

PRIMEROS AUXILIOS

Escuela Nicasio Landa
Carlos Oroz González

OBJETIVOS

- a) Proporcionar conocimientos básicos sobre salud y primeros auxilios que les capaciten para prevenir o paliar posibles accidentes en las actividades de tiempo libre.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. HERIDAS
3. HEMORRAGIAS
4. QUEMADURAS
5. ASFIXIAS
6. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
7. PARO CARDÍACO
8. LIPOTIMIA
9. TRAUMATOLOGÍA
10. INTOXICACIONES, PICADURAS Y AGRESIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS
11. SECUENCIA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS
12. MEDIDAS ANTE UNA EMERGENCIA - ERC 2005 LEGO RECOMENDACIONES ADULTOS
13. EL BOTIQUÍN

1. INTRODUCCIÓN

“Ésta es una sociedad que se encuentra sometida a un constante proceso de modernización en la que, en contra de lo que cabría esperar, los primeros auxilios siguen teniendo una relevancia notoria. En efecto, pese a disponer de medios de asistencia cada vez más sofisticados, el tiempo que tarda una persona en recibir asistencia desde que se produce un accidente hasta la llegada de los Servicios de Socorro puede tener, en muchas ocasiones, consecuencias graves o irreparables para el accidentado.

Por este motivo, es recomendable poseer unas nociones elementales sobre primeros auxilios que permitan, llegado el momento, intervenir inmediatamente después de haberse producido el accidente mientras se obtiene ayuda especializada.” (Juan Manuel Suárez del Toro Rivero, Guía de Primero Auxilios. Cruz Roja).

2. HERIDAS

2.1. Definición

Herida es la lesión ocasionada por un traumatismo que produce una rotura de la piel o de mucosas. Se da comunicación entre el interior de la herida, hasta entonces estéril, y el exterior.

Proceso de infección:

- Contaminación: entrada de gérmenes a las heridas.
 - Todas las heridas están contaminadas.
- Infección: reproducción y desarrollo de gérmenes patógenos.
 - El tiempo medio entre contaminación e infección es de unas 6 horas.

2.2. Clasificación de las heridas

Según su gravedad:

- **Leves:** son las más frecuentes y no comprometen la vida del enfermo.
- **Complicadas:** afectan a órganos internos como huesos, vasos, nervios, tendones, ligamentos, etc.
- **Graves:** afectan a cavidades en las que hay órganos (cavidad torácica, abdominal, etc.).

2.3. Tratamiento de las heridas

2.3.1. Simples

- Limpieza y asepsia de manos y del instrumental a utilizar.
- Limpieza de arrastre de la herida y alrededores con suero fisiológico.
- Es conveniente el uso de un antiséptico tipo Betadine o similar en los bordes.
- Cubrir la herida.

2.3.2. Graves

Son heridas que deben tratarse exclusivamente por un médico.

El socorrista se limitara a:

- No explorar la herida, cubrirla con apósitos estériles y traslado a un centro médico.

2.3.3. A evitar en las heridas

- Uso de algodón, alcohol, mercromina roja.
- Uso de polvos, pomadas, antibióticos.
- Extracción de cuerpos extraños enclavados.

2.4. Heridas especiales

2.4.1. Cráneo

- Deben ser manipulados con todo tipo de precauciones.
- En las que exista solamente una afectación de partes superficiales, se actuará mediante un vendaje compresivo. Después, se efectuará el traslado a un centro sanitario para observación.
- Posición semisentada.

2.4.2. Tórax

Puede entrar aire produciendo un neumotórax, que comprimirá el pulmón dando lugar a asfixias.

- Tapar la herida de manera que no entre aire en la cavidad torácica.
- No se extraerá el objeto enclavado.
- Posición semisentada.
- Traslado urgente.

2.4.3. Abdomen

Son muy graves y existe el riesgo de hemorragia interna. Existe también riesgo de shock.

El socorrista:

- No retirará cuerpos extraños.
- Cubrir mediante gasas estériles amplias la herida.
- Colocar al accidentado tumbado boca arriba con las piernas flexionadas sobre el vientre.
- Nunca se dará de beber o comer a estos heridos.
- Traslado urgente previniendo un posible shock.

