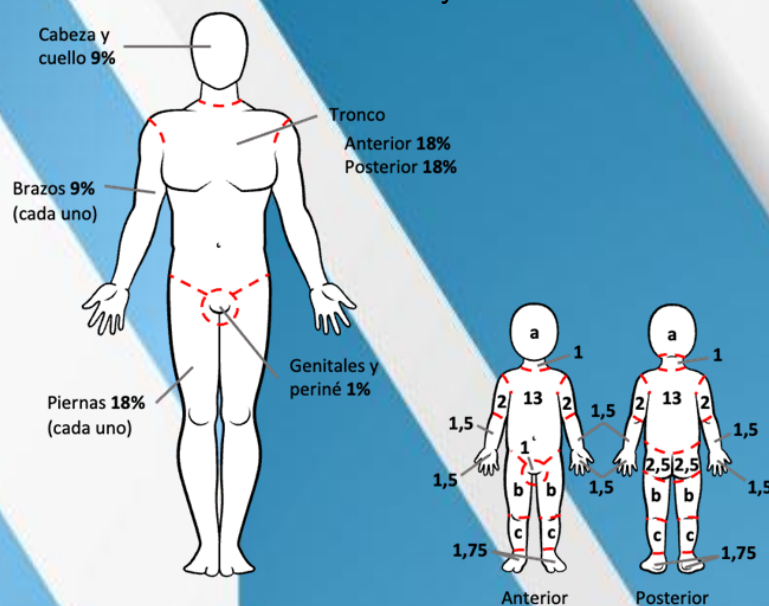
Depende de:

- La extensión: más grave a más extensión, por la pérdida de líquidos que conlleva.
- La profundidad La localización corporal: vías aéreas, cara, manos, genitales, orificios naturales.
- La edad: más grave en niños y ancianos.
- Otras lesiones o patologías asociadas (enfermos crónicos)

REGLA DE LOS NUEVE DE WALACE

Cálculo en % de la superficie corporal quemada

- La palma de la mano del paciente representa un 1% de su superficie corporal total.
- Son graves si afectan al 25% en adultos y al 15 % en niños.



QUEMADURAS

Clasificación

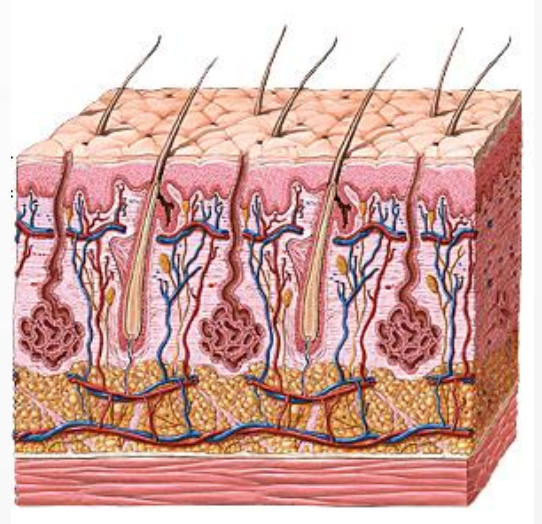
- SEGÚN LA PROFUNDIDAD
- SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

Clasificación según región:

PRIMER GRADO → EPIDERMIS

SEGUNDO GRADO → DERMIS

TERCER GRADO → HIPODERMIS



PRIMER GRADO

ERITEMA (enrojecimiento) y ligera inflamación.

SEGUNDO GRADO

Aparición de **AMPOLLAS** que contienen un líquido claro (plasma). Si son más profundas, aspecto céreo.

TERCER GRADO

Son lesiones hundidas y de superficie seca, formando **COSTRAS** de color marrón oscuro (escaras).

