

# PRIMEROS AUXILIOS



AUTOR: JOSE LUIS JIMENEZ MADRIGAL



AUTOR Y EDICION:

©JOSE LUIS JIMENEZ MADRIGAL

Policía Local de Andújar (Jaén)



© Reservados todos los derechos del Autor, queda prohibida cualquier copia total o parcial de esta obra para su inclusión en otras publicaciones, salvo autorización expresa de su autor. Queda autorizada su impresión y difusión por cualquier tipo de medio.

# PRIMEROS AUXILIOS

## INDICE

1. Introducción.....	1
2. Definición.....	2
2.1 Objetivo.....	2
2.2 Normas generales de aplicación.....	2
3. Técnicas de primeros auxilios en función del tipo de lesiones. Protocolos.....	4
3.1 Botiquín de primeros auxilios.....	4
3.2 Aplicación de los primeros auxilios.....	5
4. Aplicación de procedimientos de Inmovilización y Movilización. Vendajes.....	15
5. Clasificación de las heridas en general y según el elemento que las produce	
6. Normativa general de Aplicación (Obligación legal de socorrer).....	18
7. Posición lateral de seguridad (PSL).....	20
8. Bibliografía.....	22

## 1. INTRODUCCION

Tener conocimientos de Primeros Auxilios es importante para saber qué medidas hay que tomar ante una situación de emergencia. Estas van a variar dependiendo de las necesidades de la víctima o de los conocimientos del socorrista que va a prestar la ayuda.

Es fundamental saber qué hacer y qué no hacer en cada momento, así como conservar la calma, ya que la adrenalina puede jugar malas pasadas, y una medida mal aplicada puede causar lesiones graves.

Hay que tener en cuenta que una técnica de Primeros Auxilios aplicada correctamente puede salvar la vida de una persona. Así, un accidente que en principio no tiene por qué ser fatal, puede transformarse en una situación de riesgo grave para la vida de la víctima si no es atendido a tiempo y de manera adecuada.

Así mismo, es importante tener claras las propias limitaciones, ya que una técnica mal aplicada puede ser muy peligrosa y provocar más daños que beneficios. Hay una premisa en los Primeros Auxilios, y es actuar sólo si se sabe cómo hacerlo.

La finalidad de los Primeros Auxilios, por tanto, es adquirir un conocimiento básico que permita, en la medida de lo posible, estabilizar al paciente, así como aliviar el dolor y la ansiedad hasta que pueda ser atendido por personal sanitario especializado.

Una de las técnicas más importantes de aplicación en Primeros Auxilios es la RCP (resucitación cardiopulmonar). Con dicha técnica el socorrista intentará restablecer las funciones vitales, interrumpidas momentáneamente por una parada cardiorrespiratoria. El objetivo es mantener la función cerebral hasta que se recuperen la respiración y la circulación espontáneas.

La RCP que se aplica en Primeros Auxilios se conoce como soporte vital básico y consiste en compresiones manuales del tórax e insuflación en los pulmones de aire espirado. En esta ocasión, nuestras alumnas han realizado las maniobras de RCP en adultos, que consisten en 30 compresiones torácicas y 2 insuflaciones.



Ilustración 1 micropolix.com

## 2. DEFINICION

Podemos definir los primeros auxilios como el conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de una persona accidentada, hasta que llega la asistencia médica profesional, a fin de que las lesiones que ha sufrido no empeoren. De esta actuación dependerá la evolución de la persona accidentada.

### 2.1 Objetivo.

Los “objetivos” de los primeros auxilios básicamente podrían resumirse en conservar la vida del accidentado, evitar complicaciones derivadas del accidente (tanto físicas como psicológicas), ayudar a la recuperación del accidentado y asegurar su traslado al Centro Sanitario más cercano.

El conocer y llevar a la práctica los primeros auxilios es uno de los objetivos que los padres deben proponerse para el caso de que sus hijos sufran un accidente en el transcurso de sus primeros años de vida Sin embargo, no hay que olvidar que tal puesta en práctica conlleva básicamente el actuar con total seguridad en lo que se va a llevar a cabo siendo preferible, en el caso de que haya alguna duda al respecto, no hacer nada puesto que un auxilio inadecuado podría agravar la lesión.

Otro de los aspectos a considerar en los primeros auxilios es el tener en cuenta “que lo que no debe hacerse es tan importante como saber lo que hay que hacer”, puesto que una medida terapéutica inadecuada o mal aplicada podría dar lugar a graves consecuencias.

### 2.2 Normas generales de aplicación.

En la práctica de los primeros auxilios independientemente de las lesiones son aplicables una serie de normas generales y de entre ellas hay que citar...

Por lo que respecta a la persona que lleva a cabo los primeros auxilios:

- Tener presente que la atención adecuada inmediata aumenta las posibilidades de supervivencia.
- Examinar al niño con sumo cuidado evaluando sus lesiones.
- Mantener la calma para actuar con serenidad, efectividad y rapidez.
- No moverse de su lado.
- En caso de estar solo solicitar la ayuda necesaria.
- Llamar inmediatamente al Servicio de Urgencia.

Por lo que respecta al accidentado:

- Tranquilizarlo diciéndole que se ha solicitado la ayuda médica
- Moverlo lo menos posible.
- Consultar, si se cree necesario, con aquellas personas que tienen experiencia en tales menesteres para que le ayuden.
- Llevar a cabo una segunda revisión y valoración para descubrir lesiones diferentes a las que han motivado la atención.