■ 3. HEMORRAGIAS

3.1. Definición

La hemorragia es la salida de sangre de los vasos por una rotura de los mismos.

Síntomas:

- Taquicardia.
- Taquipnea (aumento de frecuencia respiratoria).

- Palidez.
- Frialdad.
- Sed.
- Sudoración.
- Disminución del estado de consciencia.
- Pulso débil.

Estos síntomas aumentarán según aumente la pérdida de sangre. No se presentan síntomas importantes hasta una pérdida de 500 ml.

3.2. Clasificación de las hemorragias

3.2.1. Externas

- Arteriales.
- Venosas.
- Capilares.

3.2.2. Internas

3.3. Tratamiento de las hemorragias

3.3.1. Externas

Las distintas formas de actuación son:

- Presión directa sobre la herida.
- Elevación de la extremidad.
- Presión puntual sobre troncos arteriales. Los principales puntos de compresión son:
 - Humeral (brazo).
 - Femoral (ingle).

Estas tres técnicas son suficientes en casi la totalidad de los casos, para cortar una hemorragia externa. Si después de realizar estas maniobras la hemorragia continúa se deberá recurrir al torniquete, siempre que se trate de miembros superiores o inferiores.

- Torniquete.

3.3.2. Internas

No podrán cortarse. Únicamente y como mucho, se disminuirá su velocidad. Necesitan una intervención quirúrgica urgente.

El socorrista actuará:

- Colocándole en Trendelenburg, y la cabeza ladeada para evitar que se ahogue si vomita.
- Se le tapaná para evitar mayor enfriamiento.
- Nunca se le darán estimulantes ni bebidas.
- Se le trasladará urgentemente a un centro hospitalario.

3.3.3. Exteriorizadas

Epistaxis: el paciente estará sentado y con la cabeza hacia delante para evitar que la sangre pase a la tráquea.

- Se le comprimirá el ala de la nariz durante 5-10 minutos.
- Si es abundante y no cede, se le trasladará a un centro hospitalario.

■ 4. QUEMADURAS

4.1. Valoración de las quemaduras

Se realiza según varios parámetros:

- **Extensión:** para calcularla, la forma más sencilla es la regla de los nueves:

- Cabeza y cuello: 9% de extensión corporal.
- Parte anterior del tórax y abdomen: 18%
- Parte posterior del tórax y nalgas: 18%
- Brazo: 9%
- Pierna: 18%
- Genitales: 1%

- **Profundidad:**

Se clasifican en:

- Primer grado: destruye solamente la epidermis. Sólo se producirá un enrojecimiento de la zona.
- Segundo grado: destruye la epidermis y un espesor mayor o menor de la dermis. Presencia de ampollas.
- Tercer grado: destruyen todo el espesor de la piel. Ausencia de dolor.

- **Edad:** más graves en ancianos y niños.
- **Tiempo de exposición a la fuente de calor.**
- **Intensidad del calor.**

4.2. Consideración de las quemaduras

- Será grave toda lesión de superficie igual a la palma de la mano.
- El causante principal de la complicación de las quemaduras es la infección.

4.3. Tratamiento de las quemaduras

4.3.1. Quemaduras leves

- Separar a la víctima del agente térmico agresor.
- Detener la progresión de la quemadura: agua fría (8-22 grados). Retirar todo lo que pueda suponer una fuente de contaminación.
- No cortar las ampollas.
- Colocar unas gasas estériles.
- Elevar la extremidad.
- No vendar nunca dos superficies quemadas juntas.

4.3.2. Quemaduras graves

- Quitar la ropa, salvo las zonas pegadas.
- Una sabana limpia suele ser muy útil como aislamiento.

- Elevar extremidades.
- Si esta consciente se intentará hidratar al quemado.
- Prevenir un posible shock colocándolo en posición de Trendelenburg y trasladarlo urgentemente.
- A veces, será necesario hacer una R.C.P.

4.3.3. Quemaduras químicas

Se producen por agentes ácidos o básicos.