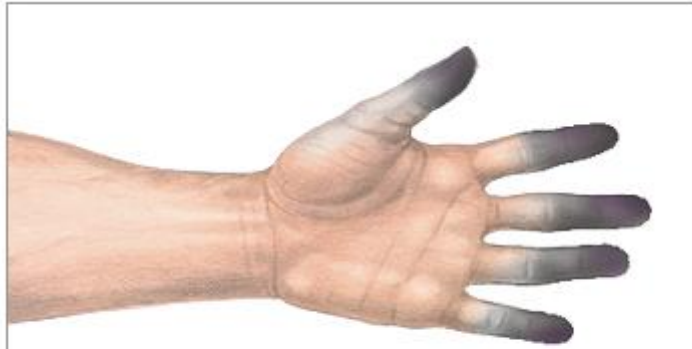


Clasificación según el agente causante

TÉRMICAS: producidas por

CALOR: fuego, líquidos o vapores calientes, sólidos calientes, etc.

FRÍO: congelaciones.



Quemadura de los dedos por congelación

QUÍMICAS (causticaciones): producidas por productos químicos: ácidos, álcalis (más peligrosos porque penetran más y actúan más tiempo) u otras sustancias corrosivas. Producen lesiones muy graves

dependiendo del:

- * tiempo de exposición
- * cantidad
- * concentración



ELÉCTRICAS (electrocuciones): por electricidad, fenómenos naturales (rayo), etc.

POR INHALACIÓN: Humos y gases calientes o tóxicos. Afectan a la vía aérea provocando insuficiencia respiratoria grave.

POR RADIACIONES:

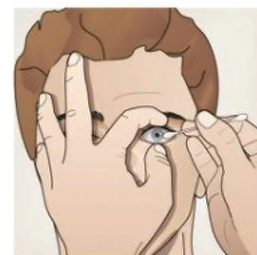


TRATAMIENTO

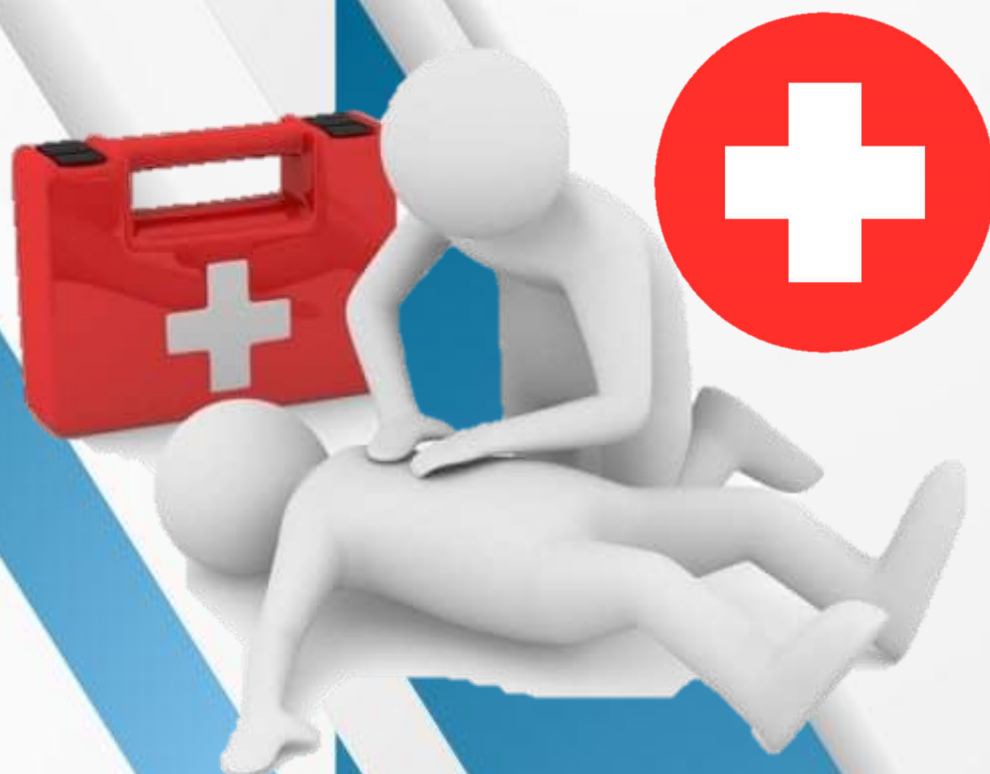
- Suprimir agente causante.
- Autoprotección.
- Examinar al accidentado y priorizar para mantener constantes vitales.
- Aplicar agua en abundancia durante 15 ó 20 minutos.
- Cubrir la lesión con apósito estéril sin comprimir.
- NO aplicar tratamientos tópicos: pomadas, aceites, ungüentos.
- NO dar de beber ni comer al accidentado.
- NO reventar las ampollas.
- NO utilizar algodón ni esparadrapo.
- Retirar la ropa pero NO la ropa pegada
- Retirar anillos, relojes, pulseras, etc.
- Traslado urgente.
- Profilaxis antitetánica.