Recomendaciones generales a tener en cuenta...

Qué no debe hacerse...

- Dejar sola a la víctima.
- Mover al accidentado sin necesidad.
- Agobiar al accidentado con muchas preguntas.
- No atender una hemorragia.
- Administrar líquidos o medicamentos.

En qué casos se ha de llevar a cabo los primeros auxilios sin demora alguna...

- Si las heridas sangran abundantemente.
- Si el accidentado no presenta señales de vida.
- En caso de quemaduras graves.
- En caso de fracturas.

Que precauciones deben de tenerse en cuenta al iniciar los primeros auxilios...

- Evitar movimientos innecesarios al efectuar la valoración del accidente y del accidentado.
- Situar su cabeza a nivel del cuerpo (en el caso de dificultad respiratoria).
- -Si no hay lesión craneal o cervical elevar ligeramente su cabeza y hombros.
- Si presenta vomito, girarle la cabeza hacia un lado para evitar la aspiración del mismo.
- Procurar una respiración aceptable.
- Colocar al accidentado en la posición lateral de seguridad.
- Valorar los peligros presentes en el lugar del accidente y el traslado inmediato de la víctima.
- Comprobar si las vías respiratorias se hallan libres de cuerpos extraños.
- Procurar cubrir al accidentado con alguna manta para mantener la adecuada temperatura corporal en caso de que ello sea necesario.
- No obligar al accidentado a levantarse o moverse si sospecha que tiene alguna

Fractura (antes hay que inmovilizarla).

- No administrar líquido alguno por vía oral en aquellos que se hallan inconscientes
- No administrar medicamento alguno (excepto algún analgésico si se considera necesario)

Es importante tener en casa un “botiquín” de primeros auxilios ya que su contenido puede ayudar en un momento dado a una mejor atención del accidentado antes de trasladarlo al traslado al Centro Sanitario más cercano.

### **3. TÉCNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE LESIÓN. PROTOCOLOS.**

#### **3.1 Botiquín de Primeros Auxilios:**

El botiquín debe contener aquellos materiales necesarios para estar capacitados para tratar síntomas, lesiones y emergencias comunes hasta la llegada de equipos mejor preparados (servicios de emergencia). Con la debida anticipación se puede crear un equipo de primeros auxilios con todos los elementos básicos. Se intentará que el botiquín esté localizado y sea fácilmente transportable, así como bien organizado (Facua, 2010). El botiquín es un elemento que puede variar en función de las circunstancias (si es para un colegio, o si es para un club deportivo).

#### **A. Instrumental**

Entre los instrumentales más conocidos se encuentran: tijeras de punta roma, pinzas de desinfección, pinzas de Kocher, linterna y depresores linguales.

#### **B. Material de cura**

Para realizar las curas vamos a necesitar diferentes tipos de material:

- Vendajes y compresas: vendajes adhesivos, gasas estériles y cinta adhesiva, vendaje elástico para cubrir lesiones, vendaje triangular para inmovilizaciones, férulas de aluminio para los dedos, protectores, almohadillas y vendajes oculares.
- Otros: mascarilla, manta térmica, guantes de látex, suero fisiológico para limpiar la herida.

#### **C. Fármacos básicos**

En el caso de los fármacos debemos tener en cuenta que solo podremos utilizar los que no requieren prescripción médica, ya que para utilizar otro tipo de material vamos a requerir la opinión de un profesional.





- **Técnicas de auxilio para la obstrucción respiratoria.**

Si la persona está consciente hay que insistirle para que tosa, ya que así puede expulsar el objeto extraño. Si la tos se vuelve débil o no es efectiva debemos pasar al siguiente paso:

- Si está consciente: aplicar cinco palmadas en la espalda. El impacto de las palmadas debe realizarse con el talón de la mano, entre los dos omoplatos. Si esta maniobra no es efectiva pasaremos a la maniobra de Heimlich. El reanimador se colocará de pie y agarrará al accidentado por detrás, pasando los brazos por debajo de las axilas y rodeando el torso. Cerraremos nuestras manos por debajo del esternón y aplicaremos cinco compresiones hacia arriba y hacia atrás. Combinaremos las cinco palmadas con las cinco compresiones hasta que expulse el objeto extraño.

- En el caso de quedarse inconsciente: se coloca a la víctima boca arriba, se llama a los servicios de emergencias (112) y se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Asimismo, uno de los aspectos que también debemos tener en cuenta es el traslado de las personas accidentadas. Existen diferentes técnicas para el traslado en función de la afección y del material del que dispongamos. Aspectos que debemos tener en consideración: solo lo movilizaremos si es tan inmobilizadas las posibles fracturas y están controladas las hemorragias.

Las pautas para la movilización deben ser estas:

- Brazos pegados al cuerpo y flexionados.
- Carga cerca del cuerpo.
- Usar grupos musculares fuertes.
- Flexionar rodillas y caderas (no doblar la cintura para levantar la carga).
- Evitar giros o cambios de dirección con carga. Caminar coordinado.
- Debemos asegurar la estabilidad de la cabeza y la nuca.



Ilustración 3 colegiovallmont.es

- **Atención inicial en lesiones por agentes físicos (traumatismos, calor o frío, electricidad y radiaciones)**

Cuando tenemos que atender de forma inicial a las lesiones que pueda sufrir una persona, debemos tener muy clara la causa que haya provocado dicha lesión. Esto nos va a permitir actuar de la manera más eficiente y rápida.

