



GUÍA PARA EL ALUMNO

PRIMEROS SOCORROS BÁSICOS CON RCP Y DEA

www.aider.org

ISBN: 978-1-989413-10-4

TÍTULO

PRIMEROS SOCORROS BÁSICOS CON RCP Y DEA
Guía para el alumno
2^{da} edición

AUTORES

Juan Sebastian Vilas, MS, y equipo de colaboradores AIDER

REVISIÓN TÉCNICA

Beltrame, Pablo Alejandro
Abkiewicz, Marina B.
Joaquín Lescarbura

REVISIÓN MÉDICA

Sague, Lucila

REVISIÓN EDITORIAL

Aguado, Gustavo

DISEÑO

Herrendorf, Federico

COMPOSICIÓN

Versión Inédita

RED DE ENTRENAMIENTO:



www.aider.org – info@aider.org

SEDE CENTRAL:

925 Blvd. de Maisonneuve W.,
suite 141 - Montreal, QC, H3A 0A5, Canadá
Tel.: +1.514.549.1661

DIRECTOR INTERNACIONAL:

Juan Sebastian Vilas, MS

Copyright © 2019 AIDER

Todos los derechos reservados. El material puede reproducirse o utilizarse en cualquier forma, medio electrónico o mecánico, incluido el fotocopiado, grabaciones, o cualquier otro sistema de recuperación o almacenamiento, citando como fuente a AIDER (www.aider.org).

Los créditos de las ilustraciones y fotografías aparecen en la página de créditos al final de esta guía.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las declaraciones, comentarios y procedimientos que se expresan en esta guía y curso están basados en la mayoría de las recomendaciones internacionales y actuales de fuentes científicas confiables y responsables, que surgen de la evidencia médica.

AIDER pretende y hace los esfuerzos para que la información en esta guía y curso sea actualizada, y se proporciona como protocolos y recomendaciones en el momento de la publicación.

Sin embargo, debido a que la ciencia médica es cambiante, es responsabilidad del lector y del participante del curso informarse con las nuevas técnicas y procedimientos posteriores al momento de la publicación.

Otras medidas de seguridad pueden requerirse como adicionales en circunstancias particulares y otros requisitos específicos pueden ser solicitados por las autoridades locales de cada país, provincia y/o localidad.

AIDER no puede garantizar fehacientemente que el uso de las técnicas y protocolos establecidos en esta guía prevengan la posibilidad de lesiones personales o la pérdida de vida.

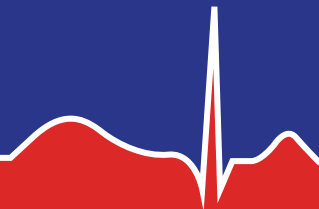
GUÍA PARA EL ALUMNO

PRIMEROS SOCORROS BÁSICOS CON RCP Y DEA



Contenido

| | |
|--|-----------|
| ABREVIATURAS..... | V |
| RECURSOS DIDÁCTICOS DEL MANUAL..... | VIII |
| 1. INTRODUCCIÓN A LOS PRIMEROS SOCORROS..... | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| Urgencias y emergencias | 2 |
| Qué son los primeros socorros..... | 2 |
| Qué son los lugares urbanos..... | 3 |
| La importancia de aprender primeros socorros | 3 |
| El factor tiempo | 4 |
| Los primeros socorros y las leyes | 4 |
| Prácticas preventivas..... | 6 |
| Botiquín de primeros socorros | 8 |
| Resumen del Capítulo 1 | 10 |
| 2. SOCORRER EN UNA EMERGENCIA: LOS PRIMEROS PASOS | 13 |
| Introducción..... | 14 |
| La cadena de atención de víctimas | 14 |
| Resumen del Capítulo 2 | 19 |
| 3. IDENTIFICAR EL PROBLEMA: EVALUACIONES PRIMARIA Y SECUNDARIA..... | 21 |
| Introducción..... | 22 |
| Evaluación primaria | 22 |
| Evaluación secundaria | 27 |
| Resumen del Capítulo 3 | 31 |
| 4. SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO Y DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA | 35 |
| Introducción..... | 36 |
| Paro cardiorrespiratorio y ataque cardíaco | 36 |
| Secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio | 36 |
| Obstrucción de la vía aérea..... | 43 |
| Resumen del Capítulo 4 | 48 |
| 5. DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA | 51 |
| Introducción..... | 52 |
| Funcionamiento del corazón | 52 |
| El desfibrilador externo automático (DEA)..... | 52 |
| Secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio: desfibrilación | 53 |
| Situaciones especiales con un DEA..... | 54 |
| Mantenimiento del DEA..... | 56 |
| Políticas de acceso público | 56 |
| Resumen del Capítulo 5 | 57 |



| | |
|--|------------|
| 6. HEMORRAGIAS | 61 |
| Introducción..... | 62 |
| Vasos sanguíneos | 62 |
| Sangre..... | 63 |
| Tipos de hemorragias | 64 |
| Resumen del Capítulo 6 | 70 |
| 7. LESIONES EN EL TEJIDO BLANDO | 73 |
| Introducción..... | 74 |
| Heridas abiertas..... | 74 |
| Heridas cerradas..... | 76 |
| Lesiones especiales..... | 77 |
| Resumen del Capítulo 7 | 79 |
| 8. QUEMADURAS | 83 |
| Introducción..... | 84 |
| Clasificación de las quemaduras según la causa..... | 84 |
| Clasificación de las quemaduras por su extensión | 84 |
| Clasificación de las quemaduras por la profundidad | 84 |
| Resumen del Capítulo 8 | 88 |
| 9. EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES | 91 |
| Introducción..... | 92 |
| Ataque cardíaco | 92 |
| Angina de pecho o angor pectoris | 93 |
| Muerte súbita | 94 |
| Accidente cerebrovascular | 94 |
| Resumen del Capítulo 9 | 97 |
| 10. DESMAYOS Y ESCALA AVDN | 101 |
| Introducción..... | 102 |
| Desmayos | 102 |
| Escala AVDN | 102 |
| Resumen del Capítulo 10 | 104 |
| BIBLIOGRAFÍA | 106 |
| CRÉDITOS DE IMÁGENES | 108 |



ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| AAS | ácido acetilsalicílico |
| ACV | accidente cerebrovascular |
| AVDN | alerta, responde a estímulos verbales, responde a los estímulos dolorosos, no responde a ningún tipo de estímulos |
| CAFE | compresión, analgésicos, frío, elevación |
| CAV | cadena de atención de víctimas |
| DEA | desfibrilación externa automática |
| DIAS | deformidades, inflamación, heridas abiertas, sensibilidad al tacto |
| ECG | electrocardiograma |
| EPP | equipo de protección personal |
| FV | fibrilación ventricular |
| IAM | infarto agudo de miocardio |
| ITC | International Training Center (centro internacional de entrenamiento) |
| MUESTRA | medicación, última ingesta oral, episodios que llevaron a la lesión o enfermedad, síntomas, trastornos médicos, respuesta al medio, alergias |
| OVA | obstrucción de la vía aérea |
| PCR | paro cardiorrespiratorio |
| PS | primeros socorros |
| RCP | reanimación cardiopulmonar |
| SEM | servicio de emergencias médicas |
| TEC | traumatismo encefalocraneal |
| TV | taquicardia ventricular |



Programa de Socorrismo Urbano de AIDER

El propósito del programa internacional AIDER de Socorrismo Urbano es preparar a los estudiantes en las temáticas relacionadas con los contenidos de la primera atención en las emergencias. De esta manera, educando a la población en estos temas tan importantes, AIDER asume el compromiso de reducir en la sociedad las muertes y lesiones ocasionadas por las enfermedades cardiovasculares, incluido el paro cardiorrespiratorio, otras enfermedades de comienzo súbito y las lesiones traumáticas. El reconocimiento precoz de los signos y síntomas de las enfermedades súbitas, y los pasos a seguir, la actuación en emergencias ante un suceso traumático y las conductas preventivas en general son parte de los conocimientos básicos que una sociedad responsable debería tener.

Los cursos y títulos del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER son:

- Primeros socorros básicos
- Primeros socorros estándares
- Primeros socorros avanzados
- Primeros socorros pediátricos
- RCP
- RCP - Solo compresiones
- DEA - Desfibrilación externa automática

Actualizaciones 2015-2019

Esta guía está actualizada sobre la base de las recomendaciones 2015 del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) que se elaboraron a partir del 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) Science With Treatment Recommendations y el 2015 International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations. Las actualizaciones 2015 se basan en el procedimiento de revisión sistemática del ILCOR en el que participaron 250 revisores de evidencia de 39 países.

Esta guía fue nuevamente revisada en 2019 también por los miembros del Comité de Reanimación Cardiopulmonar y Primeros Socorros Urbanos de AIDER, con el objetivo de elaborar las mejores herramientas para enseñar los procedimientos con las recomendaciones 2015, 2016 (recomendaciones de la Canadian Consensus Guidelines on First Aid and CPR) y 2017 (Bleeding Control de la American College of Surgeons y The Committee on Trauma).

Acerca de las guías y de los cursos del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER

Las guías del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER son de suma utilidad tanto para los ámbitos laborales como para el hogar. Están escritas por miembros de la asociación internacional AIDER, con el apoyo de muchos centros internacionales de entrenamiento (miembros de la red internacional).

Redactada en un lenguaje claro y sencillo, la guía ayuda a los socorristas a tomar decisiones en una emergencia o urgencia médica.

Introducción a los cursos del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER

¡Bienvenidos al mundo de los cuidados de emergencias!

Los cursos del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER brindan información integral sobre los conocimientos básicos necesarios para asistir en una emergencia hasta la llegada de la asistencia médica. Estos cursos fueron diseñados para brindar atención inmediata y adecuada a la víctima de una enfermedad o lesión, en el entorno urbano. Los cursos están diseñados para toda la comunidad y son de vital importancia. Todos los programas de entrenamiento están basados en una fundamentación en anatomía y fisiología, y en las recomendaciones de las sociedades médicas internacionales.

Si usted quiere aprender qué observar y cómo actuar en el caso tanto de lesiones como de problemas médicos, el programa de entrenamiento le brindará las competencias necesarias para salvar una vida.

Las guías del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER incluyen:

- Las recomendaciones para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE) 2015 (basadas en el 2015 International Consensus on CPR and ECC Science With Treatment Recommendations)
- Información actual sobre las lesiones y enfermedades (basada en el 2015 International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations)
- Recomendaciones de la Canadian Consensus Guidelines on First Aid and CPR
- Recomendaciones de la Guía de Bleeding Control de la American College of Surgeons y The Committee on Trauma

Los materiales del curso están disponibles en varios idiomas: español, portugués, inglés y francés.

El propósito del presente material es servir como complemento del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER. Para una correcta implementación de las técnicas a las que hace referencia esta guía, debe referirse a lo cubierto durante las horas de instrucción teórico-práctica de dicho curso. Este material no reemplaza la bibliografía médica actualizada, sino que debe tomarse como complemento.