- Iniciar cuanto antes un lavado con agua abundante.
- Deben retirarse todos los objetos en contacto directo con la piel.
- El socorrista no deberá tocar el producto químico.
- Las quemaduras en los ojos deben lavarse al menos durante 20 minutos.
- Deben cubrirse con paños limpios y húmedos.
- Vigilar constantes vitales.

4.3.4. Lo que no se debe hacer

- Aplicar cualquier tipo de pomada.
- Romper ampollas.
- Dar bebidas alcohólicas.

■ 5. ASFIXIA

5.1. Síntomas y signos de asfixia

- Aumento del esfuerzo respiratorio.
- Cianosis: color violáceo de la piel, en uñas, labios y orejas.
- Disminución progresiva del nivel de conciencia.
- Si es una obstrucción, tendrá un ataque de tos, no podrá hablar o emitir sonidos y se llevará a mano a la base del cuello. También hay una depresión de los músculos intercostales.
- Finalmente, paro cardiorrespiratorio. Cuando hay una parada respiratoria le sigue la parada cardíaca a los pocos minutos.

5.2. Normas de actuación

1. Retirar al accidentado de la causa de la asfixia.

Esto supone un peligro para el socorrista.

- Electrocuci3n: con un objeto aislante.
- Ahogado: controlar que la víctima no agarre al socorrista.
- Gas: abrir ventanas, cerrar la llave, arrastrar al accidentado fuera.
- Pozos ciegos, cubas, etc.: rescatarlo estando un segundo socorrista.

2. Liberar las vías respiratorias.

- No hacer la respiración artificial antes de esto.
- Maniobra de Heimlich.

3. Respiración artificial.

- Una vez liberadas las vías respiratorias, sólo debe preocupar la caída de la lengua: hiperextensión.
- La frecuencia debe ser de 12 a 16 respiraciones por minuto.
- Métodos: el boca a boca es el más eficaz.

4. Llamar al socorro público.

Tiene que ser otro que no sea el socorrista.

5. Cuidados complementarios.

- Recalentamiento.
- No dar de beber.

6. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

6.1. Definición

- Necrosis (muerte) de las células miocárdicas secundarias a una isquemia (falta de oxígeno) prolongada.
- El infarto es debido a la obstrucción de una arteria coronaria o una de sus ramas.
- A partir de 20 minutos la muerte celular es irreversible.
- La causa más común es la aterosclerosis coronaria.

6.2. Clínica

Dolor similar al de la angina, pero mas intenso y de mayor duración (mas de 30 minutos, generalmente horas) y no desaparece de inmediato con el reposo o la nitroglicerina. A menudo se acompaña de nauseas, vómitos, mareos, sudoración y ansiedad. También aparece en reposo.

Características del dolor de origen cardíaco:

- Localización retroesternal.
- Irradia, brazo izquierdo, epigastrio, brazo derecho, mandíbula, espalda.
- Sordo, opresivo.
- No cambia.
- No localizado a punta de dedo.

6.3. Tratamiento

- Reposo absoluto inmediato.
- Aflojar la ropa.
- Procurar ambiente tranquilo y tranquilizarle.
- Posición semisentada (45 grados). No elevar las piernas, ya que esto aumenta el flujo de sangre al corazón y lo sobrecarga.

- Traslado urgente al hospital.
- Vigilar periódicamente las constantes vitales.
- No se deberá hacer masaje cardíaco, salvo que entre en parada cardíaca.

■ 7. PARO CARDÍACO

7.1. Definición

Se caracteriza por la interrupción súbita del latido cardíaco y de la circulación sanguínea. Esto determinará una falta de oxígeno generalizada.

7.2. Diagnóstico

- Ausencia de pulso en grandes troncos (carótida, femoral).
- Pérdida brusca de conocimiento.
- Ausencia de respiración.
- Midriasis (unos 45 segundos después).
- Coloración violácea de la piel.
- Pupilas arreactivas.

7.3. Tratamiento

El factor tiempo es vital, el cerebro no puede sobrevivir más de 4 o 5 minutos sin oxígeno. Éste es el tiempo antes del que se debe comenzar a realizar la R.C.P.

La pauta de tratamiento será:

1. Sostenimiento de la respiración.

- Liberar las vías aéreas en primer lugar, y hacer una hiperextensión del cuello.
- El ritmo de la respiración debe ser de entre 12 y 16 por minuto.