TRATAMIENTO INMEDIATO

Regar agua fresca
sobre el área de
la quemadura



PARADA CARDIORESPIRATORIA Y RCP



La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una emergencia médica grave en la que el corazón deja de latir y la respiración cesa de manera repentina. La PCR puede ser causada por una variedad de factores, incluyendo enfermedades cardíacas, traumatismos graves, ahogamiento, intoxicación, entre otros.

La RCP es una técnica de primeros auxilios vital para tratar la parada cardiorrespiratoria. Consiste en una serie de maniobras diseñadas para mantener la circulación sanguínea oxigenada hasta que se pueda restablecer la función cardíaca normal. La RCP básica generalmente incluye compresiones torácicas y ventilaciones boca a boca, aunque también se puede realizar la RCP solo con compresiones torácicas si no se dispone de una barrera de protección o no se siente cómodo realizando ventilaciones boca a boca.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR)

Es una interrupción inesperada, repentina y POTENCIALMENTE REVERSIBLE de la respiración y circulación espontáneas. Como consecuencia del fallo de la ventilación, de la función cardíaca, o de ambas, se produce una situación de pérdida de consciencia.

La RCP básica permite una oxigenación de emergencia sin medios técnicos, mediante:

1. Apertura y desobstrucción de vía aérea
2. Ventilación con aire espirado por el socorrista
3. Masaje cardíaco externo

Procedimiento (ABC)

- 1º COMPROBAR CONSCIENCIA Y PEDIR AYUDA
- 2º ABRIR VIA AÉREA
- 3º COMPROBAR RESPIRACIÓN (BREATHING)
- 4º VENTILAR

5º COMPROBAR PULSO (CIRCULACION)

6º DAR MASAJE CARDIACO

7º COMPROBAR EFICACIA REANIMACIÓN

8º COMPROBAR QUE SE ACTIVÓ SISTEMA EMERGENCIA

1

COMPROBAR ESTADO DE CONSCIENCIA Y PEDIR AYUDA

COMPROBAR ESTADO DE CONSCIENCIA

1º Hablarle.

2º Agitar sin movilizarle.

3º Pellizcar o golpear suavemente.

PEDIR AYUDA – 911

2

ABRIR VIA AEREA

COLOCAR A LA VÍCTIMA EN POSICIÓN DE RCP.

APERTURA DE LA VÍA AÉREA con la maniobra frente-mentón. En caso de sospecha de traumatismo cervical, triple maniobra modificada.

LIMPIEZA MANUAL DE LA VÍA AÉREA. Retirar objetos extraños de la boca si existen (incluidas dentaduras postizas mal fijadas) utilizando el dedo índice en forma de gancho evitando introducirlo más.

3

COMPROBAR RESPIRACION



SI FALTA o No respira normalmente....