A. Traumatismos mecánicos. Procedimientos y técnicas de atención urgente

1. Contusión. En este caso vamos a aplicar un tratamiento en función del grado de importancia:

1.1. Mínimas y primer grado. No suelen requerir tratamiento, aunque sus síntomas se reducen: manteniendo la zona en reposo y aplicando compresas frías.

1.2. Segundo grado. Se suele inmovilizar la zona, aplicar frío local (el hematoma 3 se suele reabsorber solo).

1.3. Tercer grado. Se pueden aplicar sustancias antisépticas para evitar que se agrieten, inmovilizar la zona afectada, elevarla si la lesión se encuentra en una extremidad y traslado al centro sanitario. Aplicar presión directa sobre las heridas externas con un trozo de tela esterilizada o con la mano y mantener la presión hasta que el sangrado cese.

2. Herida:

Se produce cuando se interrumpe la estructura del tejido del interior y el exterior de la piel. No existe una clasificación de las heridas, pero sí podemos diferenciarlas según su aspecto y el agente que las haya originado. Así podríamos diferenciar entre: heridas incisivas (generadas por un objeto cortante provocando un corte limpio), heridas contusas (ocasionadas por un golpe con un objeto de superficie redondeada, provocando bordes aplastados y con hematomas circundantes), heridas punzantes (producidas por la acción de objetos puntiagudos y donde predomina la profundidad de la herida), heridas por desgarramiento (producida por traccionar sobre los tejidos, y caracterizadas por su separación e irregularidad de los bordes).

3. Esguince:

Para el esguince se inmoviliza la articulación con un vendaje compresivo, se eleva el segmento corporal afectado y se mantiene en reposo para intentar reducir la inflamación. Podemos aplicar una bolsa de hielo envuelta en una toalla para calmar el dolor. Posteriormente aplicar un vendaje compresivo y trasladar a un centro de salud.

4. Fracturas:

Lo primero es evaluar al accidentado y escuchar qué le ha pasado. Ante la duda de si existe fractura o no, siempre aplicaremos los primeros auxilios como si la tuviera. No desplazar al paciente a no ser que sea necesario. Retirar relojes y pulsera que puedan afectar a la circulación. Inmovilizar la zona de la fractura sin intentar colocarla. En caso

de fractura abierta tratarla como una herida. Traslado a un centro sanitario una vez nos hayamos asegurado de que las inmovilizaciones están fijadas.

#### 5. Luxaciones:

El primer paso consiste en inmovilizar la articulación en la posición en la que se encuentre. No se debe colocar la articulación. Finalmente, traslado a un centro de salud. Durante el trayecto, observar la coloración del segmento y la temperatura de la piel.

#### B. Traumatismos físicos. Procedimientos y técnicas de atención urgente.

La lesión puede provocarse por la acción de diferentes agentes físicos, ya sea por la aplicación de calor, frío o por el contacto con una fuente de energía eléctrica.

##### 1. Térmicos: se pueden dividir en quemaduras y congelaciones.

1.1. Quemaduras: debemos considerar que una quemadura es una urgencia grave, por lo que se debe trasladar al accidentado lo más urgentemente posible a un centro sanitario. Lo primero que debemos hacer es apagar en caso de llamas, y evitar que corra por el pánico. Debemos refrescar la zona quemada colocando compresas húmedas con agua fría aliviando el dolor. Si la herida es muy extensa no se recomienda el uso de agua fría, porque puede provocar hipotermia. Es muy relevante mantener la máxima asepsia por el riesgo de infección. Al accidentado se le retiran anillos, pulseras o cualquier objeto que pueda afectar la zona quemada. En caso de que tenga ropa quemada se puede recortar con tijeras, salvo que esté pegada a la piel. Se debe limpiar con una solución jabonosa y no se aplicará ningún ungüento casero. Si han aparecido ampollas no debemos vaciarlas. Cubrir la zona quemada con gasas estériles y trasladar al centro sanitario.

1.2. Congelaciones: en estas situaciones debemos retirar al accidentado del ambiente frío para evitar su empeoramiento, colocar ropas secas y tranquilizarlo. Una vez pasado un tiempo ofrecer líquidos calientes azucarados, e intentar recalentar aplicando una suave presión sobre el área sin frotar la zona. Por último, traslado a un centro sanitario.

2. Eléctricos: En esta situación tenemos que ser muy consciente de nuestros actos, ya que debemos desconectar la corriente antes de tocar a la víctima. Si no podemos hacerlo, utilizaremos materiales aislantes (palos o cuerdas). Comprobamos constantes vitales y cubriremos la zona afectada. El traslado al hospital es necesario en estos casos.

#### C. Traumatismos químicos. Procedimientos y técnicas de atención urgente

Es una lesión provocada por el contacto con un producto químico o corrosivo. Se considera indispensable eliminar el producto químico del contacto con la piel tan rápido como sea posible. Además, es primordial el lavado con agua abundante sin presión durante 15-20 minutos y se trata como al resto de quemaduras: cubrir y trasladar al centro de salud más cercano.