Esta guía debe utilizarse exclusivamente durante los cursos de los centros de entrenamiento internacionales (ITC) de AIDER.

Prepárese para las emergencias haciendo un curso dentro del programa de Socorrismo Urbano de AIDER en un centro de entrenamiento internacional, ITC, certificado. Usted podrá luego verificar su condición online y actualizarse de forma continua.

Los cursos varían en extensión, según lo avanzado que desee que sea su entrenamiento. Pero cuando llega el momento, el tiempo y el dinero que les haya destinado pueden ser una de las mejores inversiones de su vida.

Durante los cursos se revisarán patologías y se aprenderán técnicas que sirven para atender una emergencia en los lugares urbanos con protocolos específicos.



Las certificaciones del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER

Los cursos están diseñados para brindar a los alumnos información estandarizada y actualizada que les permita adquirir las competencias necesarias para ofrecer al enfermo y al lesionado el cuidado extrahospitalario adecuado en un entorno urbano.

Credenciales y diplomas de finalización de los cursos de AIDER

Los participantes que completan con éxito un curso dictado por un instructor de AIDER son candidatos a recibir una credencial y un diploma de finalización del curso. Las credenciales tienen un tamaño que permite guardarlas en la billetera. Se puede imprimir y entregar al empleador para sus archivos. Las credenciales de finalización de los cursos del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER son válidas durante 2 años; después de este lapso se pueden revalidar con los cursos de renovación, los entrenamientos y las actualizaciones online. El número de credencial le servirá también como referencia ante AIDER y para buscar su estado y realizar actualizaciones en www.aider.org.

Verificar diplomas y credenciales

- Ingrese a www.aider.org
- Haga clic en CERTIFICACIONES.
- Coloque el código de certificado y el apellido en donde corresponda.
- Haga clic en VERIFICAR.
- Para obtener el diploma y/o credencial haga clic en el lugar correspondiente.

Acerca de AIDER

AIDER es una asociación creada para brindar publicaciones y entrenamiento internacional a la comunidad y a los profesionales de la salud y el rescate en más de 50 títulos distribuidos en diversos programas de atención de emergencias, desastres y rescate, en todos los países donde se encuentran los Centros Internacionales de Entrenamiento (International Training Centers - ITC).

Con su casa matriz en Montreal, Canadá, AIDER se dedica a desarrollar programas de educación en Desastres, Emergencias, Rescate y Salud.

La misión es promover el cuidado de la salud a través de la formación de la población en todos los niveles y la certificación de los Centros Internacionales de Entrenamiento (International Training Centers, ITC), miembros de la Red Internacional de Entrenamiento (International Training Network, ITN).

Programas internacionales AIDER:

Los títulos y cursos de AIDER se organizan en diversos programas internacionales de entrenamiento bien diferenciados, los cuales cuentan con sus propios directores, autores y comités de revisión. Los programas de AIDER son:

- Socorrismo urbano
- Socorrismo pediátrico

- Socorrismo en lugares remotos
- Socorrismo acuático
- Socorrismo en mascotas
- Manejo avanzado de las emergencias
- Desastres y catástrofes
- Materiales peligrosos
- Medicina táctica

Fortaleza AIDER: Está dada por la unión de los ITC que permiten a la población acceder a cursos de calidad. Los centros, instructores y alumnos asociados a AIDER tienen acceso a diferentes beneficios según su categoría y sus necesidades.

Certificación AIDER: La certificación AIDER asegura la calidad del curso, de sus instructores y de los contenidos. Todos los centros son rigurosamente seleccionados y supervisados, y los materiales de los entrenamientos son elegidos entre las mejores instituciones internacionales.

Los requerimientos para aprobar el curso son acordes al programa específico; constituyen también una herramienta para el aprendizaje de los alumnos, que podrán evaluar ellos mismos si han adquirido los conocimientos básicos de cada entrenamiento. La excelencia en la calidad del entrenamiento es un sello distintivo de AIDER.

Los invitamos a formar parte e integrarse a la Red Internacional de Entrenamiento (International Training Network) en www.aider.org. En nuestra página web usted podrá verificar su condición al finalizar el curso y mantenerse actualizado con los programas de seguimiento online.

Administración general de los cursos de AIDER

En un curso de AIDER intervienen:

- Centros Internacionales de Entrenamiento (ITC: International Training Centers)
- Instructores de los ITC
- Participantes que toman el curso

Los ITC son los responsables de dictar los cursos de AIDER a través de sus instructores, que cumplen con sus políticas y procedimientos para asegurar una experiencia de aprendizaje exitosa a todos los participantes. Este curso es llevado a cabo por un centro internacional de entrenamiento, cuyo estado usted podrá ver en www.aider.org.

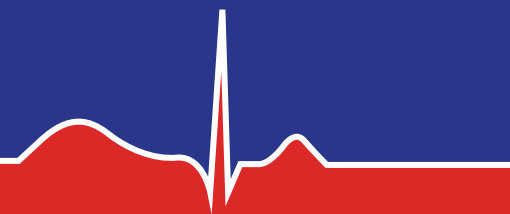
Política de uso de Logos de AIDER:

Para publicidad puede utilizar el logo de AIDER.

El logo de AIDER no puede ser utilizado en ningún diploma y/o credencial que no sea oficial de AIDER.

Modificación y uso del contenido audiovisual de AIDER:

Los materiales audiovisuales de AIDER y los manuales no pueden ser modificados bajo ningún concepto.



RECURSOS DIDÁCTICOS DEL MANUAL



Listado de temas
Enumera los principales temas desarrollados en cada capítulo.



Prevención
Brinda medidas de prevención.

Atención
Destacan lo que el socorrista debe hacer o no hacer en el momento de socorrer a la víctima.





PRIMEROS SOCORROS ESTÁNDARES CON RCP Y DEA

15 CÓMO QUITAR LOS GUANTES

Quitar los guantes sin tocarse ni contaminarse, tanto al momento de quitarlos, como al momento de tirarlos al contenedor de desechos que está en el interior de los guantes o del mismo.

Tome un guante por su extremo posterior, así garantizará su máxima protección, evitando tocarlo de parte externa.

Para evitar cualquier contaminación y asegurarse de no estar expuesto:

- Coloque otro dedo de la mano libre por dentro de la mano enguantada sosteniendo contacto con los dedos de la parte interna del guante.
- Alcanse hasta el dedo y tire de él hacia abajo, como si fuera un segundo guante sobre que se encuentra la mano y así contacta con la mano.
- Desamarse los guantes en un recipiente para residuos peligrosos y en una bolsa roja.

Datos de interés
Ofrecen información adicional importante.

Cómo reconocer
Indican las acciones que permiten identificar el tipo de emergencia.

PRIMEROS SOCORROS ESTÁNDARES CON RCP Y DEA

16 INTRODUCCIÓN

Las emergencias cardiovasculares incluyen el ataque cardíaco, la angina de pecho, el síndrome coronario agudo y la hipertensión. Muchas de ellas se pueden prevenir con un estilo de vida saludable.

ATAQUE CARDIACO

Se denomina ataque cardíaco o infarto agudo de miocardio (IAM) a la muerte de una parte del músculo cardíaco por falta o reducción del suministro de sangre y, por consiguiente, de oxígeno y nutrientes (Figura 6.1).

¿SE PUEDE EVITAR EL ATAQUE CARDIACO? ¿CÓMO? ¿CÓMO RECONOCER UN ATAQUE CARDIACO?

• Presión arterial alta en el pecho que dura más de una minuto o que va y viene.
• Dolor que se inicia a las horas, al despertar o la noche, o a la hora del despertar y a las horas más tempranas al inicio del día.
• Náuseas, vómitos, sudoración, náuseas.
• Dificultad para respirar o falta de aire.
• En el caso de las mujeres, muchas veces no presentan los signos clásicos del ataque cardíaco. Solo el 20% de las mujeres informadas manifestaron dolor en el pecho. En su lugar sintieron:
• Fatiga extrema.
• Dolor abdominal.
• Falta de aire.

PRIMEROS SOCORROS ESTÁNDARES CON RCP Y DEA

17 QUEMADURAS

CÓMO ACTUAR ANTE LAS QUEMADURAS POR CALOR (quemadura)

Quemaduras de segundo grado (pequeñas o 10% de superficie corporal):

- Quite los artículos y la ropa que no está adherida a la piel.
- Enfría la lesión: sumerja o cubra con agua corriente fría o potable fresca, lo antes posible, durante 20 minutos por lo menos.
- Si aparece de alguna herida o quemadura superficial para quemaduras serias, puede ser necesario aplicar un apósito estéril para cubrir la herida.
- Cubra la quemadura con un apósito estéril, no adherente y húmedo, así evitará que se dañen las heridas. En el caso de ampollas abiertas, trate como una herida.
- Nunca desmenuzarse.

Quemaduras de segundo grado extensas (10% de superficie corporal):

- Quite los artículos y la ropa que no está adherida a la piel.
- Enfría la lesión: cubra o cubra con agua corriente fría o potable fresca, lo antes posible, durante 20 minutos por lo menos.
- Si aparece de alguna herida o quemadura superficial para quemaduras serias, puede ser necesario aplicar un apósito estéril para cubrir la herida.
- Cubra la quemadura con un apósito estéril, no adherente y húmedo, así evitará que se dañen las heridas. En el caso de ampollas abiertas, trate como una herida.
- Si la quemadura es muy extensa (más del 20% de superficie corporal quemada) puede estar acompañada de shock por la deshidratación.
- En caso de shock se debe actuar así porque puede existir de hipotensión.
- Llame al SCS.

Quemaduras de tercer grado:

- Quemaduras con el SCS.
- Quite los artículos y la ropa que no está adherida a la piel.
- Alente al shock.
- Cubra la quemadura con algo seco no adherente y estéril.

Cómo actuar
Indican las acciones dirigidas a resolver la emergencia.

Destacado
Da prominencia a conceptos significativos.

PRIMEROS SOCORROS ESTÁNDARES CON RCP Y DEA

18 INTRODUCCIÓN

Una falta de irrigación en todas las regiones del cuerpo. Esto se conoce como estado de shock. El shock es un estado por el cual se experimenta una falta de irrigación en todas las regiones del cuerpo. Esto se conoce como estado de shock. El shock es un estado por el cual se experimenta una falta de irrigación en todas las regiones del cuerpo.

SHOCK

El shock es un problema médico grave caracterizado por la falta de irrigación en todas las regiones del cuerpo debido a lesiones o enfermedades. Este estado del tipo de irrigación es una emergencia médica que amenaza la vida de la persona si no se corrige pronto de forma generalizada. La causa del shock es la falta de algún componente del sistema circulatorio, que se compone de tres partes: vasos sanguíneos, el corazón y la fuerza del sistema, que impulsa la sangre a través de los vasos sanguíneos a todo el cuerpo. Los vasos sanguíneos que conducen la sangre a los órganos y la sangre que retorna al corazón se denominan vasos sanguíneos. Este tipo de shock puede ser causado por una lesión o enfermedad que afecta a una o más de estas partes.