4

VENTILACION

TÉCNICA: BOCA -BOCA

BOCA -NARIZ

BOCA-BOCA/NARIZ

BOCA-ESTOMA

- ☐ Abrir vía aérea, mediante maniobra frente-mentón.
- ☐ Tapar nariz con los dedos índice y pulgar.
- ☐ Realizar una inspiración, sellar labios con los de la víctima y espirar profundamente durante 1-2 segundos.
- ☐ Ver que el tórax se eleva.
- ☐ Repetir 2 veces

5

COMPROBAR PULSO



6

MASAJE CARDIACO

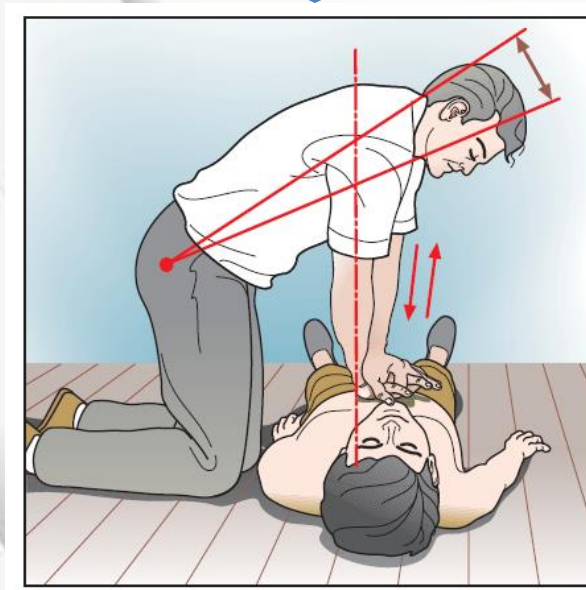
LOCALIZAR EL PUNTO tercio inferior del esternón.

1. Compresión con el talón de la mano sobre el esternón.
2. Carga vertical del peso del cuerpo sobre los brazos, sin doblar codos.
3. Comprimir 5 centímetros.
4. Descomprimir.

POSICIÓN DE LAS MANOS

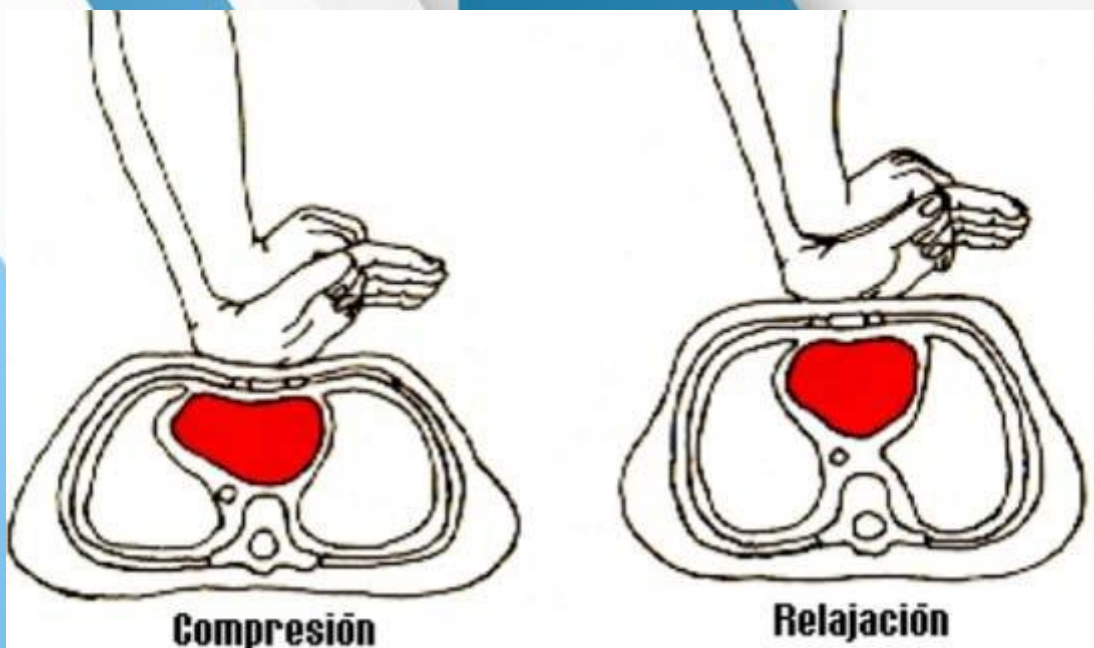


POSICIÓN DEL REANIMADOR DE RODILLAS A UN LADO DE LA VÍCTIMA, A LA ALTURA DE SUS HOMBROS.