2. Masaje cardíaco externo. Se hará acompañando a la respiración boca a boca.

3. Traslado a un centro hospitalario.

Signos de eficacia del masaje:

- Pupilas contraídas y que reaccionan a la luz.
- Buen tono muscular.
- Pulsos sincrónicos con el masaje.
- Ausencia de cianosis.
- Intentos de respiración espontánea.

■ 8. LIPOTIMIA

8.1. Definición

- Se suele denominar también mareo o desmayo y por si sola, no significa enfermedad.
- Se origina al ocurrir una disminución del volumen sanguíneo en el cerebro y con ello, un menor aporte de oxígeno sobre las células cerebrales.
- Casi siempre hay causas que predisponen: ayuno, calor, etc.

8.2. Síntomas

- Sensación de flojedad en las piernas.
- Sensación de vértigo y náuseas.
- Caída al suelo: la persona estará pálida, con sudor frío y pulso más débil y lento.

8.3. Tratamiento

- Retirar a los curiosos que rodean a la víctima y que impiden respirar aire fresco.
- Aflojarle la ropa.
- Colocarle la cabeza más baja que los pies para favorecer el flujo de sangre al cerebro (levantar sus piernas: Trendelenburg con la cabeza ladeada).

■ 9. TRAUMATOLOGÍA

9.1. Fracturas

9.1.1. Definición

Rotura de un hueso por un trauma.

9.1.2. Clasificación

Por su gravedad:

- Cerradas.
- Abiertas: el hueso roto sale a través de la piel, lo que acarrea una serie de complicaciones, como hemorragias o infecciones.

9.1.3. Sintomatología

1. Dolor.
2. Impotencia funcional.
3. Deformidad.
4. Amoratamiento.
 - Edema por la reacción inflamatoria.
 - Hematoma.

9.1.4. Tratamiento

- Inmovilizar en posición antiálgica.
- No tratar de reducir (enderezar) la fractura.
- Tratamiento anti-shock: Trendelenburg y abrigar.
- Traslado y vigilancia de las constantes vitales.
- Si están ausentes los pulsos distales, se hará tracción en eje con contracción en la raíz del miembro.

9.1.5. Tratamiento de las fracturas abiertas

1. Cortar la ropa.
2. Controlar la hemorragia.
3. Lavar la herida, no explorar.
4. No tocar posibles fragmentos de hueso.
5. Conservar en paños estériles y envueltos los fragmentos óseos más grandes.
6. Colocar gasas estériles sobre la herida e inmovilizar como el resto de las fracturas.
7. Traslado. Vigilar constantes vitales.

9.2. Luxaciones

9.2.1. Definición

Pérdida de contacto de dos superficies articulares (desencajamiento de un hueso de su articulación) pero, al contrario que en el esguince, no se vuelve a restituir el contacto anatómico.

9.2.2. Sintomatología

- Deformidad.
- Dolor espontáneo y provocado por la presión.
- Impotencia funcional.

9.2.3. Tratamiento

- No reducir la luxación.
- No traccionar.
- Importante: inmovilizar la zona lesionada.

9.3. Traumatismos craneoencefálicos

9.3.1. Fracturas de cráneo

Según la localización de la fractura, se puede presentar:

- Pérdida de conocimiento.
- Epistaxis y/o otorragia.
- Hematomas detrás de las orejas y en los ojos.

9.3.2. Signos de sufrimiento cerebral

- Pérdida de conciencia (AVDN).
- Alteración en el tamaño de ambas pupilas:
 - Midriasis: dilatación de pupilas.
 - Anisocoria: pupilas de diámetro diferente.

- Ausencia del reflejo fotomotor: las pupilas no reaccionan a las variaciones de intensidad de luz (pupilas arreactivas).
- Pérdida de la memoria.
- Presencia de vómitos repetidos.
- Aparición de convulsiones.
- Somnolencia.
- Dolor de cabeza acusado.
- Comportamientos anómalos.

9.3.3. Tratamiento

- No movilizar al accidentado.
- Fijarse en el estado de conciencia del paciente.
- Traslado vigilando las constantes vitales.