- **Atención inicial en lesiones por agentes químicos y biológicos.**

Las lesiones producidas por los agentes químicos pueden afectar a la persona de muy diferentes maneras. Los agentes pueden diferenciarse en función de: tipo de producto, vía de administración, dosis y características del accidentado. Lo más importante es solicitar ayuda lo antes posible al 112 y ellos nos darán las instrucciones a seguir. Posteriormente, a la hora de evaluar un accidentado hay que hacerle una serie de preguntas: ¿con qué producto ha tenido contacto?, ¿qué cantidad y cuándo?, ¿cómo ha contactado? y ¿ha vomitado?

Por otro lado, los agentes biológicos son (RD 664/1997) los microorganismos susceptibles de originar cualquier tipo de infección y alergia o toxicidad. Este tipo de agente se clasifica en función del daño que pueden causar. La atención inicial en este tipo de lesiones es muy compleja, pero a nivel general podemos seguir las siguientes pautas:

- Retirar lo que está produciendo la intoxicación y/o retirar al accidentado de la exposición del posible agente lesivo.
- Neutralizar el agente.
- Tratamiento de los síntomas, intentando mantener las constantes vitales.
- Traslado urgente a un centro sanitario

- **Atención inicial en patología orgánica de urgencia**

En las situaciones de urgencia nos vamos a encontrar casos en los que la rapidez y eficiencia con que respondamos a los signos y síntomas afectará al resultado final de la intervención. Por esta razón, conocer las técnicas más relevantes para resolver una patología o enfermedad orgánica nos facilitará nuestra actuación. Es el caso de la Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP), una técnica utilizada ante situaciones en las que una persona interrumpe de forma inesperada la respiración y la circulación sanguínea. Siempre será efectiva si la realizamos antes de los 4 minutos desde la parada. Asimismo, esta técnica está avalada por el Comité de Unificación Internacional de Resucitación (ILCOR), que actualizó en 2010 la técnica por última vez (ILCOR, 2010).

¿Cómo debemos actuar?

En primer lugar, comprobaremos el nivel de conciencia del accidentado, preguntándole si se encuentra bien y moviéndole el cuerpo.

- Si responde lo dejaremos en la misma posición e intentaremos conocer qué le ha pasado, así como evaluaremos posibles lesiones que se haya provocado. Si no responde, pasamos a la siguiente fase.
- Si no responde: pediremos ayuda a alguien de nuestro alrededor para que solicite los servicios de emergencia 112. Pondremos boca arriba a la

víctima y nos aseguramos de que tiene las vías aéreas abiertas (realizando la maniobra frente- mentón).

- Si no responde, pero la víctima respira sin dificultad: la colocamos en la posición lateral de seguridad.
- Si no responde y no respira con normalidad: colocaremos el talón de la mano sobre el esternón y la otra mano la colocamos encima de la primera y entrelazamos los dedos. Aplicamos compresiones desde una posición vertical y con los codos bloqueados, provocando una compresión del esternón de 4-5 centímetros y con un ritmo de 30 compresiones combinándolo con la ventilación boca a boca.
- La ventilación boca a boca se realiza de la siguiente manera: pinzaremos la nariz del afectado, inspiramos todo el aire posible y colocaremos nuestra boca sellando la boca del afectado, e insuflaremos el aire en su boca comprobando que el torso del accidentado se eleva. Nos retiramos de la víctima comprobando que el torso vuelve a su posición anterior y que el aire se expulsa por la boca.
- Si no responde y no respira con normalidad: colocaremos el talón de la mano sobre el esternón y la otra mano la colocamos encima de la primera y entrelazamos los dedos. Aplicamos compresiones desde una posición vertical y con los codos bloqueados, provocando una compresión del esternón de 4-5 centímetros y con un ritmo de 30 compresiones combinándolo con la ventilación boca a boca.
- La ventilación boca a boca se realiza de la siguiente manera: pinzaremos la nariz del afectado, inspiramos todo el aire posible y colocaremos nuestra boca sellando la boca del afectado, e insuflaremos el aire en su boca comprobando que el torso del accidentado se eleva. Nos retiramos de la víctima comprobando que el torso vuelve a su posición anterior y que el aire se expulsa por la boca.

Repetiremos esta maniobra junto a las 30 compresiones en el pecho de la víctima hasta que se dé algunas de estas situaciones:

- Se recuperen los signos vitales.
- La llegada de otra persona para hacer relevos y evitar la fatiga.
- Hasta que lleguen los servicios de emergencias



Ilustración 4 el periodico.com

- **Convulsiones (Epilepsia)**

Las convulsiones (epilepsia) suelen ser movimientos espasmódicos de contracción-relajación sucesivos e involuntarios, de parte o de todo el cuerpo, que pueden acompañarse de afectación del nivel de conciencia. Existen otros tipos, como son las ausencias o las crisis atónicas, en las cuales no existen los movimientos espasmódicos. Puede existir relajación de esfínteres (incontinencia de la micción o defecación).

Los síntomas más frecuentes:

- | Pérdida súbita de conocimiento, precedido a veces por un grito.
- | Rigidez en miembros o espalda (convulsión tónica).
- | Movimientos que sacuden el cuerpo (convulsión tónico-clónica).
- | Falta de respiración acompañada de labios morados.
- | Mandíbula apretada, enrojecimiento de la cara y ojos desviados.
- | Movimientos repetitivos como chuparse el labio, masticar o hacer ruido.
- | Incremento de la salivación (a veces sale en forma de espuma).
- | Sangre en la boca (si se ha mordido la lengua).
- | Pérdida del control de esfínteres (la persona puede orinarse o defecar encima).
- | Tras la crisis aparece desorientación y tienden a permanecer con sueño.
- | Recuperación de la conciencia de forma progresiva y lenta.