6 DAR MASAJES CARDIACOS

INTENTAR ACERCARSE A UN RITMO DE 100 COMPRESIONES POR MINUTO



Objetivo: Intentar mantener la función de los pulmones y del corazón hasta la llegada de los servicios de emergencia.

EL RITMO A SEGUIR ES DE 30 COMPRESIONES A INTERCALAR ENTRE 2 VENTILACIONES.

30:2



7 COMPROBAR EFICIENCIA DE LA REANIMACION

CADA 2 MINUTOS, SUSPENDER BREVEMENTE LA RCP PARA COMPROBAR SI EXISTE PULSO Y RESPIRACION ESPONTANEA

SI HAY PULSO Y RESPIRACION



POSICION LATERAL DE SEGURIDAD

¿CUÁNDO FINALIZA LA RCP?

- Si la víctima recupera la respiración y circulación espontáneas.
- Al llegar los Servicios de Urgencia solicitados.

En caso de agotamiento del reanimador.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN BEBÉS Y NIÑOS

Los pasos de la RCP siguen una secuencia lógica para garantizar la efectividad y éxito de la técnica. Por ello no debemos saltarnos ningún paso:

- 1. Verificar el nivel de consciencia del niño.** Podemos preguntar cómo se encuentra o practicarle leves sacudidas o palmadas, siempre y cuando tengamos la certeza de que no padece ninguna posible lesión en el cuello o en la cabeza debido a un accidente. Se debe observar si se mueve o emite algún ruido.
- 2. Si obtenemos respuesta.** Si el niño responde moviéndose o verbalmente, deberemos dejar al niño en la posición en la que lo hemos encontrado (a menos que esté expuesto a algún peligro adicional), comprobar su estado y pedir ayuda si fuera necesario.
- 3. Si no obtenemos respuesta, pedir ayuda.** Si el niño está inconsciente debemos pedir ayuda a alguna persona cercana. Si no hay nadie cerca no debemos dejar solo al niño.
- 4. Colocar al niño boca arriba.** Debemos tumbar al niño sobre una superficie dura y plana, con la cabeza boca arriba y las extremidades alineadas. Es importante evitar torcerle la cabeza y el cuello, ya que si el niño ha sufrido un accidente podría tener lesiones cervicales.
- 5. Abrir las vías respiratorias.** Para la abertura de las vías respiratorias se realizará la maniobra frente-mentón destinada a facilitar la entrada de aire por la boca. Para evitar que la lengua caiga hacia atrás, debemos levantar la barbilla con la cabeza fija y con una mano. A la vez, con la otra mano inclinaremos la cabeza del niño hacia atrás empujando

la frente hacia abajo con la otra mano. En caso de presencia de un cuerpo extraño visiblemente y fácilmente extraíble en la boca, se intentará retirarlo con la punta de los dedos, pero nunca deberemos realizar un barrido a ciegas de la cavidad bucal.

6. Valorar y comprobar la respiración del niño. Debemos poner el oído cerca de la nariz y boca del niño y observar el tórax para comprobar si respira. Observaremos, escucharemos y sentiremos durante no más de 10 segundos antes de decidir si la víctima respira con normalidad. Si hay alguna duda actuaremos como si NO fuera normal.



7. Si respira, le colocaremos en posición lateral de seguridad (PLS) siempre que sea posible y llamaremos a urgencias 911 hasta la llegada de los equipos asistenciales comprobando en todo momento su respiración.

En lactantes, la PLS resulta complicada. Debemos procurar poner al lactante en una superficie dura aunque sea con un soporte, ya que así mejorará la permeabilidad de la vía respiratoria y disminuirá el riesgo de atragantamiento con vómitos o secreciones.