¿CÓMO RECONOCER UN ESTADO DE SHOCK?

- Alteración del estado de conciencia (confusión, mareos, ansiedad, agitación) y en los casos más graves, pérdida total de la conciencia.
- Aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Palidez, frío y pegajoso.
- En algunos, náuseas o vómitos.



PRIMEROS SOCORROS BÁSICOS CON RCP Y DEA

REGLA MNEMOTÉCNICA DIAS

D Defensas
I Infección
A Heridas Abiertas
S Sensibilidad al tacto

Registre los cambios y la atención brindada a la víctima y luego informe al SEM.

Resumir que la evaluación secundaria debe ser sistemática y en donde se detecten lesiones o problemas médicos críticos que si no se actúan un primer socorro adecuado pueden poner en riesgo la vida de la víctima.

ANÁLISIS EJEMPLOS

Si la víctima ha sufrido súbitamente el primer paso en la evaluación secundaria será el sistema MUESTRAS (ver el capítulo 10) ya que este algoritmo ayuda a identificar qué enfermedades o problemas médicos de la persona son relevantes para un primer socorro.

Esta regla mnemotécnica le ayudará a registrar información para utilizar información que le sea útil para atender correctamente a la víctima y otros fundamentos para el análisis en caso de que la víctima presente el conocimiento luego. Esta información se podrá consultar a la víctima, a los familiares, amigos o compañeros de trabajo.

Regla mnemotécnica
Ofrecen un método para recordar secuencias de acciones o listados de elementos ante determinadas situaciones.

Resumen
Ofrece una síntesis del texto de cada capítulo.

PRIMEROS SOCORROS ESTÁNDARES CON RCP Y DEA

RESUMEN DEL CAPÍTULO 1

Los primeros socorros y las leyes

Verificar sus leyes o regulaciones vigentes en cada lugar.

Leere del buen voluntario (límite) informado o las responsabilidades presentes.

Dejar de socorro. Cuando lo requiere el equipo o la responsabilidad presente.

Consentimiento implícito o explícito. Siempre se debe contar con el consentimiento de la víctima. Si la víctima no puede responder, se debe considerar como que acepta la ayuda.

Atención de personas. Conciencia al que atiende a un ser humano en estado de necesidad.

Reglas

- Evite ser dañado por usted y por los otros. • Se actúa de forma correcta.
- Se cuidan más lesiones o daños.
- Se evita cuando las circunstancias exceden el nivel de capacitación.

Resumen de primeros socorros

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluación primaria 2. Atención de las vías aéreas 3. Atención de la circulación sanguínea 4. Atención de la respiración 5. Atención de la conciencia 6. Atención de la temperatura 7. Atención de la herida 8. Atención de la exposición 9. Atención de la protección 10. Atención de la estabilización 11. Atención de la movilización 12. Atención de la documentación | <ul style="list-style-type: none"> 1. Atención de la víctima 2. Atención de la víctima 3. Atención de la víctima 4. Atención de la víctima 5. Atención de la víctima 6. Atención de la víctima 7. Atención de la víctima 8. Atención de la víctima 9. Atención de la víctima 10. Atención de la víctima 11. Atención de la víctima 12. Atención de la víctima |
|---|---|

PRIMEROS SOCORROS ESTÁNDARES CON RCP Y DEA

RECORDO DE LA EMERGENCIA

INTRODUCCIÓN

"Emergencia" significa prestar asistencia a otra persona que se lesiona o enferma súbitamente para cuidar su vida y su salud, y evitar el sufrimiento hasta la llegada de la atención médica profesional. La persona que presencia la emergencia es un actor vital ante el SEM y la víctima. La atención de la víctima es efectiva solo si se sigue un protocolo y sistemático lo cual le permite que atiende la emergencia o un primer socorro con el entrenamiento que se proporciona.

Los hechos, las graves consecuencias para socorro a alguien en una emergencia, así que los primeros socorros son técnicas vitales que puede aprender toda la comunidad.

LA CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

Las consecuencias de la víctima de lesiones pueden resultar si se comienza con las medidas básicas para mantener en el momento exacto en que ocurre el hecho, en caso de que se presente un problema en el caso de una emergencia, la cadena de atención de víctimas (CADA) de AIDER (siglas en "Inglés": Cadena de Atención de Atención) a continuación. Cada socorrido o estado de atención se toma acción para ayudar al sistema las acciones de supervivencia de la víctima.

LA CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

1. Evaluación de la escena
2. Evaluación secundaria
3. Evaluación terciaria

MANEJO BÁSICO DE LAS EMERGENCIAS CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Algoritmo
Presenta una guía de acciones ante situaciones específicas, con opciones.



SOCORROS VS. AUXILIOS

El término *socorro* según la Real Academia Española

El término *socorrer* proviene del latín “succurrere”, que en castellano significa “ayudar, favorecer en un peligro o necesidad”; la acción y efecto de socorrer es el *socorro*. Los primeros socorros, de hecho, son las primeras acciones de ayuda ante un peligro o necesidad.

La especificidad del verbo *socorrer*

La importancia de utilizar el verbo *socorrer* es que implica una especificidad en la acción de ayudar: es ayudar a alguien que se encuentra en peligro o necesidad. A diferencia del término *auxiliar*, que es inespecífico y se encuentra definido simplemente como “ayudar”.

La utilización del término *primeros socorros* en otros idiomas latinos

En francés *premiers secours*, en portugués *primeiros*

socorros y en italiano *pronto soccorso*, todos hacen referencia a las primeras acciones que deben utilizarse cuando alguien está en una situación de peligro o necesidad.

El reemplazo de *primeros auxilios* por *primeros socorros*

El término *primeros auxilios* es una traducción literal del inglés “first aid”, que hoy está aceptada en varios países. Haciendo un trabajo de revisión lingüístico, el término *primeros auxilios* no especifica que se está brindando asistencia a alguien en situación de peligro o necesidad. Sin embargo, el término *primeros socorros* sí estaría dando ese significado.

Esto ocurre también con el término *socorrista*, que es mucho más ilustrativo que *auxiliador*. Por todo lo explicado, utilizamos los siguientes términos:

- Socorrista (en reemplazo definitivo de *auxiliador*).
- Socorrer (en reemplazo definitivo de *auxiliar*).
- Primeros socorros (en reemplazo definitivo de *primeros auxilios*).
- Socorro (en reemplazo definitivo de *auxilio*).



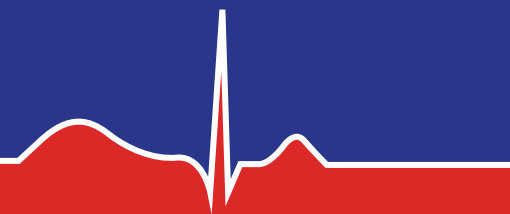




1

INTRODUCCIÓN A LOS PRIMEROS SOCORROS

- Introducción
- Urgencias y emergencias
- Qué son los primeros socorros
- Qué son los lugares urbanos
- La importancia de aprender primeros socorros
- El factor tiempo
- Los primeros socorros y las leyes
- Prácticas preventivas
- Resumen



INTRODUCCIÓN

Los primeros socorros son responsabilidad de todos los miembros de una sociedad. El lema de una sociedad responsable es ayudar desinteresadamente al prójimo y los actores de una comunidad deberían tener una actitud emprendedora hacia las prácticas preventivas de situaciones de emergencia, al mismo tiempo que desarrollan las competencias para hacer frente a ellas.



“Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas: *Todos los seres humanos... deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*”

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Tanto las urgencias como las emergencias son situaciones que requieren asistencia sanitaria inmediata, se presentan de forma repentina, y pueden poner en riesgo la función de un órgano o la vida de la víctima.

| EMERGENCIAS | URGENCIAS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> La vida de la víctima corre peligro inmediato | <ul style="list-style-type: none"> La vida de la víctima NO corre peligro inmediato, pero puede transformarse en emergencia |
| <ul style="list-style-type: none"> El sistema de emergencias médicas (SEM) se debe activar de inmediato | <ul style="list-style-type: none"> Hay más tiempo para actuar porque el peligro no es tan inminente |

QUÉ SON LOS PRIMEROS SOCORROS

Los primeros socorros son los cuidados inmediatos que se brindan a una persona que resulta herida o enferma súbitamente. Ante una situación de emergencia, los primeros socorros apuntan siempre a reducir al mínimo el impacto del acontecimiento sobre el estado de salud de la víctima. **En ningún caso reemplazan la atención médica si esta es necesaria (Figura 1.1).**

Los primeros socorros, bien aplicados, hacen **la diferencia entre una recuperación rápida y una internación prolongada** (como en el caso de una herida mal tratada que, aunque podría ser de recuperación rápida, se infectara y requiriera una internación prolongada) o **entre una discapacidad temporal y una permanente** (como la que se podría generar si se incitara a una víctima con una lesión de columna a moverse y así se dañara aun más la médula espinal).

Pero, en los casos más graves, los primeros socorros podrán hacer la diferencia **entre la vida y la muerte** de la víctima (saber reanimar a alguien que no respira, saber detener una hemorragia profusa, saber identificar los indicios de una enfermedad cardiovascular son ejemplos de esto). ¡Aprendiendo primeros socorros usted hace la diferencia!

Los primeros socorros no solo implican “hacer algo por los otros”, sino que incluyen los cuidados que una persona se puede aplicar a sí misma. Tenga en cuenta que todo lo que aprenderá para el cuidado de los otros también es útil y lo podrá aplicar en usted. La regla número uno en los primeros socorros es no causar daño y la regla número dos es evitar que el daño existente se agrave. Estas reglas son importantes porque muchas veces en el primer socorro se podría



1. INTRODUCCIÓN A LOS PRIMEROS SOCORROS

provocar una lesión nueva o agravar una ya existente al realizar acciones inapropiadas.

LA REGLA NÚMERO UNO EN LOS PRIMEROS SOCORROS ES NO CAUSAR DAÑO Y LA REGLA NÚMERO DOS ES EVITAR QUE EL DAÑO EXISTENTE SE AGRAVE.

QUÉ SON LOS LUGARES URBANOS

Los lugares urbanos son cualquier punto geográfico ubicado a menos de 1 hora de un centro de atención definitiva u hospital. La importancia de aprender primeros socorros en lugares urbanos radica en que allí es más probable que una persona se vea envuelta en situaciones donde deba aplicarlos para otras personas e incluso para ella misma.