En edad escolar, hasta los 6 años, las causas más frecuentes suelen ser las convulsiones febriles y las crisis epilépticas generalizadas. En ocasiones, la persona puede notar que le va a suceder una crisis y avisa, o las personas de su entorno detectan actitudes o acciones “extrañas” (desorientación, movimientos repetitivos como de chupeteo, bostezos, etc.). Tras la crisis suelen quedar en un sueño reparador que dura desde segundos a pocos minutos, recuperando poco a poco su conciencia y orientación.

Cómo actuar:

- Llamar al 061.
- Si la persona o los acompañantes han detectado la crisis previamente, ayudarlo a tumbarse en zona tranquila (cercana, no hacerlo andar); ofrecerle pañuelo, trapo, o cualquier objeto blando para que la sujete entre los dientes y muerda en el inicio de la crisis (ANTES DE PERDER LA CONCIENCIA). Una vez perdida la conciencia no tiene sentido intentar introducir algo en la boca ya que posiblemente cuando lo hagamos se haya mordido la lengua (ocurre al inicio del cuadro).

- Si la crisis ha comenzado, NO intentar abrir la boca ni introducir nada en ella. Muchas personas intentan la apertura bucal con la finalidad de evitar mordidas de lengua, pero estas cuando ocurren suelen ser en los bordes laterales y normalmente de poco alcance (curando rápidamente). Por el contrario, corremos el riesgo de mordida e incluso amputación de los dedos que hemos introducido en boca, o rotura de piezas dentarias si se introduce un objeto duro.
- Una vez iniciada la crisis DEJAR CONVULSIONAR despejando la zona circundante de objetos u obstáculos con los que pueda golpearse. Proteger cabeza para evitar traumatismo (poner almohada o ropa doblada bajo ella).
- Si la persona está diagnosticada y lleva una cánula rectal de diazepam que se receta para estos casos, debemos aplicársela lo antes posible.
- Indagar sobre la forma de inicio entre los testigos. ¿Afectan a todo el cuerpo o solo a una parte?
- ALERTAR 061 aportando la mayor información posible (antecedentes de epilepsia, actividad que realizaba cuando se inició, tipo de movimiento).
- Tras la remisión de la crisis, comprobar la respiración y el pulso; colocar a continuación en posición lateral de seguridad (PLS), aflojar la ropa y mantener la temperatura. En ocasiones la crisis continua con un sueño reparador de unos minutos; dejar dormir y acompañar hasta la llegada de equipos sanitarios.
- Mantener la compañía en sitio tranquilos (sin ruidos, sin multitudes ni ajetreo) hasta recuperación total.
- No abrumar con preguntas.
- Si el cuadro es de origen febril (convulsión febril): refrescar, retirar la ropa de abrigo, aplicar paños humedecidos con agua templada o fría, y administrar antitérmicos (vía rectal, nunca oral).

- **Hipoglucemia.**

La hipoglucemia es un descenso de la glucosa en sangre por debajo de los niveles necesarios para que exista un adecuado aporte de energía al cerebro (< 60 mg/dl).

En estos casos aparecen síntomas que NOS ORIENTAN, como es sensación de hambre, mareo, sudor frío, temblor, debilidad, palpitaciones o comportamientos anormales (incluso agresividad).

Esta situación es mucho más frecuente en personas diabéticas, pero también puede aparecer en otras personas, bien por un aporte deficiente de glucosa (no haber desayunado adecuadamente, estar realizando algún tipo de dieta...) o por un consumo aumentado (grandes esfuerzos, deportes intensos, etc.).

LAS PERSONAS DIABÉTICAS PUEDEN, Y DEBEN, HACER LA MISMA ACTIVIDAD FÍSICA QUE EL RESTO, SALVO QUE ESTÉ CONTRAINDICADO POR SU MÉDICO.

Ante una persona diabética con alteración de conciencia, clínica o conducta extraña, siempre y cuando pueda tragar líquidos sin problema, aplicar glucosa oral aún sin confirmación de hipoglucemia.

Si damos glucosa a una persona diabética solucionamos el cuadro de hipoglucemia. Si el paciente tiene el cuadro como consecuencia de una hiperglucemia, la aportación de glucosa nunca va a empeorar su estado. Por lo tanto ante una persona diabética con síntomas: damos glucosa (terrón de azúcar en la boca para que se disuelva).

Cómo actuar:

- Llamar al 061.
- Es muy importante que las personas del entorno cercano conozcan si la persona es diabética para poder estar más alerta.
- Si la persona o su entorno, detectan alguno de los síntomas anteriores, la persona afectada debe suspender toda actividad y tomar una carga oral de azúcar (10 a 20 gr de azúcar), como puede ser:
  - 1 vaso de zumo de fruta.
  - 2 ½ cucharadas o dos terrones de azúcar.
  - 1 sobre de azúcar de cafetería.
  - 2 caramelos.
  - 2 cucharadas de miel.
  - 1 vaso de refresco (naranja o cola).
- En los casos que no sea diabético conocido, que no colabore (alteración de conciencia) o que no recupere la “normalidad” tras la ingesta de azúcar, tenemos que ALERTAR 061.