8. Si el niño no respira y estamos acompañados de otra persona, debemos indicarle que avise al servicio de emergencias (911). Mientras, nosotros no nos separaremos del niño e iniciaremos la respiración artificial (boca-boca). Para ello, nos colocaremos de rodillas junto a la cabeza del niño y seguiremos los siguientes pasos:

- Abrir las vías aéreas.
- Tapar la nariz del niño.
- Inspirar profundamente.

- Colocar nuestros labios alrededor de la boca del niño (si es menor de un año podemos cubrir boca y nariz a la vez de manera que quede completamente sellada).
- Hacer 5 insuflaciones de rescate (soplos) uniformes hasta comprobar que el tórax del niño se eleva. Retirar la boca para tomar aire y observar que el tórax vuelve a bajar. Entre cada insuflación debemos mantener la posición de la cabeza y las manos, pero debemos retirar la boca para facilitar la respiración.



9. Comprobar signos de vida. Para comprobar los signos de vida deberemos observar signos de tos, movimientos y/o respiración.

- Si presenciamos signos de vida: seguir con la ventilación boca a boca a un ritmo de 20 por minuto hasta la llegada de los servicios de asistencia comprobando en cada momento su estado de respiración y los latidos de su corazón.
- Si NO presenciamos signos de vida: si el niño sigue inconsciente, no respira, no se mueve o tiene mal color, son otros signos de que su corazón no late. Iniciaremos las compresiones torácicas.

10. Realizar las compresiones torácicas. El objetivo es comprimir el tórax contra la espalda de forma rítmica para conseguir que la sangre salga del corazón y circule por el cuerpo. Colocaremos al niño boca arriba en un plano duro y con las extremidades alineadas y seguiremos estos pasos:

- Colocar el talón de la mano en el esternón, justo por debajo de los pezones, nunca en el extremo del esternón. **En los niños menores de 1 año colocaremos 2 dedos, y en niños mayores de 8 años podemos utilizar las 2 manos.**
- Colocar la otra mano de manera que aguante la frente un poco inclinada hacia atrás.
- Aplicar presión hacia abajo en el pecho del niño comprimiéndolo entre 1/3 y 1/2 de su profundidad.
- Hacer 30 compresiones dejando que el pecho se eleve completamente. Deberemos hacer estas compresiones de forma rápida, fuerte y sin pausa.
- A continuación hacer 2 insuflaciones más.
- Continuar la RCP (30 compresiones cardíacas, seguidas de 2 insuflaciones y repetir).



11. Llamar a urgencias y comprobar signos de vida. Si al cabo de un minuto de empezar la RCP, seguimos solos y no hemos podido llamar a urgencias (911), deberemos hacerlo ahora aunque para ello tengamos que abandonar momentáneamente al niño.

A los 2 minutos deberemos comprobar la eficacia de nuestras maniobras: aparición de signos de vida y/o respiración espontánea.

12. Finalizar la RCP. Deberemos continuar combinando 30 compresiones torácicas con 2 ventilaciones hasta que:

- llegue la ayuda del profesional
- la víctima recupere la respiración efectiva
- estemos exhaustos

Es importante recordar que no es recomendable realizar maniobras de reanimación con el lactante en brazos y en movimiento. Solo de forma excepcional, podemos movilizar al niño en caso de que nos desplazemos para solicitar ayuda y continuar las maniobras en el otro lugar.

DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

Un desfibrilador externo automático, DEA es un dispositivo electrónico que puede examinar el ritmo cardíaco para determinar si es necesario proporcionar una descarga a una persona en paro cardíaco. Aunque la mayoría de los paros cardíacos ocurren en adultos, pueden presentarse también en un niño o adolescente. El DEA no proporcionará una descarga a alguien que no lo necesita, así que no debe preocuparse de hacerle daño a alguien con una descarga cuando no lo necesita.