LA IMPORTANCIA DE APRENDER PRIMEROS SOCORROS

La importancia de aprender primeros socorros radica en que muchas personas se verán alguna vez en situaciones en las que necesitarán utilizarlos, ya sea para otros o, incluso, para sí mismas. Esto se debe a que la mayoría de los accidentes, lesiones o enfermedades súbitas ocurren en lugares donde inicialmente la asistencia médica no está presente. Uno de los conceptos importantes que usted deberá aprender como socorrista es el denominado “**factor tiempo**” en los primeros socorros, ya que deberá diferenciar cuáles son las lesiones y enfermedades que pueden esperar al SEM local y cuáles necesitarán de su intervención inmediata.



Figura 1.1. Socorristas prestando primeros socorros. Uno de ellos está activando el SEM, o sea, llamando al número local de emergencias médicas



Generalmente la demora en la utilización de los primeros socorros no implica un peligro inminente para la víctima, pero en algunas ocasiones, como por ejemplo cuando alguien deja de respirar, puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, y usted tendrá que actuar.

EL FACTOR TIEMPO

Situaciones como un atragantamiento, una electrocución, un paro cardiorrespiratorio o una hemorragia grave ponen en peligro la vida de una persona en el corto plazo. Usted puede aumentar al máximo las probabilidades de que la persona sobreviva si actúa con rapidez y comienza con el **manejo básico de la emergencia** en el momento exacto en que se produce. Lo primero es iniciar lo que AIDER denomina la **Cadena de Atención de Víctimas (CAV)** (véase “La cadena de atención de víctimas” en el Capítulo 2). Es indispensable que esta secuencia de acciones no se rompa en ninguno de sus eslabones, ya que, de ser así, de poco serviría la llegada a tiempo de la atención médica especializada. En el caso de un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, por ejemplo, los fármacos nuevos disponibles solo son eficaces si se administran dentro de las primeras horas luego de la aparición de los síntomas. Por este motivo, usted debe llamar al **Servicio de Emergencias Médicas (SEM)** tan pronto como reconozca signos o síntomas de una emergencia.

RECONOCER UNA SITUACIÓN QUE REQUIERE ATENCIÓN Y ACTUAR SIN DEMORAS PUEDE SER LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE.

LOS PRIMEROS SOCORROS Y LAS LEYES

Algunas personas no quieren involucrarse en situaciones de emergencia por miedo a ser demandadas. Sin embargo, en realidad, esto ocurre pocas veces cuando dan los primeros socorros.

Es importante que averigüe cuáles son las leyes locales que regulan esta actividad en su país. Las principales en el mundo son las **Leyes del Buen Samaritano**, que brindan inmunidad a los socorristas, y el **Deber de Socorro**, que se aplica en algunos contextos laborales.

Sepa que en lugares urbanos, una vez que inicia la atención, deberá continuarla hasta que llegue la ayuda, o bien usted esté demasiado exhausto para seguir o corra peligro.

LA CAPACITACIÓN COMO PROTECCIÓN LEGAL

La premisa básica es no hacer daño. Entréñese en los estándares de atención que exige su trabajo e intente superarlos capacitándose constantemente. La **capacitación constante** es la mejor manera de evitar cometer errores que lleven a una demanda por negligencia, que puede ser entendida como una falla al brindar atención de igual calidad a la estándar, exceder los límites de su entrenamiento o realizar un daño.

El entrenamiento en los protocolos locales e internacionales para el cuidado de emergencias en lugares urbanos es fundamental. Conozca las normas y estatutos locales, y si existe jurisprudencia.



1. INTRODUCCIÓN A LOS PRIMEROS SOCORROS

LEY DEL BUEN SAMARITANO

Las leyes del buen samaritano otorgan **protección legal a los socorristas** que asisten a víctimas heridas o que han enfermado súbitamente. Fueron implementadas para animar a la asistencia y eliminar el temor a sufrir una demanda por lesiones no intencionales. En Canadá, como en muchos otros países, la doctrina del buen samaritano es un principio jurídico para preservar de una demanda judicial a todos los socorristas que asisten voluntariamente a una víctima. Las leyes del buen samaritano varían en los diferentes países, y lo mismo ocurre con sus interacciones con otras leyes y principios como el consentimiento, la patria potestad y el derecho que las víctimas tienen a rechazar el tratamiento.

Para que un acto esté respaldado por dicha ley, la persona debe haber actuado:

- De manera voluntaria.
- En una emergencia (tratamiento que no haya sido programado, ni previsto).
- De buena fe.
- Sin recibir compensación monetaria por la atención.

DEBER DE ACTUAR

El deber de actuar es cuando, por ley, se exige que una persona preste los primeros socorros en determinadas situaciones:

- Cuando su empleo lo requiere.
- Cuando hay una responsabilidad preexistente, es decir, cuando existe una relación preexistente con las víctimas que la hacen responsable de ellas. Por ejemplo, un padre tiene una responsabilidad con sus hijos y un

conductor de un medio de transporte, con sus pasajeros (**Figura 1.2**).

CONSENTIMIENTO

La víctima debe aceptar los primeros socorros, es decir, dar su consentimiento a la persona que va a prestárselos, que puede ser:

Explícito. Si es un adulto consciente, puede dar su consentimiento verbalmente o moviendo la cabeza ante nuestra presentación: “Mi nombre es X y cuento con conocimientos de primeros socorros. ¿Me permite ayudarlo?”

Implícito. En caso de que la víctima sea un adulto y se encuentre inconsciente o sea mentalmente incompetente, el consentimiento está implícito, es decir, se considera que la víctima quiere ser ayudada. Lo mismo ocurre si se trata de un menor de edad que no se encuentra acompañado de un adulto responsable (padre/madre o tutor), esté o no consciente.



Figura 1.2. Los guardavidas tienen el deber de actuar en casos de emergencia, como los oficiales de policía, los docentes y los entrenadores deportivos, entre otros

ABANDONO

El abandono de persona suele estar legislado en varios países. Como concepto general implica una sanción al que **abandona a un ser humano en estado de necesidad**. Las sanciones se agravan cuando el causante del estado de necesidad fue el que también hace el abandono de la víctima. Es importante que una vez que inicia la atención, no la suspenda. Para evitar el abandono, en la mayoría de los países se exige llamar al SEM y esperar a que llegue el personal de la salud. Consulte con su instructor de curso las leyes vigentes para su país, provincia o región.

NEGLIGENCIA

Se considera negligencia cuando la víctima sufre daños o lesiones producto de una mala atención del socorrista, en comparación con una persona con capacitación semejante en una situación similar.

Se considera que hay negligencia en las siguientes situaciones:

- Tener el deber de actuar y no hacerlo, o hacerlo de forma incorrecta.
- Causar más lesiones o daños.
- Cuando el socorrista actúa excediendo el nivel de capacitación obtenido.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En cada capítulo de este curso usted verá las principales prácticas preventivas para evitar que suceda el hecho y no tener que usar los primeros socorros (**Figura 1.3**). Lo ideal sería que todo lo aprendido en este curso no lo tenga que aplicar.

Los **accidentes** son eventos indeseados que dan lugar a muerte, enfermedad, lesión, daño u otra pérdida, según la definición de las especificaciones internacionales sobre la salud y la seguridad en el trabajo OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Assessment Series).



Figura 1.3. Como medida preventiva, los recipientes con sustancias calientes se deben dejar fuera del alcance de los niños y los tomacorriente deben estar tapados



1. INTRODUCCIÓN A LOS PRIMEROS SOCORROS



Recuerde que los accidentes no ocurren por casualidad, sino por prácticas inseguras, procedimientos inadecuados, desviaciones en las normas de trabajo, falta de una actitud preventiva, negligencia o imprudencia, y pueden provocar lesiones o enfermedades a la víctima. Se ha demostrado la participación humana en el 70-95% de los casos, es decir, que esas situaciones se podrían haber prevenido.

Recuerde que siempre es mejor prevenir que curar, y que la educación es una de las mejores prácticas preventivas. Está demostrado que la mayoría de las lesiones son predecibles y prevenibles; es importante tener siempre una actitud y un estilo de vida seguro.





BOTIQUÍN DE PRIMEROS SOCORROS

El botiquín de primeros socorros es un elemento necesario para los socorristas. En general puede ser una caja rígida o en otras ocasiones tratarse de un morral de tela transportable. Debe estar en el lugar de trabajo, en el automóvil, en el hogar o con usted si se encuentra de viaje.



1. INTRODUCCIÓN A LOS PRIMEROS SOCORROS

ELEMENTOS ÚTILES EN EL BOTIQUÍN

- **TIJERA CON PUNTA ROMA (REDONDEADA)**
Para retirar la ropa con facilidad o cortar vendajes.
- **TERMÓMETRO**
Para tomar la temperatura corporal.
- **BAJALENGUAS**
Para mirar la parte posterior de la boca y como inmovilizadores de los dedos de las manos.
- **PINZA LARGA**
Para sujetar las gasas y así impedir que se ensucien.
- **LINTERNA**
Para poder ver los elementos del botiquín incluso sin luz de día, por lo que es útil que esté en un lugar de fácil acceso, y para facilitar la visibilidad en sitios oscuros y revisar el estado de pupilas.
- **ALFILERES DE GANCHO**
Para sostener las vendas y otras inmovilizaciones.
- **BOLÍGRAFO Y ANOTADOR**
Para anotar la información de la víctima y sus cambios.
- **MANTA DE SUPERVIVENCIA**
Para abrigar a alguien que está con hipotermia; también se conoce como manta térmica.
- **BOLSA CON CIERRE HERMÉTICO**
Para los residuos y otras aplicaciones.
- **TORNIQUETE COMERCIAL**
Para hemorragias profusas en las extremidades.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Para aislarlo de las sustancias y los fluidos corporales de la víctima, y así proteger a ambos de posibles enfermedades. Se conocen también como elementos de bioseguridad.

- **GUANTES DESCARTABLES**
Como barrera protectora cuando se examina a una víctima o se detiene una hemorragia. Son de diferentes materiales (látex, vinilo o nitrilo).
- **ANTIPARRAS**
Pueden improvisarse con anteojos de sol, y sirven para proteger los ojos de salpicaduras de sangre o vómito.
- **MÁSCARA DE RCP**
Para aislarse de los fluidos de la víctima a la hora de dar ventilaciones de rescate.

ELEMENTOS DE HIGIENE

- **JABÓN NEUTRO**
Para limpiar las heridas provocadas por mordeduras de animales.
- **SOLUCIÓN FISIOLÓGICA**
Para limpiar heridas y quemaduras.

ELEMENTOS DE CURACIÓN

- **GASAS ESTÉRILES**
Para limpiar heridas y cubrirlas.
- **VENDAS**
Para sujetar las gasas e inmovilizar en caso de fracturas o lesiones en las articulaciones.
- **TIRAS Y APÓSITOS ADHESIVOS**
Para cubrir heridas pequeñas.
- **TELA ADHESIVA**
Para fijar los apósitos o gasas.
- **APÓSITOS HEMOSTÁTICOS**
Para controlar las hemorragias graves que no se controlan por presión directa.

MEDICAMENTOS

En los botiquines de uso hogareño es posible que usted tenga algunos medicamentos como antihistamínicos, ungüentos y otros. Tenga en cuenta que, de acuerdo con su profesión y las regulaciones locales, pueden existir restricciones para el uso de estos artículos.