9.4. Fractura de columna vertebral

En las fracturas de columna, al igual que en las de cráneo, el peligro no es tanto la fractura en sí, si no la posible lesión de la médula espinal o de algún nervio raquídeo.

9.4.1. Síntomas

Síntomas de fractura de raquis:

- Los mismos que los de las fracturas.

Síntomas de la lesión medular:

- Parálisis.
- Falta de reflejos.
- Pérdida de sensibilidad.
- Emisión involuntaria de heces y orina.
- Torpeza y debilidad en los movimientos de las extremidades.

9.4.2. Grupos de riesgo de lesión

1. Accidentes de tráfico.
2. Caídas de altura.
3. Ahogados.

9.4.3. Tratamiento

- Pedir al herido que no se mueva.
- Tracción de la cabeza y colocación en posición neutra.
- Ante la sospecha de fractura de columna, no deberá cambiarse de posición a no ser que la vía aérea este amenazada.
- Explorar los signos vitales.
- Debe palpase la columna sin moverla demasiado, para explorar alguna deformidad de la misma.
- También debe explorarse la sensibilidad y movilidad de las extremidades.
- Importante la inmovilización. Esperar la llegada de la ambulancia y si no hay constantes vitales, habrá que movilizar al herido como un bloque único, lenta y cuidadosamente, y colocarlo en posición decúbito supino.

9.5. Esguinces

9.5.1. Definición

Pérdida de contacto de superficies articulares, pero se vuelven a colocar la una frente a la otra.

Se puede producir por:

- Estiramiento del ligamento (tipo benigno).
- Ruptura de ligamento (total o parcial).

9.5.2. Síntomas

- Dolor generalmente intenso.
- Inflamación.
- Equimosis o amoratamiento.
- Inestabilidad en la rotura total.

9.5.3 Tratamiento

- Si se acaba de producir, aplicar una bolsa de hielo con el fin de atenuar la hinchazón y el amoratamiento.
- Elevación del miembro.
- Vendaje compresivo para evitar que se mueva la articulación y evitar su hinchazón.
- Reposo: deberá hacerse durante el suficiente tiempo.
- Traslado.

10. INTOXICACIONES, PICADURAS Y AGRESIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS

10.1. Intoxicaciones

La mayoría de las intoxicaciones se producen por alimentos en mal estado o productos de limpieza.

10.1.1. Síntomas

- Náuseas y vómitos.
- Dolor abdominal.
- Diarrea.
- Cefalea.
- Vértigos y mareos.
- Visión borrosa.

10.1.2. Actuación

- Mantener la calma.
- Conseguir ayuda médica lo antes posibles: si se conoce la causa de la intoxicación, indicarlo en el momento de la llamada. Llamar al 112 o al servicio de toxicología en Madrid: 91 5620420.

- Mientras se espera la ayuda:
 - Como regla general, no provocar el vómito (a no ser que se lo indiquen en el momento de pedir ayuda). Como única excepción está la intoxicación medicamentosa reciente y sólo si la persona está consciente.
 - Vigilar a la víctima.
- Llevar al hospital una muestra del tóxico.

10.1.3. Prevención

- Evitar los alimentos perecederos en mal estado o que despidan mal olor.
- No tomar agua no potable o estancada.
- No comer setas u hongos silvestres: es fácil confundirlos.
- Atención a los botes de conserva que despidan gas al ser abiertos.
- Poner los productos de limpieza y los medicamentos lejos del alcance de los niños.