ACTUACION:

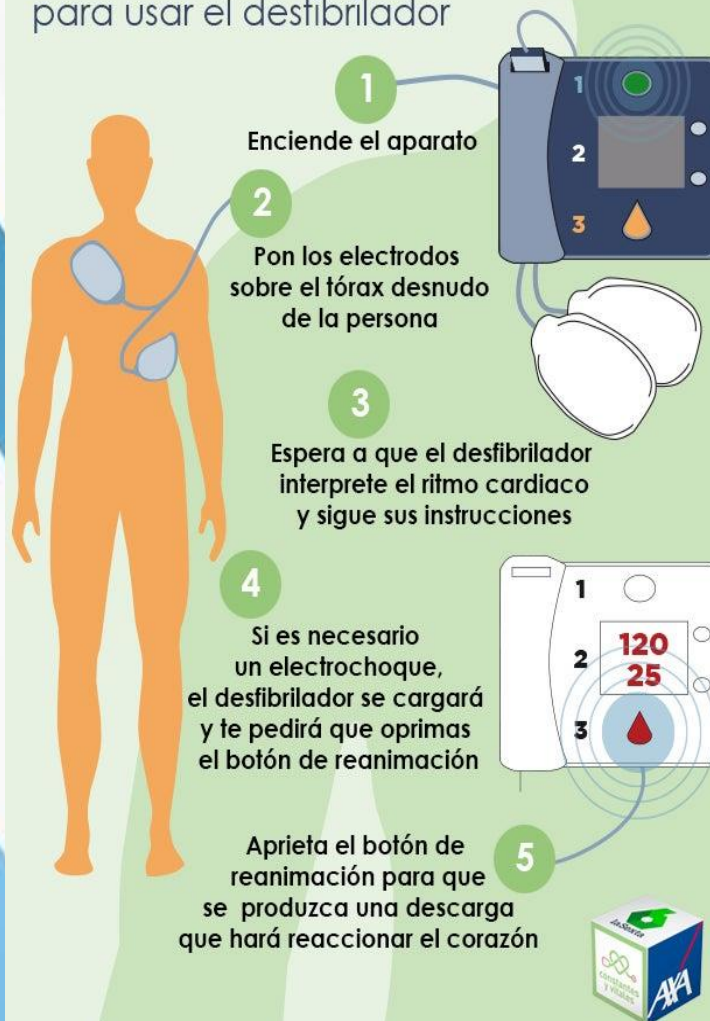
Cuando un DEA está disponible, continúe con las compresiones de pecho y las labores de reanimación mientras alguien más prende (activa el encendedor) el desfibrilador y fija las paletas o almohadillas adhesivas.

Si el DEA indica "se recomienda choque/descarga", presione el botón para cargar y manténgase alejado del paciente, presione el botón de descarga cuando se encienda la luz. El DEA revisa el ritmo cardíaco para decidir si es necesario o no proporcionar una

descarga/choque. Cerciórese de que nadie toque al niño si se le proporciona una descarga



Cinco pasos a seguir para usar el desfibrilador



PARTO NATURAL DE URGENCIA



¿QUÉS ES EL PARTO NATURAL DE URGENCIA?

CUANDO EL BEBÉ NACE "SIN AVISAR"

En ocasiones el **parto** puede comenzar lejos de un ambiente hospitalario y debe desarrollarse por fuerza en la **casa**, en la **calle** o en cualquier otro sitio. En estos casos es necesario conocer una serie de medidas que ayuden al proceso del parto. Las medidas que vamos a señalar a continuación no son suficientes para llevar a cabo un parto natural fuera del ambiente hospitalario, son sólo unas pequeñas nociones de **primeros auxilios** para cualquier persona sin conocimientos médicos. Siempre hay que tener presente que el parto es un proceso fisiológico normal y no es necesario apresurarlo.

DURANTE LAS CONTRACCIONES

- Tranquilizar a la mamá y animarla a respirar con la **TÉCNICA DE RESPIRACION**. A medida que las contracciones se vuelven más intensas, exhale por la boca de forma entrecortada siguiendo un patrón de "jadeo y soplido", a unos 6 ciclos por minuto, aproximadamente.