Medicamentos útiles para tener en el botiquín que no requieren prescripción médica

- **ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (aspirina)**
Para adultos que sufren molestias en el tórax que podrían estar relacionadas con problemas cardiovasculares (se debe evitar en niños y personas alérgicas).
- **GLUCOSA ORAL**
Para emergencias diabéticas (se puede reemplazar por azúcar).
- **ANTIISTAMÍNICOS (antialérgicos)**
Para las reacciones alérgicas menores.
- **AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA (ADRENALINA)**
Para las reacciones alérgicas graves (shock anafiláctico).

Medicamentos útiles para tener en el botiquín que requieren prescripción médica

- **INHALADOR Y AEROCÁMARA CON SALBUTAMOL**
Para el asma.
- **NITROGLICERINA**
Para los dolores de pecho de origen cardíaco.



RESUMEN DEL CAPÍTULO 1

Los primeros socorros y las leyes

Verificar qué leyes o reglamentaciones rigen en cada lugar.

Leyes del buen samaritano: Brindan inmunidad a los socorristas.

Deber de socorro: Cuando lo requiere el empleo o hay una responsabilidad preexistente.

Consentimiento (explícito o implícito): Siempre se debe contar con el consentimiento de la víctima. Si la víctima no puede responder, se debe interpretar que acepta la ayuda.

Abandono de persona: Sanciona al que abandona a un ser humano en estado de necesidad.

Negligencia:

- Existe el deber de actuar y no se actúa, o se actúa de forma incorrecta.
- Se causan más lesiones o daños.
- Cuando el socorrista actúa excediendo el nivel de capacitación obtenido.

Botiquín de primeros socorros

ELEMENTOS ÚTILES

- tijera con punta roma (tijera de trauma)
- termómetro
- bajalenguas
- pinza larga
- linterna
- alfileres de gancho
- bolígrafo y anotador
- manta de supervivencia
- bolsas con cierre hermético
- torniquete comercial

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- guantes descartables
- antiparras

ELEMENTOS DE HIGIENE

- jabón neutro

- solución fisiológica

ELEMENTOS DE CURACIÓN

- gasas estériles
- vendas
- tiras y apósitos adhesivos
- tela adhesiva
- apósitos hemostáticos

MEDICAMENTOS

Que NO requieren prescripción médica

- aspirina
- glucosa oral
- antihistamínicos
- autoinyector de epinefrina (adrenalina)

Que requieren prescripción médica

- inhalador y aerocámara con salbutamol
- nitroglicerina



1. INTRODUCCIÓN A LOS PRIMEROS SOCORROS





2

SOCORRER EN UNA EMERGENCIA: LOS PRIMEROS PASOS

- Introducción
- La cadena de atención de víctimas
- Resumen

INTRODUCCIÓN

“Socorrer” significa **prestar asistencia** a una víctima que se lesiona o enferma súbitamente para cuidar su vida y su salud, y aliviar el sufrimiento hasta la llegada de la atención médica definitiva. La persona que presencia la emergencia es un nexo vital entre el SEM y la víctima. **La atención de la víctima es efectiva solo si se inicia de inmediato** e idealmente lo inicia la persona que presencia la emergencia o los primeros socorristas con entrenamiento que se presenten.

No hacen falta grandes conocimientos para socorrer a alguien en una emergencia, ya que los primeros socorros son técnicas sencillas que puede aprender toda la comunidad.

LA CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

Las probabilidades de la víctima de sobrevivir mejoran mucho si se comienza con las maniobras básicas para socorrerla en el momento exacto en que ocurre el hecho, es decir, si se inicia la secuencia de acciones en el caso de una emergencia: la **Cadena de Atención de Víctimas (CAV)** de AIDER (véase el “Algoritmo: Cadena de Atención de Víctimas” a continuación). Cada secuencia o eslabón deberá iniciarse lo antes posible para aumentar al máximo las posibilidades de supervivencia de la víctima.

LAS PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA DE LA VÍCTIMA AUMENTAN CONSIDERABLEMENTE SI USTED ACTÚA CON RAPIDEZ PARA INICIAR LA CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS (CAV).

La CAV consta de tres eslabones fundamentales (Figura 2.1):

1. **Evaluación de la escena.** Antes del contacto con la víctima se evalúa:
 - Seguridad de la escena
 - Mecanismo de daño
 - Número de víctimas
 - Impresión general
2. **Evaluación primaria.** Se evalúan los problemas que ponen en riesgo inmediato la vida de la víctima, es decir, se verifica:
 - Estado de la conciencia (si la víctima responde)
 - Respiración
 - Hemorragias profusas (severas)
3. **Evaluación secundaria.** Se evalúa el resto de las lesiones y enfermedades súbitas, es decir:
 - Anamnesis MUESTRA
 - Examen físico DIAS



Figura 2.1. Cadena de Atención de Víctimas (CAV)

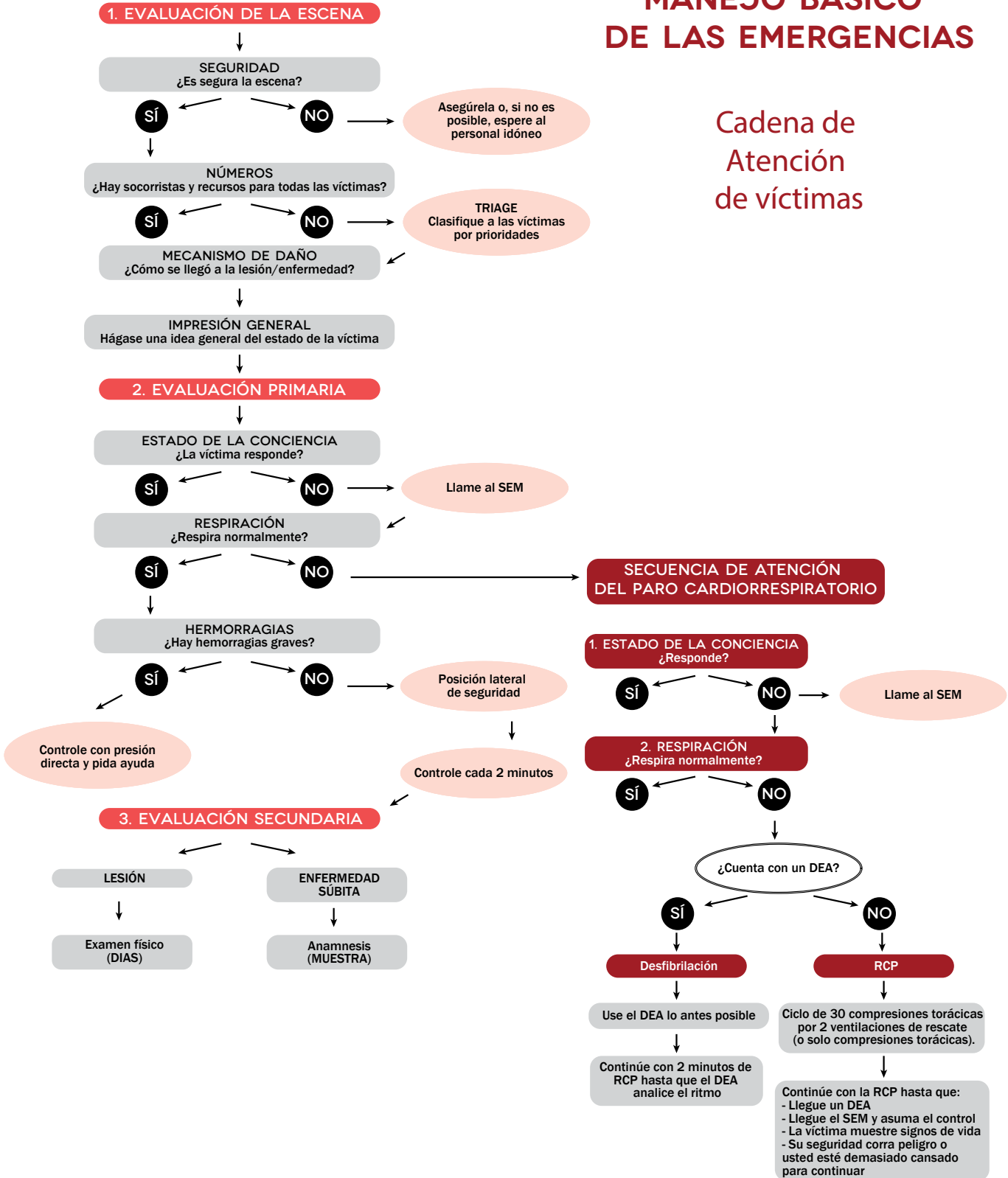
A continuación nos ocuparemos de la evaluación de la escena y de las medidas que se deben tomar antes de pasar a la evaluación primaria. Las evaluaciones primaria y secundaria se describen en detalle en el Capítulo 3.



2. SOCORRER EN UNA EMERGENCIA

MANEJO BÁSICO DE LAS EMERGENCIAS

Cadena de Atención de víctimas



EVALUACIÓN DE LA ESCENA

ANTES DE ACTUAR, EVALÚE LA ESCENA
DE LA EMERGENCIA.

¡DETÉNGASE Y PIENSE! ¡PROTÉJASE!
LA SEGURIDAD ES SIEMPRE LA PRIORIDAD.

En la escena de una emergencia hay cuatro elementos para evaluar:

1. Seguridad de la escena

Es importante que considere tanto su seguridad personal, así como también la seguridad de los testigos circunstanciales que puedan estar en la escena, y la seguridad de la víctima, es decir, pregúntese si puede existir **algún tipo de peligro en el lugar (incendio, sospecha de escape de algún gas como monóxido de carbono, animales sueltos, peligro de derrumbe, etc.)**. Cuidar su seguridad es lo que le permitirá atender correctamente a la víctima.

Los socorristas deben comprender los riesgos que conlleva atender a una víctima; si toman **precauciones universales** tanto antes de intervenir en una emergencia como durante las intervenciones, pueden protegerse y reducir al mínimo los riesgos de contraer enfermedades transmitidas por vía sanguínea (hepatitis y VIH/SIDA) y a través del aire (influenza, tuberculosis). Al protegerse, disminuirá al mínimo los riesgos para usted y la víctima.

Las **medidas de protección o precauciones universales** incluyen:

Antes de la emergencia:

- Vacunarse contra la hepatitis B y contra el tétanos.

Durante la emergencia:

- Lavarse las manos con agua y jabón (antes de socorrer en lo posible y después, siempre).

- Usar **Equipo de Protección Personal (EPP) o elementos de bioseguridad** para evitar el contacto con fluidos corporales: guantes para examen médico (véase el recuadro “Cómo quitarse los guantes”), protectores oculares, mascarilla y dispositivos boca-barrera para la ventilación boca-boca (**Figura 2.2**). Si no posee guantes, puede utilizar una bolsa plástica como barrera.
- Evitar lastimarse con elementos que están cerca de la víctima.
- Cuidar la higiene del lugar y de los elementos que utiliza.