- **Ansiedad.**

En situaciones de gran ansiedad hay personas que hacen un mal control de su respiración presentando respiraciones rápidas superficiales y entrecortadas (hiperventilación). La consecuencia será una eliminación excesiva del dióxido de carbono sanguíneo, que se traduce en sensación de mareo, “hormiguillas” en todo el cuerpo y agarrotamiento de pequeñas articulaciones (dedos de las manos, los pies, etc.).

En ocasiones refieren dolor de cabeza, palpitaciones y pueden llegar a presentar desvanecimiento e incluso parecer una convulsión (son típicos los movimientos de cabeza hacia los lados y “sacudidas pélvicas” o de cintura escapular/hombros), aunque suelen responder a estímulos táctiles.



A diferencia de las pérdidas de conciencia reales, suelen ocurrir en presencia de otras personas y en situaciones de conflicto emocional. No suelen tener caída brusca al suelo: si intentamos abrir los ojos notaremos resistencia a dicha apertura, si pellizcamos el brazo notaremos que lo retira, etc.

Cómo actuar:

Si está con crisis de ansiedad:

- Llevar a sitio tranquilo (evitar espectadores).
- Acompañar por solo 1 o 2 personas de confianza que transmitan tranquilidad y apoyo. No abrumar con preguntas o “apoyo excesivo”.
- Ofrecer infusión tranquilizante (tila, valeriana).
- Hablar, razonar e intentar buscar soluciones o dar apoyo a la situación, nunca restándole importancia o reprimiendo.

Si está hiperventilando:

- Retirar de la zona de conflicto (si es que existía), acompañar por 1 o 2 personas de confianza que le hablen de manera sosegada, explicándole que debe respirar de forma más tranquila y profunda (como si inflase un globo). El/la acompañante respirará tranquila y profundamente pidiéndole a la persona afectada que lo haga a su mismo ritmo y forma. Si presenta hormigueo y agarrotamiento de dedos de mano, mareos, etc., le ofreceremos una bolsa para que respire dentro de ella, permitiendo que cada pocas respiraciones tome aire del ambiente (retirando la cara de la bolsa). ALERTAR AL 061.

Si se ha desvanecido:

- Estimular para reconocer el nivel de conciencia.
- Abrir la vía aérea y comprobar su respiración (detenerse unos segundos ya que en ocasiones hacen apneas voluntarias).
- Intentar poner en PLS (posición lateral de seguridad), aunque con frecuencia detectaremos resistencia.
- Dejar a la persona afectada con uno o dos acompañantes de confianza, los cuales le hablarán tranquilamente (evitando reproches, enfados o angustias) dándole confianza y explicándole que se le va a ayudar. ALERTAR AL 061, aportando la mayor información posible.

- **Infarto Cardíaco.**

Es muy importante la actuación inmediata y el traslado al hospital por equipos de emergencias sanitarias.

El infarto agudo de miocardio (IAM) se produce por un riego sanguíneo insuficiente debido a la obstrucción de una arteria coronaria o a la estrechez de la misma. Cuando la arteria se obstruye hay una zona del corazón en la que se produce una falta del riego sanguíneo y por tanto la muerte de las células del músculo cardíaco, fenómeno conocido como necrosis.

Las arterias coronarias se pueden estrechar por muchas causas. Las más frecuentes son el coágulo de sangre o el depósito de grasa en las paredes arteriales que se van cerrando de manera progresiva.

Los factores de riesgo para que una persona pueda padecer un IAM son:

- | Hipertensión.
- | Colesterol alto.
- | Tabaco.
- | Obesidad.
- | Sedentarismo.
- | Edad avanzada

Los síntomas más frecuentes son dolor (tipo peso) en la zona del esternón, centro del pecho y en ocasiones en la parte alta del abdomen. El dolor se puede irradiar a mandíbula y cuello, espalda y brazo izquierdo.

Este episodio de dolor puede acompañarse de mareos, sudoración fría, ganas de vomitar y dificultad para respirar.

En pacientes con diabetes puede cursar el IAM sin dolor. De igual forma en las mujeres puede cursar con menor intensidad. De hecho, el IAM se asocia con mayor mortalidad en el caso de las mujeres porque tardan más tiempo en acudir al hospital. Recordemos que es fundamental la precocidad en el tratamiento, ya que el mejor pronóstico lo tienen los pacientes que son asistidos en menos de 3 horas desde el inicio de los síntomas.

#### **4. CLASIFICACION DE LAS HERIDAS EN GENERAL Y SEGÚN EL ELEMENTO QUE LAS PRODUCE.**

Clasificación general de las heridas:

- Heridas abiertas: En este tipo de heridas se observa la separación de los tejidos blandos. Son las más susceptibles a la infección.

- Heridas cerradas: Son aquellas en las que no se observa la separación de los tejidos, generalmente son producidas por golpes; la hemorragia se acumula debajo de la piel (hematoma), en cavidades o en viseras.
- Heridas simples: Son heridas que afectan la piel, sin ocasionar daño en órganos importantes. Ejemplo: raspadura o cortaduras superficiales
- Heridas complicadas: Son heridas extensas y profundas con hemorragia abundante; generalmente hay lesiones en músculos, vasos sanguíneos y órganos internos.