10.2. Mordeduras y picaduras

	ABEJA	AVISPA	TÁBANOS MOSQUITOS ARAÑAS	ESCORPIONES	SERPIENTES
SÍNTOMAS	Deja el aguijón clavado. Dolor, enrojecimiento, picor.	Deja el aguijón. Dolor, enrojecimiento, picor.	Observación de la señal. Dolor. Hinchazón. Enrojecimiento. En niños puede existir shock anafiláctico.	Graves: contracturas, hipersalivación, síntomas nerviosos.	Picadura típica. Sudoración. Vómitos. Dolores de estómago. Pérdida del conocimiento.
PREVENCIÓN	Calzado y calcetines fuertes. No meter las manos en agujeros o grietas. Comprobar saco, ropa, zapatos. Antes de acampar, quitar las piedras y revisar el lugar. Observar bien el lugar antes de tumbarse. Atención a los niños alérgicos.				No molestarlas ni pisarlas. Sólo atacan si se les molesta.
ACTUACIÓN	Sacar el aguijón. Aplicar frío. Pomada antihistamínica.	Jugo de limón o vinagre. Alcohol. Pomada antihistamínica	Alcohol. Lavar la herida con agua y jabón. Pomada. Traslado urgente si la picadura ha sido en la boca o en la lengua.	Actuación rápida. Desinfección de la herida. Traslado. Torniquete suave.	Reposo absoluto. Inmovilización del miembro mordido. Tranquilizar a la persona. Traslado urgente para el antídoto. Desinfectar la mordedura.

10.3. Agresión de cuerpos extraños

Una situación que se da con cierta frecuencia es la presencia de pequeños cuerpos extraños como astillas de madera, virutas de metal, partículas de polvo, tierra o arena, etc., que quedan incrustados en la piel o se introducen por los orificios naturales, principalmente por los oídos o la nariz. Si bien son situaciones que generalmente no revisten gravedad, originan muchas molestias y conllevan riesgo de infección.

10.3.1. En la piel

Su localización más frecuente es en las manos y, en el caso de los niños, en las rodillas o codos tras por ejemplo, una caída. Hay que intentar su extracción cuidadosamente (si el objeto es pequeño) con una pinza que habrá que esterilizar primero. Después de extraer el cuerpo extraño se debe desinfectar la herida. En caso de no poder extraerlo, se debe conseguir ayuda médica. Es importante que se mantenga al día la vacunación contra el tétanos.

10.3.2. En los ojos

Presencia en los ojos de pequeñas partículas de tierra, arena, pestañas, mosquitos, etc. En esos casos, se debe pedir a la persona que parpadee rápidamente salvo si le duele, para ayudar a arrastrar el objeto hacia el borde interno del ojo y facilitar su expulsión. En caso de que no se consiga, se deberá sentar a la persona cómodamente y, bajo una fuente de luz adecuada, tirar suavemente del párpado inferior hacia abajo mientras el accidentado mira hacia arriba, al tiempo que se observa si el objeto está alojado en el párpado inferior. Si es así, se retirará con la punta de un pañuelo limpio o con una torunda de algodón humedecido. Si está en el párpado superior, el accidentado debe mirar hacia abajo y relajar los párpados. Poner un palito sobre el párpado (por ejemplo, un palillo) y sujetarlo en esa posición, y con los dedos índice y pulgar de la otra mano, tirar de las pestañas hacia fuera y hacia arriba, haciendo que el párpado superior se vuelva del revés. Esto permite observar la cara interna del párpado superior y descubrir el cuerpo extraño en el caso de que esté alojado allí.

Si todavía siguiera notando molestias, cubrir el ojo afectado con una gasa estéril y acudir a un centro sanitario.

Es muy importante no utilizar objetos afilados como unas pinzas para sacar un cuerpo extraño del ojo. No se debe frotar los ojos ni intentar sacar objetos incrustados u alojados en zonas como el iris o la pupila. En este caso, cubrir el ojo y buscar ayuda médica.

10.3.3. En la nariz

Generalmente se da en niños pequeños, que pueden introducirse en la nariz objetos de la más diversa índole: pequeñas piezas de juguete, legumbres, bolitas de collares, etc.

Si el objeto es visible con una buena fuente de iluminación, se debe provocar que el niño expulse el aire con rapidez por la nariz, al tiempo que se mantiene apretada contra el tabique nasal la fosa no obstruida. Si no se logra sacar el objeto, hay que acudir a un centro sanitario.

Es muy importante evitar la manipulación del interior de la nariz con objetos puntiagudos o cortantes, así como introducir agua para hacer salir el cuerpo extraño.

10.3.4. En los oídos

Situación también típica en niños, generalmente producida al hurgarse en su interior con la ayuda de objetos puntiagudos como lápices, bolígrafos, etc.