2. Número de víctimas

Determine:

- El número de víctimas.
- Si hubiera más víctimas que socorristas, el orden de prioridades para su atención (triage: clasificación). Tenga en cuenta que las personas inconscientes y que no responden a su voz tendrán prioridad frente a las que sí le responden.
- ¡Recuerde que siempre puede haber más víctimas!

3. Mecanismo de daño

Determine:

- Qué sucedió.
- Si se trata de una lesión o una enfermedad.
- Cuáles fueron las causas de la lesión o enfermedad de la víctima.
- La gravedad de la situación.

4. Impresión general

Es la idea que el socorrista se hace de cuán grave está la víctima antes de entrar en contacto con ella y efectuar la evaluación primaria. Para



2. SOCORRER EN UNA EMERGENCIA



Figura 2.2. Socorrista con equipo de protección personal (guantes y protectores oculares)

ello basta con mirarla y escucharla teniendo en cuenta tres aspectos: **respiración, circulación y aspecto general**.

- *Respiración:* ¿Puedo ver a la distancia si la víctima respira? ¿Lo hace con dificultad?
- *Circulación:* La coloración de la piel a la distancia muchas veces puede dar una impresión de cómo está el sistema circulatorio. La palidez puede estar indicándonos una mala oxigenación en la periferia del cuerpo.
- *Aspecto general:* Es la parte más importante de la impresión general, ya que refleja el estado del sistema nervioso central, que está directamente relacionado con los niveles de oxigenación (**Figura 2.3**).



Figura 2.3. Aspecto general



CÓMO QUITARSE LOS GANTES



Quitarse los guantes es una tarea rutinaria, pero debemos respetar la técnica para evitar el contacto de nuestra piel con los fluidos de la víctima y/o sustancias peligrosas.

- Tome un guante por su extremo posterior, en pinza con la mano contraria, siempre tocando la parte externa.
- Tire hasta quitarlo totalmente y envolverlo en la mano enguantada.
- Coloque dos dedos de la mano libre por dentro de la mano enguantada teniendo contacto solo con la piel y la parte interna del guante.
- Arrastre hasta quitar y envolver los dos guantes; la cara interna del segundo guante debe quedar expuesta al exterior y en contacto con la mano.
- Deseche los guantes en un recipiente para residuos patológicos o en una bolsa roja.



RESUMEN DEL CAPÍTULO 2

CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

- Escena
- Evaluación primaria
- Evaluación secundaria

Antes de dar asistencia:

¿Escena segura?

- Se debe proteger uno mismo, a los testigos circunstanciales y a la/s víctima/s de cualquier peligro en la escena.
- Se debe proteger contra las enfermedades transmitidas a través de:
 - Vía sanguínea: hepatitis y VIH/SIDA.
 - Aire: enfermedades respiratorias.

Medidas de protección.

Antes de la emergencia:

- Vacuna contra la hepatitis B y contra el tétanos.

Durante la emergencia:

- Lavado de manos.
- EPP: guantes para examen médico, protectores oculares, mascarilla y dispositivos boca-barrera.

¿Lesión o enfermedad?

¿Número de víctimas?

¿Impresión general?





3

IDENTIFICAR EL PROBLEMA: EVALUACIONES PRIMARIA Y SECUNDARIA

- Introducción
- Evaluación primaria
- Evaluación secundaria
- Resumen

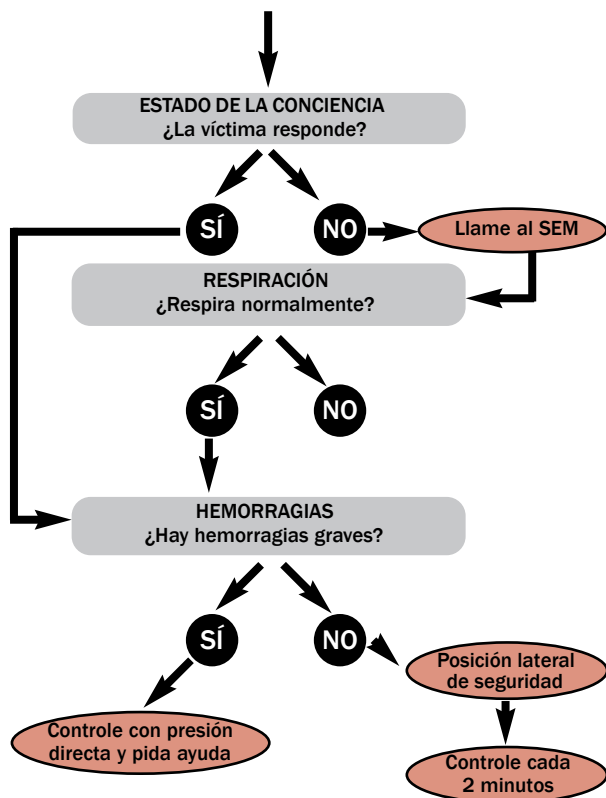
INTRODUCCIÓN

¡Recuerde que la escena es la prioridad! Antes de proveer asistencia pregúntese: ¿La escena es segura?, ¿Qué número de víctimas hay en el lugar?, ¿Se trata de una lesión o enfermedad?

Si la escena es segura, entonces es necesario identificar los problemas de una víctima que se lesiona o enferma súbitamente para determinar qué tipo de socorro necesita. En el capítulo anterior vimos el primer eslabón de la CAV, la evaluación de la escena. En este capítulo nos ocuparemos del segundo y tercer eslabones: las evaluaciones primaria y secundaria.

EVALUACIÓN PRIMARIA

2. EVALUACIÓN PRIMARIA



La **evaluación primaria** (o examen inicial) permite detectar los problemas que ponen en peligro la vida de la víctima en los primeros minutos de la emergencia. Son los primeros aspectos que usted deberá controlar y, de ser necesario, tratar. Los problemas que puede encontrarse en la evaluación primaria son prioritarios y no pueden esperar, deberán ser tratados en el momento. Durante los primeros 5 segundos, mientras se acerca a la víctima, tendrá que concentrarse en su aspecto, si está inmóvil o se mueve con signos de dolor tomándose alguna parte del cuerpo y, una vez que entra en contacto con ella, intentar indagar si lo que padece es una lesión o enfermedad.

ESTADO DE LA CONCIENCIA

- Determine si la víctima está consciente. Diríjase a ella por el nombre, si la conoce, y, si no, pregúntele: ¿Señor/a me escucha? ¿Está usted bien?
- Háblele en voz bien alta para que lo oiga, mientras realiza presión con sus pulgares en los hombros de la víctima (Figuras 3.1 y 3.2).
- En el caso de un lactante, llámelo por su nombre, pellízquele la planta de los pies y sóplele en la cara para evaluar si está consciente (Figuras 3.3 y 3.4).
- Si la **víctima está consciente**, pídale permiso para ayudarla explicándole quién es usted, que está ahí para brindarle asistencia y qué grado de entrenamiento tiene en primeros socorros.
- Si la **víctima está inconsciente** o no puede responderle a causa de su enfermedad o lesión, usted puede actuar por *consentimiento implícito* (tiene el permiso de la víctima para socorrerla).



3. IDENTIFICAR EL PROBLEMA

Si aún no llamó al SEM, hágalo; una víctima que no responde es motivo suficiente para comunicarse con el SEM (Figura 3.5).

- **Comunicarse con el SEM** es un paso importante que muchas veces se imple-

menta de manera incorrecta, ya sea porque se demora mucho en llamar o porque se deja de lado al SEM y el mismo socorrista traslada a la víctima a un hospital. Averigüe el número local de emergencias



Figura 3.1. Acérquese a la víctima y hablele en voz alta



Figura 3.2. Hable a la víctima y realice presión en sus hombros



Figura 3.3. Bebé: Pellízquelo en la planta de los pies

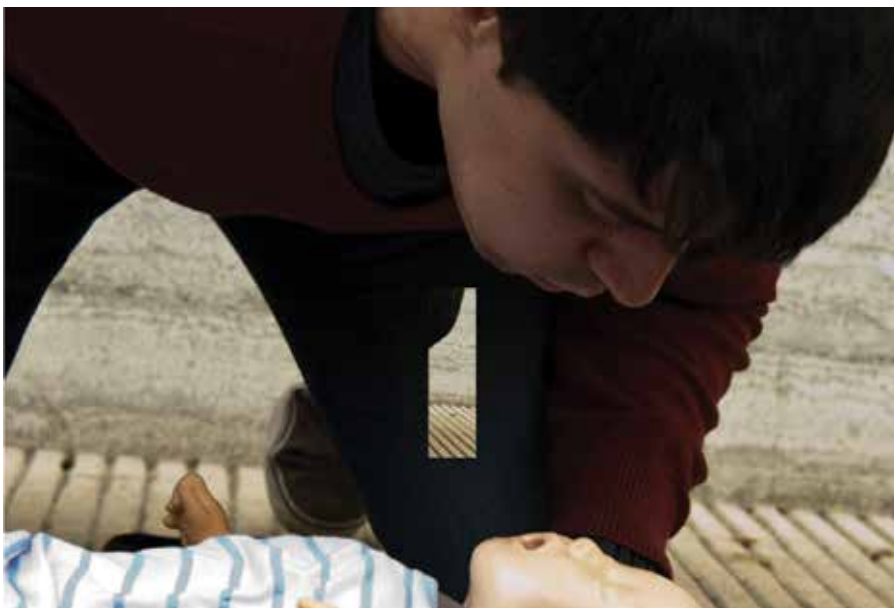


Figura 3.4. Bebé: Sóplele en la cara

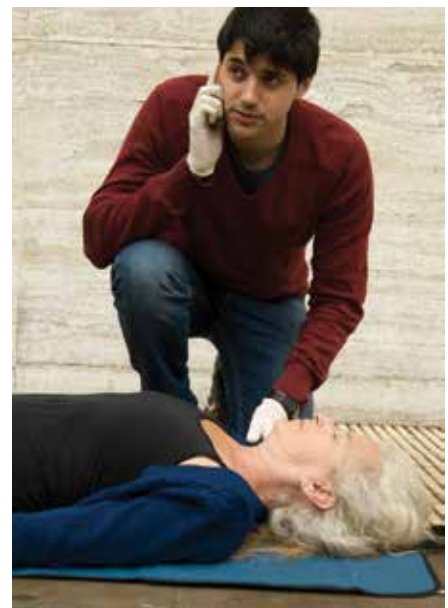


Figura 3.5. Llame al SEM

médicas en su país o región (en muchos países se utiliza el 9-1-1) y téngalo a la mano o colóquelo cerca de los teléfonos (véase el recuadro). Los números de emergencias médicas generalmente son cortos y fáciles de aprender. La tendencia es unificar todas las emergencias y urgencias en un solo número. Acostúmbrese a referirse al número por sus unidades (nueve - uno - uno), ya que esto hará que sea más fácil de recordar para los niños que aprenden a contar e identificar los números hasta el nueve.