#### Clasificación según el elemento que las produce

- Heridas contusas: Son producidas por piedras, palos, golpes de puño u objetos duros. Producen mucho dolor y en ellas se observa un hematoma, estas heridas se presentan por la resistencia que ofrece el hueso ante el golpe, ocasionando la lesión de los tejidos blandos. Generalmente se conocen como “moretón”.
- Heridas cortantes o incisivas: Son producidas por objetos afilados como latas, vidrios, cuchillos, que pueden seccionar músculos, tendones y nervios. Los bordes de la herida son limpios y lineales, la hemorragia puede ser escasa, moderada o abundante.
- Heridas punzantes: Son producidas por objetos con punta, como clavos, agujas, palillos etc. La lesión es dolorosa, la hemorragia escasa y el orificio de entrada es poco notorio. El tétanos, es una de las complicaciones de éste tipo de heridas.
- Cortopunzantes: Las dos últimas heridas pueden mezclarse, de acuerdo al mecanismo y objeto que provoca la herida, y se produce una herida Cortopunzante.
- Heridas laceradas: Producidas por objeto de bordes dentados (serruchos o latas). Hay desgarramiento de tejidos y los bordes de las heridas son irregulares.
- Raspaduras o abrasiones: Producida por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras. Muy conocidas como “rasmilladuras”; son muy dolorosas y su mayor riesgo es la infección. Ejemplo: La caída de rodillas de un niño.
- Heridas avulsivas: Son aquellas donde se separa y se rasga el tejido del cuerpo de la víctima. Una herida cortante o lacerada puede convertirse en avulsiva. El sangrado es abundante, ejemplo; mordedura de perro.
- Herida penetrante: Producida por un elemento que ingresa al cuerpo alcanzando cavidades y/o puede dañar órganos internos. Pueden ser producidas por fierros, palos. Puede haber compromiso de abdomen.
- Herida Perforante: Se producen cuando el objeto atraviesa el cuerpo. Se producen por balas de arma de fuego. El proyectil se introduce en el cuerpo produciendo lesiones internas graves. Puede haber compromiso de tórax.
- Amputación: Es la pérdida total de una parte del cuerpo o una extremidad

## 5. APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN. VENDAJES.

El objetivo de una inmovilización<sup>7</sup> es impedir que se realicen movimientos de una zona lesionada para no empeorar las lesiones ya sufridas. Las inmovilizaciones se realizan para conseguir los siguientes beneficios (Cruz Roja Española, 2008):

- Reducir las probabilidades de que un hueso fragmentado pueda provocar lesiones musculares o a nivel circulatorio.
- Reducir el dolor y la posibilidad de sufrir shock.
- Mejorar la comodidad del paciente, al tener inmóvil la zona afectada.

Los pasos que se han de seguir para realizar la inmovilización son los siguientes:

- Pensar en el material y el tipo de inmovilización que vamos a utilizar y mantener estática la zona afectada.
- En el caso de que existan heridas, cubrir con apósitos, amortiguar la zona con compresas o vendas para evitar posibles impactos e inmovilizar en la posición en la que nos encontramos la zona afectada.

Por otro lado, el objetivo de realizar un vendaje es que pueden servir para varias funciones, como: sujetar apósitos, ayudar a detener hemorragias, inmovilizar una zona lesionada o cubrir una herida o quemadura, entre otras.

## 6. NORMATIVA GENERAL DE APLICACIÓN. (Obligación legal de socorrer).

- **Art. 195 del Código Penal:** El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a 18 meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años.
- **Art. 51 L.S.V:** Los usuarios de las vías que se vean implicados en un accidente de tráfico, lo presencien o tengan conocimiento de él, estarán obligados a auxiliar o solicitar auxilio para atender a las víctimas, si las hubiere, prestar su colaboración para evitar mayores peligros o daños, restablecer, en la medida de lo posible, la seguridad de la circulación y esclarecer los hechos. Si por causa de accidente o avería el vehículo o su carga obstaculizaren la calzada, los conductores, tras señalar convenientemente el vehículo o el obstáculo creado, adoptarán las medidas necesarias para que sea retirado en el menor

tiempo posible, debiendo sacarlo de la calzada y situarlo cumpliendo las normas de estacionamiento siempre que sea factible. Reglamentariamente se determinarán las condiciones en las que realizarán sus funciones los servicios de auxilio en carretera que acudan al lugar de un accidente o avería, así como las características que deban cumplir las empresas que los desarrollen o los vehículos y demás medios que se hayan de utilizar. Número 3 del artículo 51 introducido por el apartado quince del artículo único de la Ley 6/2014, de 7 de abril, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el R.D. Legislativo 339/1990, de 2 de marzo («B.O.E.» 8 abril). Vigencia: 9 mayo 2014.

- **Art.129 R.G.C.: Obligación de auxilio**

1. Los usuarios de las vías que se vean implicados en un accidente de tráfico, lo presencien o tengan conocimiento de él, estarán obligados a auxiliar o solicitar auxilio para atender a las víctimas, si las hubiere, prestar su colaboración para evitar mayores peligros o daños, restablecer, en la medida de lo posible, la seguridad de la circulación y esclarecer los hechos (artículo 51, número 1, del texto articulado).