Se debe observar con una buena fuente de iluminación si el objeto es accesible con la ayuda de unas pinzas, en cuyo caso, se extraerá con cuidado. Si se ha introducido profundamente en el interior del oído, no se debe intentar sacarlo, si no acudir a un hospital o conseguir ayuda especializada.

Es muy importante no utilizar agua, ni intentar extraer el objeto con alfileres o cualquier otro objeto punzante.

■ 11. SECUENCIA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS

El Soporte Vital Básico (SVB) consiste en el seguimiento de una secuencia de acciones:

1. Asegurarse de que tanto uno mismo como la víctima y los demás testigos, están seguros.
2. Comprobar la capacidad de respuesta de la víctima.
 - Zarandearlo por los hombros y preguntar con voz fuerte si se encuentra bien.
3. **Si responde:**
 - Dejarlo en la posición en la que se encuentra.
 - Intentar averiguar lo que le ocurre y buscar ayuda si la necesita.
 - Reevaluarlo regularmente.
3. **Si no responde:**
 - Gritar pidiendo ayuda.
 - Voltear a la víctima sobre su espalda y abrir su vía aérea utilizando la maniobra frente-mentón:
 - Colocar la mano en la frente de la víctima y extender su cabeza hacia atrás, manteniendo el pulgar y el índice libres para tapan la nariz si se requiere ventilación de rescate.
 - Elevar con la punta de los dedos el mentón para abrir la vía aérea.
4. Manteniendo la vía aérea abierta, ver, oír y sentir si existe respiración normal.
 - Ver si existe movimiento torácico.
 - Oír en la boca de la víctima ruidos respiratorios.
 - Sentir el aire espirado en su mejilla.

En los primeros minutos tras la parada cardiaca, la víctima puede tener una respiración precaria o estar haciendo “boqueadas” ruidosas. No deben confundirse con la respiración normal. Ver, oír y sentir durante no más de 10 segundos para determinar si la víctima está respirando normalmente. Si se tiene la más mínima duda de que la respiración sea normal, actuar como si no fuera normal.

5. Si la víctima respira normalmente:

- Voltearla hasta la posición de recuperación.
- Enviar o buscar ayuda o llamar a una ambulancia.
- Comprobar que continúa respirando.

5. Si no respira normalmente:

- Enviar a alguien a por ayuda. De encontrarse solo, dejar a la víctima y alertar al servicio de ambulancias; regresar y comenzar las compresiones torácicas del siguiente modo:
 - Arrodillarse al lado de la víctima.
 - Colocar el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima.
 - Colocar el talón de la otra mano sobre la primera.
 - Entrelazar los dedos y asegurarse de que no aplica la presión sobre las costillas de la víctima.
 - No aplicar ninguna presión sobre la parte superior del abdomen o sobre la parte final del hueso del esternón.
 - Colocarse verticalmente sobre el pecho de la víctima y, con los brazos rectos, comprimir el esternón 4 o 5 centímetros.

- Después de cada compresión, descompresión del tórax sin llegar a perder contacto entre las manos y el esternón; repetirlas a un ritmo de aproximadamente 100 por minuto (algo menos de dos compresiones por segundo).
- El tiempo empleado en la compresión y descompresión debe ser igual.

6. Combinar las compresiones torácicas con ventilaciones de rescate. Después de 30 compresiones, se debe abrir la vía aérea otra vez utilizando la maniobra frente-mentón.

- Pinzar la parte blanda de la nariz, utilizando los dedos índice y pulgar de la mano que se tiene colocada en la frente.
- Permitir que la boca esté abierta, pero manteniendo la elevación del mentón.
- Tomar una inspiración normal y colocar los labios alrededor de la boca de la víctima, asegurándose de que el sello es correcto.
- Insuflar aire en la boca de la víctima mientras se observa que el pecho se eleva con una duración aproximada de un segundo, como en una respiración normal; esto es una respiración de rescate efectiva.
- Mantener la extensión de la cabeza, retirar la boca de la de la víctima y observar el pecho descender, al salir el aire.
- Tomar otra inspiración e insuflar en la boca de la víctima una vez más, para alcanzar un total de dos respiraciones. Entonces, colocar correctamente de nuevo las manos sobre el esternón y dar otras 30 compresiones torácicas.
- Continuar con las compresiones torácicas y ventilaciones de rescate en una relación 30/2.
- Detenerse para reevaluar a la víctima sólo si comienza a respirar normalmente. En caso contrario, no se debe interrumpir la resucitación. Si la ventilación inicial de rescate no provoca que el pecho se eleve, antes del siguiente intento se debe:
 - Comprobar la boca de la víctima y retirar cualquier obstrucción.
 - Comprobar nuevamente que la maniobra frente-mentón es correcta.
 - No intentar más de dos ventilaciones cada vez antes de volver a las compresiones torácicas.
 - Si hay más de un reanimador presente, deben sustituirse cada 1 o 2 minutos para prevenir la fatiga. Procurar que el retraso sea mínimo en el cambio de reanimadores.