- **Use el teléfono celular si**, en el momento de la emergencia, está solo y lleva un teléfono celular consigo. En ese caso puede llamar al SEM colocando el teléfono cerca

suyo y en altavoz, mientras comienza con la evaluación de la víctima (**Figura 3.6**).

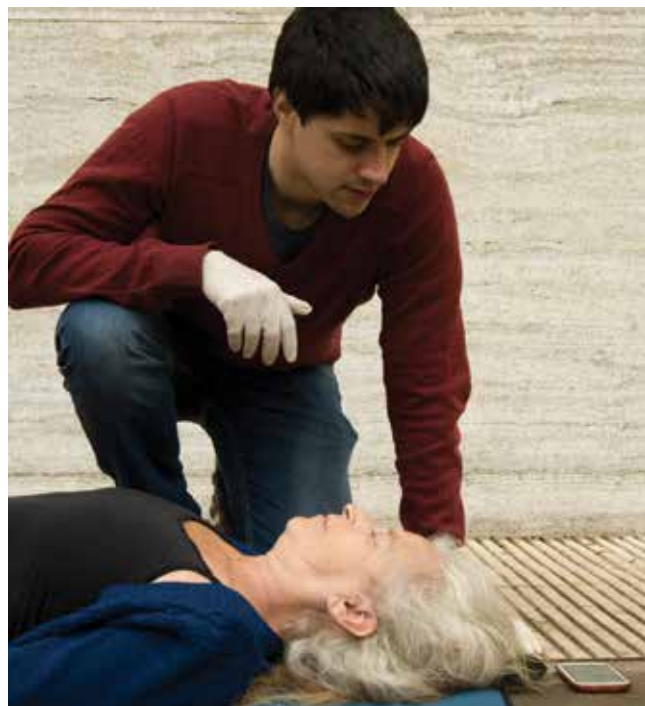


Figura 3.6. Llame al SEM desde su teléfono celular y apóyelo cerca



EJEMPLOS DE NÚMEROS DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN VARIOS PAÍSES

| | | |
|--|----------------|-----------|
| | Argentina | 911 y 107 |
| | Brasil | 192 |
| | Bolivia | 118 |
| | Canadá | 911 |
| | Chile | 131 |
| | Colombia | 123 |
| | Costa Rica | 911 |
| | Estados Unidos | 911 |
| | México | 066 |
| | Perú | 116 |
| | Unión Europea | 112 |
| | Uruguay | 105 |



INFORMACIÓN QUE SOLICITARÁ EL OPERADOR TELEFÓNICO DEL SEM

- Su nombre y número telefónico
- La localización de la víctima: identifique la dirección donde se encuentra la víctima, indicando calle y otros puntos de referencia, y precise el lugar exacto (oficina, baño, etc.)
- Qué sucedió (caída, quemadura, dolor en el pecho de aparición súbita, etc.)
- Número de víctimas
- Estado y circunstancias especiales de la víctima (inconsciente, sangrando abundantemente, etc.)

No cuelgue hasta que el operador le indique, posiblemente le dé indicaciones sobre cómo socorrer a la víctima.

3. IDENTIFICAR EL PROBLEMA

RESPIRACIÓN

- A continuación, mire el pecho y la cara de la víctima para detectar si respira normalmente o si hay sonidos anormales (la respiración anormal es una respiración agónica o solo un jadeo, en ambos casos inefectiva y equivalente a la ausencia de la respiración). Esto no debe llevarle más de 5 a 10 segundos (**Figura 3.7**).



Figura 3.7. Mire el pecho de la víctima

- Si la víctima **no responde (está inconsciente) pero respira con normalidad**, recuerde que deberá controlarla cada 1 minuto ya que puede empeorar. En este caso colóquela en **posición lateral de seguridad (PLS)**, quéde-se cerca de ella y controle la respiración frecuentemente. Nunca deje sola a una víctima inconsciente.
- Si la víctima **no respira**, asuma que está en paro cardiorrespiratorio (véase la *secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio en el Capítulo 4*).

HEMORRAGIAS

- Busque sangrados y signos de shock (como palidez, sudoración profusa y piel fría) (véase el *capítulo 9 “Shock”*).
- Examine rápidamente a la persona de la cabeza a los pies.
- Las hemorragias profusas (severas) deben controlarse lo antes posible.

POSICIÓN DE LA VÍCTIMA HASTA LA LLEGADA DEL SEM

Una vez que se controlaron el estado de conciencia, la respiración y las hemorragias:

- Si la víctima está inconsciente pero respira normalmente, y no sospecha una lesión de columna o cráneo, colóquela en **PLS** (véase *recuadro*). De esta manera, las secreciones o el vómito drenan hacia afuera de la boca y no obstruyen la vía aérea, así como tampoco la lengua.
- Si sospecha un traumatismo (golpe o daño) en la columna o el cráneo, deje a la víctima como la encontró, salvo que el lugar no sea seguro o que la vía aérea quede obstruida en esa posición. En ese caso muévala lo estrictamente necesario como para llevarla a un lugar seguro o abra la vía aérea. Si está consciente, intente que no se mueva (véase el *capítulo 11 “Lesiones de columna y cabeza”*).
- Si sospecha lesión de columna o cabeza, si la víctima vomita o tiene secreciones que hacen que la respiración sea imposible, la prioridad es la respiración, por lo tanto colóquela en PLS moviendo el cuerpo, la cabeza y el cuello como una unidad, dentro de lo posible.
- Aísle a la persona del suelo con algo para que no pierda calor (por ejemplo una manta)



POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)

1. Arrodílese al lado de la víctima y asegúrese de que ambas piernas estén extendidas.



2. Coloque el brazo de la víctima más próximo al rescatador en ángulo recto al cuerpo de la víctima y con la palma de la mano hacia arriba.



3. Cruce el tórax de la víctima con el brazo más alejado. Con la otra mano, tome la pierna más alejada por encima de la rodilla y levántela apoyando el pie en el suelo.



4. Tome a la víctima del hombro y la rodilla flexionada, y tráigala hacia usted suavemente.



5. Hágalo de tal modo que la cabeza descance sobre el brazo extendido.



6. Una vez que la persona está de costado, flexione ambas piernas, de modo que tanto la cadera como la rodilla queden en ángulo recto, para estabilizar el cuerpo. Si es necesario, ajuste la mano bajo su mejilla para mantener la cabeza inclinada y la vía aérea abierta.





3. IDENTIFICAR EL PROBLEMA

(Figura 3.8). En general, deberá preocuparse de que la víctima no pierda **temperatura**, pero en algunas ocasiones deberá enfriar a la persona, como en los días de mucho calor.



Figura 3.8. Aisla a la víctima del suelo

La evaluación secundaria consta de un examen físico (DIAS) y una anamnesis o interrogatorio clínico (MUESTRA).

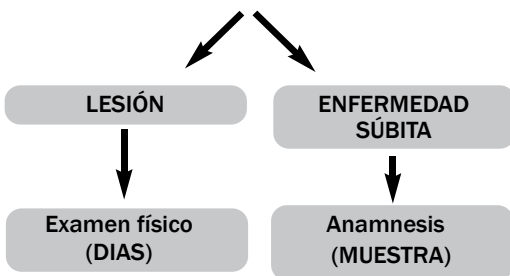
- Si la víctima está consciente, podrá indicarle qué problemas tiene y orientar si sufre una lesión o una enfermedad súbita.
- Si la víctima está inconsciente, usted podrá buscar información preguntando a sus familiares o amigos o a los testigos que hayan visto la situación de emergencia.

EXAMEN FÍSICO

- Si la **víctima se ha lesionado**, la evaluación secundaria comenzará con el examen físico, ya que este apunta a identificar las lesiones que se produjeron en el accidente.
- Realice un rápido examen físico y, si es posible, anote todo lo que encuentre en una hoja o una planilla que puede guardar en su botiquín y haga una lista de problemas desde el más grave hasta el más leve; de esta manera podrá establecer un **orden de prioridades**.
- El examen físico se realiza desde la cabeza hasta los pies y debe ser lo más detallado posible (Figuras 3.9, 3.10, 3.11, 3.12, 3.13 y 3.14). Puede usar la regla mnemotécnica DIAS (véase recuadro) dado que lo ayudará a recordar fácilmente qué buscar al momento del examen físico.
- Como primera medida, intente identificar signos y síntomas. Los **signos** son los datos objetivos, lo que usted pueda ver, sentir o escuchar (por ejemplo, vómitos, deformidades, palidez, etc.) y los **síntomas** son los datos subjetivos, lo que la víctima siente y puede describir (por ejemplo, dolor de cabeza, náuseas, frío, etc.).
- Busque brazaletes y medallas de alerta médica (Figuras 3.15 A y B): muchas veces

EVALUACIÓN SECUNDARIA

3. EVALUACIÓN SECUNDARIA



Si la evaluación primaria no tiene complicaciones, usted se puede dedicar a la evaluación secundaria; de lo contrario, deberá tratar inmediatamente los problemas relacionados con la evaluación primaria, ya que no pueden esperar.

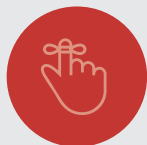


Figuras 3.9, 3.10, 3.11, 3.12, 3.13 y 3.14. Examen físico de la cabeza a los pies

la víctima enferma puede tener información en ellas sobre sus alergias, medicación y enfermedades.

- Controle la condición de la víctima al menos cada 1 minuto, repitiendo la evaluación primaria y teniendo en cuenta que la persona puede empeorar.

3. IDENTIFICAR EL PROBLEMA



REGLA MNEMOTÉCNICA DIAS

- D** Deformidades
- I** Inflamación
- A** Heridas **A**biertas
- S** Sensibilidad al tacto

- Registre los cambios y la atención brindada a la víctima y luego informe al SEM.
- Recuerde que la evaluación secundaria tiene pasos ordenados y se realiza para descubrir lesiones o problemas médicos críticos que, si no reciben un primer socorro adecuado, pueden poner en riesgo la vida de la víctima.

LA EVALUACIÓN SECUNDARIA SE REALIZA PARA DESCUBRIR LESIONES O PROBLEMAS MÉDICOS CRÍTICOS.

ANAMNESIS MUESTRA

- Si la *víctima ha enfermado súbitamente*, el primer paso en la evaluación secundaria será la **anamnesis MUESTRA** (véase recuadro), ya que este interrogatorio apunta a identificar qué enfermedades o problemas médicos de la persona son relevantes para un primer socorro.
- Esta regla mnemotécnica le recuerda qué preguntas formular para obtener información que le sea útil para atender correctamente a la víctima y datos fundamentales para el médico en caso de que la víctima pierda el conocimiento luego. Esta información se podrá solicitar a la víctima, o a los familiares, amigos o compañeros de trabajo.