2. Todo usuario de la vía implicado en un accidente de circulación deberá, en la medida de lo posible:

a) Detenerse de forma que no cree un nuevo peligro para la circulación.

b) Hacerse una idea de conjunto de las circunstancias y consecuencias del accidente, que le permita establecer un orden de preferencias, según la situación, respecto a las medidas a adoptar para garantizar la seguridad de la circulación, auxiliar a las víctimas, facilitar su identidad y colaborar con la Autoridad o sus Agentes.

c) Esforzarse por restablecer o mantener la seguridad de la circulación y si, aparentemente, hubiera resultado muerta o gravemente herida alguna persona o se hubiera avisado a la Autoridad o sus Agentes, evitar la modificación del estado de las cosas y de las huellas u otras pruebas que puedan ser útiles para determinar la responsabilidad, salvo que con ello se perjudique la seguridad de los heridos o de la circulación.

d) Prestar a los heridos el auxilio que resulte más adecuado, según las circunstancias, y, especialmente, recabar auxilio sanitario de los servicios que pudieran existir al efecto.

e) Avisar a la Autoridad o a sus Agentes si, aparentemente, hubiera resultado herida o muerta alguna persona, así como permanecer o volver al lugar del accidente hasta su llegada, a menos que hubiera sido autorizado por éstos a abandonar el lugar o debiera prestar auxilio a los heridos o ser él mismo atendido; no será necesario, en cambio, avisar a la Autoridad o a sus Agentes, ni permanecer en el lugar del hecho, si sólo se han producido heridas claramente leves, la seguridad de la circulación está restablecida y ninguna de las personas implicadas en el accidente lo solicita.

f) Comunicar, en todo caso, su identidad a otras personas implicadas en el accidente, si se lo pidieren; cuando sólo se hubieran ocasionado daños materiales y alguna parte afectada no estuviera presente, tomar las medidas adecuadas para proporcionarle, cuanto antes, su nombre y dirección, bien directamente o, en su defecto, por intermedio de los agentes de la Autoridad.

g) Facilitar los datos del vehículo a otras personas implicadas en el accidente, si lo pidieren.

3. Salvo en los casos en que, manifiestamente, no sea necesaria su colaboración, todo usuario de la vía que advierta que se ha producido un accidente de circulación, sin estar implicado en el mismo, deberá cumplimentar, en cuanto le sea posible y le afecten, las prescripciones establecidas en el número anterior, a no ser que se hubieran personado en el lugar del hecho la Autoridad o sus Agentes.

4. Las infracciones a las normas de este precepto tendrán la consideración de graves.

- **ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.**
- **Constitución Española de 1978**

## **7. POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)**

La posición lateral de seguridad (PLS) se emplea en aquellas víctimas que se encuentran inconscientes, pero respiran normalmente.

También se utilizará en aquellos casos en los que tengamos que abandonar a la víctima, aunque sea momentáneamente, para solicitar ayuda.

Su finalidad es evitar que la lengua obstruya la vía aérea, además de facilitar que si la víctima vomitara, el contenido salga al exterior y no sea aspirado al interior de los pulmones. Tiene especial relevancia en personas que hayan ingerido alcohol, sobredosis o hayan tomado pastillas (sedantes).

No se debe poner en PLS a una víctima que haya sufrido un traumatismo o una caída importante (no se debe mover, a no ser que se encuentre en una situación de mayor peligro, por ejemplo, en un vehículo y haya riesgo de incendio, en este caso son

necesarias 4 o 5 personas para mantener siempre rectos cabeza, tronco y extremidades).

En principio no hay un lado mejor que el otro para colocar a la víctima. La posición de seguridad debe reunir las siguientes condiciones:

- Ser una posición estable.
- Mantener abierta la vía aérea.
- Evitar la aspiración del vómito en el caso de que el paciente vomitara.
- No presionar el tórax para no dificultar la respiración.

Cómo actuar:

- Retirar las gafas si las tuviese, y los objetos voluminosos de los bolsillos que pudieran causarle lesiones a la víctima.
- Arrodillarnos al lado de la víctima que deberá estar boca arriba con las 4 extremidades extendidas.
- Colocar el brazo de la víctima más próxima a nosotros en un ángulo de 90º con respecto al cuerpo y el antebrazo también lo colocaremos en 90º con relación al brazo, poniendo la palma de la mano hacia arriba.
- Cruzar el otro brazo sobre el pecho de la víctima, poniendo la palma de la mano sobre el hombro contrario.
- Flexionar la pierna más alejada de nosotros, apoyando el pie sobre el suelo.
- Con una mano en la rodilla recién flexionada y la otra en el hombro del mismo lado, voltear a la víctima haciéndole girar sobre un eje imaginario que pasaría por su columna.
- Colocar la mano superior debajo de la mejilla, a modo de almohada.
- Colocar la pierna superior para que tanto la cadera como la rodilla estén flexionadas en ángulo recto.
- Dejar abierta la boca e inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás para mantener abierta la vía aérea.
- Comprobar regularmente la respiración.

- Si la víctima tuviera que estar en esta posición mucho tiempo, es conveniente cambiarla de lado cada 30 minutos.

### Posición lateral de seguridad (PLS)



Ilustración 5pinterest.es

## 8. BIBLIOGRAFIA

<http://formacion.confebask.es/Cursos/C000517/castellano/castellano3.pdf>

<https://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/iad/calamaro/iadformacion/tdci/pdf/ci-pax-03.pdf>

[https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual\\_primeros\\_auxilios.pdf](https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf)

<http://www.pediatricblog.es/que-se-entiende-por-primeros-auxilios->