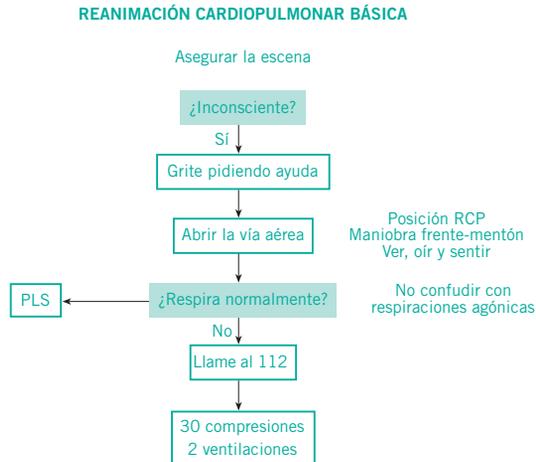
6. La RCP con compresiones únicamente (sin ventilaciones). Pueden usarse como se explica a continuación:

- Si no se puede o se quiere dar ventilación de rescate, administrar las compresiones torácicas únicamente.
- Si únicamente se dan compresiones torácicas, debe hacerse con una frecuencia continua de 100 por minuto.
- Detenerse para reevaluar a la víctima sólo si comienza a respirar normalmente. En caso contrario, no se deben interrumpir las maniobras de resucitación.

7. Continuar la resucitación hasta que:

- Llegue ayuda cualificada.
- La víctima comience a respirar normalmente.
- El socorrista se agote.

12. MEDIDAS ANTE UNA EMERGENCIA-ERC 2005 LEGO RECOMENDACIONES ADULTOS



13. EL BOTIQUÍN

En primeros auxilios, muchas veces será de gran utilidad poder disponer de un botiquín. Su composición puede variar según las circunstancias, pero en general, bastarán los elementos siguientes:

- Gasas estériles (una caja o varios sobres de 4-5 unidades).
- Algodón hidrófilo.
- Agua oxigenada.
- Alcohol.
- Un antiséptico no coloreado (tipo clorhexidina) o coloreado (tipo povidona yodada), preferiblemente.
- Esparadrapo, preferiblemente hipoalérgico.
- Tiritas de varios tamaños.
- Vendas de gasa orillada de varios tamaños.
- Una venda de gasa (de 1 m por 1 m) para improvisar un cabestrillo.
- Analgésicos (paracetamol o ácido acetil salicílico). Alivian el dolor y son eficaces para mitigar la fiebre.
- Una pomada especial para pequeñas quemaduras.
- Una pomada antiinflamatoria para pequeños golpes.
- Una crema antihistamínica, muy útil contra las picaduras.
- Un termómetro.
- Unas tijeras, preferiblemente de puntas redondeadas.
- Unas pinzas pequeñas.

BIBLIOGRAFÍA

Cruz Roja. *Guía de Primeros Auxilios*. Última edición 2002.

Abalado por Cruz Roja. *Manual de Primeros Auxilios*. Editorial Pearson Alambra Educación. 2003.

Abalado por Cruz Roja. *Manual de Primeros Auxilios*. Editorial El País Aguilar. 2003.

Cruz Roja Española. *Servicios Preventivos. Formación básica en Socorros en Cruz Roja Española*.

Cruz Roja Española. *Servicios Preventivos. Socorrismo Acuático*.

www.cruzroja.es (Taller gratuito de primeros auxilios, cursos a distancia de primeros auxilios).