1. En cuanto comience una contracción, inspire profundamente por la nariz.
 2. Exhale con 2 jadeos cortos seguidos por un soplido más largo. Este tipo de respiración puede describirse como "ji-ji-hoo".
 3. Esta respiración en la que se inhala y se exhala jadeando debería durar unos 10 segundos.
 4. Repita este tipo de respiración hasta que la contracción se detenga.
- Contacte con el servicio de **emergencias 911**.
 - Instálela en un lugar cómodo y limpio, en una cama o en el suelo recubierto de sabanas y mantas. Conseguir también toallas y agua en palanganas.
 - Lavarse las manos concienzudamente hasta los codos.
 - La madre puede caminar y permanecer de pie (así acelerará las contracciones), después se debe colocar acostada boca arriba o semisentada, con las rodillas

flexionadas, los muslos separados. Debajo de los glúteos hay que colocar una sábana o una toalla.

- En ningún momento tocar o introducir ningún objeto en los órganos genitales de la madre.

DURANTE LA SALIDA DEL BEBÉ

- Una vez que se llega al CORONAMIENTO, es momento de animar a la madre a empujar cuando sienta las contracciones, ella misma sentirá ganas de hacerlo. El acompañante, si lo hay, puede refrescar su cara con una esponja o una toalla.
- Al momento que sale la cabeza del bebé, colocarse guantes y sostener suavemente la cabeza mientras sale para que no resbale. Lo habitual es que salga mirando hacia abajo y haya que apoyar la mano con los dedos en su barbilla.
- Una vez que la cabeza esté fuera, compruebe que el **cordón umbilical no esté enrollado** alrededor de su cuello. Si así fuera y estuviera tenso, hay que cortarlo.
- El bebé girará mirando hacia uno de los muslos de la madre para que sus hombros salgan más fácilmente. En todo el proceso sólo se deben acompañar los movimientos del bebé suavemente, nunca hay que forzarlos.

DESPUÉS DE LA SALIDA DEL BEBÉ

- **Sólo si no respira**, dele un pellizco en la planta de sus pies, esto debe ser suficiente para que rompa a llorar. Si no reacciona se debe comenzar la resucitación cardiopulmonar con 2 respiraciones boca a boca (cubra con su boca tanto la nariz como la boca del recién nacido e insufla el aire que le quepa en los carrillos suavemente) y 30 presiones sobre el esternón del bebé, repitiéndolo hasta llegar a un hospital.
- Atar un cordón o una cinta (esterilizados con alcohol) en el cordón umbilical a 10 cm de la tripa del bebé, y luego una segunda cinta a 15 o 20 cm del bebé.
- Con unas tijeras esterilizadas (lavadas previamente con agua hirviendo o con alcohol), corte el cordón umbilical entre las dos cintas. No hay que tener prisa para cortar el cordón, hay que esperar a que **deje de latir**.

- No hay que lavar al bebé, la grasa blanca que lo envuelve lo protege.
- Hay que mantener abrigados a la madre y al bebé. Si la madre lo permite, es bueno masajear un poco su abdomen para ayudar a la contracción del útero.
- Después de 10 minutos volverá a sentir una contracción que es la placenta, invitar nuevamente hacer un leve pujamiento hasta salir completamente. Cuando salga la placenta, llevar a la madre, al bebé y la placenta (importante: **también llevar la placenta**) al hospital más cercano.
- Ponga al recién nacido entre los muslos de la madre y cúbralo para mantenerlo caliente.

BIBLIOGRAFIA

- MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS RECURSOS PARA LA PRIMERA RESPUESTA A LA EMERGENCIA Defensa Civil Rosario Edición 2021, Municipalidad de Rosario
- MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS Programa de Responsabilidad Social Corporativa de CASMU
- PRIMEROS AUXILIOS Servicio de Prevención de Riesgos laborales – Universidad de la Rioja
- <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/reanimacion-cardiopulmonar-rcp-bebes-ninos-como-realiza>
- <https://www.argentina.gob.ar/salud/primerosauxilios/rcp/bebes#:~:text=Cubr%C3%AD%20firmemente%20con%20u%20boca,Realiz%C3%A1%2030%20compresiones%20ininterrumpidas.>