Figuras 3.15 A. Brazalete B. Medalla de alerta médica

M Medicación: ¿Está tomando medicación?, ¿la tomó?, ¿en qué dosis y frecuencia la tiene que tomar?, ¿tiene medicación para la crisis? (si la tiene consigo, ayúdela a ingerirla).

U Última ingesta oral: ¿Qué fue lo último que comió o tomó?, ¿hace cuánto tiempo? (recuerde preguntar, si es necesario, por la ingesta de drogas o alcohol).

E Eventos que llevaron a la lesión o enfermedad: Pida a la persona que le relate los hechos que llevaron a la lesión o enfermedad lo más detalladamente posible; intente verificar si la persona perdió el conocimiento en algún momento del episodio.

S Signos y síntomas: ¿Qué le duele?, ¿dónde le duele?, ¿cómo es el dolor?, ¿hace cuánto tiempo le viene doliendo?, ¿es un dolor constante o intermitente?

T Trastornos médicos (historial médico): ¿Esto le pasa frecuentemente?, ¿tiene alguna enfermedad física? (recuerde preguntar por asma, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y convulsiones).

R Respuesta al medio: ¿Cómo responde la víctima al cuestionario y al medio? Durante el cuestionario tendrá la oportunidad de evaluar en mayor detalle la orientación y velocidad de respuesta.

A Alergias: ¿Tiene alergias? y, si tiene, ¿cómo es la reacción ante la sustancia a la que presenta alergia?



REGLA MNEMOTÉCNICA MUESTRA

- M** Medicación
- U** Última ingesta
- E** Eventos que llevaron al cuadro actual
- S** Signos y síntomas
- T** Trastornos médicos (historial médico)
- R** Respuestas al medio
- A** Alergias



RESUMEN DEL CAPÍTULO 3

EVALUACIÓN PRIMARIA

Evaluación de los problemas que ponen en riesgo la vida de la víctima.

¿La víctima responde?

- Presione los hombros de la víctima y hablele en voz alta; en caso de que la víctima sea un bebé, llámelo por su nombre, pellizque las plantas de los pies y sóplele la cara.
- **Si NO responde, llame al SEM.**

¿Respira normalmente?

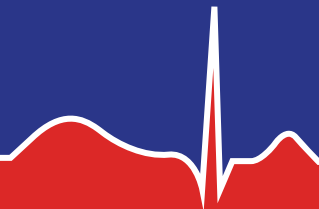
- Controle la respiración.
- Mire el pecho.
- ¿Sonidos anormales?
- **Si NO responde y/o NO respira, y no llamó al SEM, hágalo.** Si la víctima no responde y no respira, afirmaremos que se encuentra en paro cardiorrespiratorio.

¿Hay hemorragias graves?

- Controle las hemorragias.

Posición de la víctima:

- No responde y respira normalmente: posición lateral de seguridad (PLS), salvo que sospeche una lesión de columna o cráneo (en ese caso, déjela como la encontró, salvo que el lugar no sea seguro o que la vía aérea esté obstruida por vómitos o secreciones).
- Con vómitos o secreciones: víctima de costado (PLS).



EVALUACIÓN SECUNDARIA

Evaluación del resto de las lesiones y enfermedades.

- **Examen físico:** en caso de lesión, **DIAS**

D Deformidades
I Inflamación o hinchazón
A Heridas **A**biertas
S Sensibilidad

- Anamnesis **MUESTRA:** en caso de una enfermedad súbita

M Medicación
U Última ingesta oral
E Eventos que llevaron a la lesión o enfermedad
S Signos y Síntomas
T Trastornos médicos (historial médico)
R Respuesta al medio
A Alergias

- Verifique si hay **brazales y/o medallas** que indiquen:
 - Alergias
 - Medicación
 - Enfermedades
- Controle la condición de la víctima al menos cada 1 minuto.
- Registre los cambios y la atención brindada a la víctima, y luego informe al SEM.



3. IDENTIFICAR EL PROBLEMA





4

SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO Y DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

- Introducción
- Paro cardiorrespiratorio y ataque cardíaco
- Secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio
- Obstrucción de la vía aérea
- Resumen

INTRODUCCIÓN

El paro cardiorrespiratorio es una de las principales causas de muerte en el mundo. Las probabilidades de supervivencia fuera del hospital son mínimas, y disminuyen a cada minuto que pasa sin la atención adecuada. Es fundamental el inicio de la Reanimación CardioPulmonar (RCP) temprana siguiendo los pasos de la secuencia de paro propuesta por AIDER, basada en los protocolos internacionales revisados y actualizados.

Dentro de los primeros socorros, es prioritario comenzar lo antes posible con la RCP, que consiste en efectuar compresiones torácicas rápidas y fuertes, que permiten movilizar la sangre al corazón, al cerebro y a los pulmones, y hacer ingresar aire en los pulmones mediante las ventilaciones de rescate.

PARO CARDIORRESPIRATORIO Y ATAQUE CARDÍACO

Los sistemas circulatorio y respiratorio son los encargados de llevar el oxígeno de los pulmones a la sangre. El corazón bombea la sangre oxigenada desde los pulmones a todas las células del cuerpo. La sangre sin oxígeno es bombeada desde los órganos a los pulmones para oxigenarse nuevamente.

Cuando se produce un **paro cardiorrespiratorio**, ambas funciones se detienen: el corazón deja de latir y de movilizar la sangre, y el sistema respiratorio deja de oxigenarla. Por lo tanto, las células del cuerpo dejan de recibir oxígeno y empiezan a morir.

El **ataque cardíaco** es diferente al paro cardiorrespiratorio, el primero puede ser causa del otro o pueden presentarse independientemente.

El ataque cardíaco sobreviene cuando parte del músculo cardíaco muere (*infarto agudo de miocardio*, IAM). El **paro cardiorrespiratorio** se produce cuando el corazón deja de latir y se evidencia por la ausencia de respuesta y de la respiración.

Las **causas** del paro cardiorrespiratorio son:

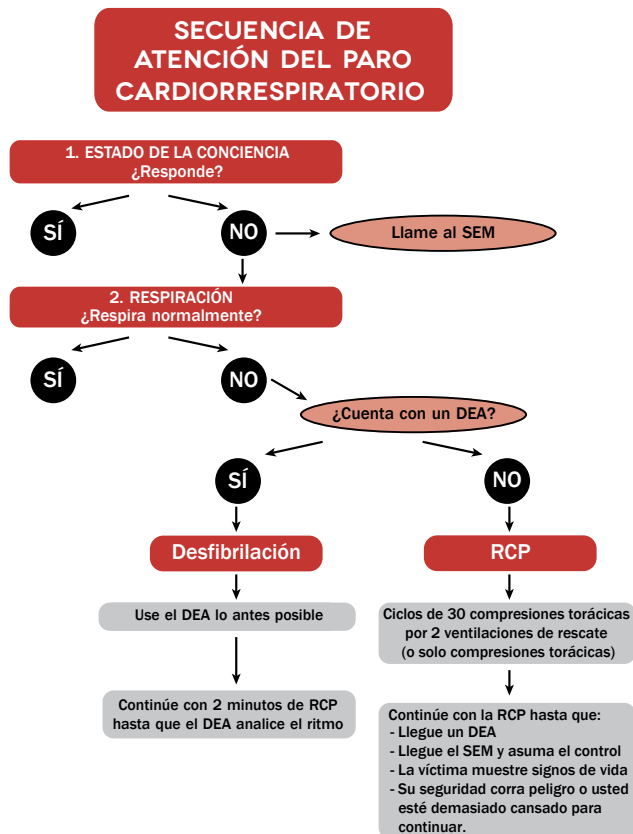
- Traumatismos
- Ataque cardíaco
- Electrocuci3n
- Asfixias y ahogamientos
- Intoxicaciones o envenenamientos
- Reacciones alérgicas graves
- Hemorragias severas
- Problemas médicos
- Hipotermia/hipertermia

Los signos y síntomas del ataque cardíaco y su tratamiento se describen en el Capítulo 7.

SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO

Cuando se reconoce un posible paro cardiorrespiratorio, es decir, se evalúa a la víctima en la evaluación primaria (*véase el Capítulo 3*) y se determina que no responde y no respira, se aplica la **secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio**. Esta secuencia es una serie de 5 pasos que apunta a reducir al máximo la mortalidad en estos casos (acceso rápido a la víctima y activación del SEM, RCP de calidad, desfibrilación, atención avanzada y cuidados posteriores al paro). **Cuanto antes comience cada paso, mayores serán las posibilidades de supervivencia de la víctima.**

4. SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO



1. ACCESO RÁPIDO A LA VÍCTIMA Y ACTIVACIÓN DEL SEM

- Si la persona está **inconsciente**, verifique si responde (apriétele los hombros y hablele en voz alta).



- Si **NO** responde, llame al SEM (Figura 4.1 A y B).
- Ahora verifique si respira (si eleva y desciende el pecho). Esta acción no debe durar más de 10 segundos.
- Si **respira**, colóquela en PLS (véase recuadro).
- Si **NO** respira, inicie la RCP de inmediato.
- Si está solo con la persona que no responde y no respira, y no puede pedirle ayuda a nadie, pero cuenta con un teléfono celular, llame al SEM y coloque el aparato en altavoz, para poder iniciar al mismo tiempo la RCP (véase “RCP” a continuación), hasta que llegue el SEM con el Desfibrilador Externo Automático (DEA).
- Si hay otras personas, pídale que llamen al SEM y traigan un DEA, y usted inicie la RCP.
- Si está solo con un **ADULTO** que no responde y no respira, y no cuenta con un teléfono celular ni ayuda de otros, vaya a llamar al número local de emergencias médicas. Cuando vuelva, administre RCP.
- Si está solo con un **BEBÉ O NIÑO** que no responde y no respira, y no cuenta con un teléfono celular ni ayuda de otros, realice RCP durante 2 minutos y luego vaya a llamar al número local de emergencias médicas. Al regresar, siga con las maniobras de RCP.



Figura 4.1 A. Verifique si la víctima responde y si respira B. Si no responde, llame al SEM o, si hay otras personas, delegue esta tarea

2. RCP DE CALIDAD

La **RCP** es una técnica sencilla de fácil aprendizaje que consiste en enviar sangre oxigenada al corazón y cerebro a través de **compresiones torácicas externas** y **ventilaciones de rescate**. El objetivo de la RCP es hacer que la sangre siga circulando y, de esta manera, mantener viva a la persona con maniobras de reanimación externas. Así, se retrasa el daño causado por la falta de oxígeno y nutrientes hasta la llegada del DEA o del SEM.

- *Efectúe compresiones torácicas.* Una vez que verificó que la víctima no responde y no respira, o que no respira normalmente (tiene respiración agónica o solo jadea), arrodílese al lado del pecho y prepárese para iniciar compresiones torácicas..
 - Utilice 2 manos para adultos, 1 o 2 manos para niños y 2 dedos para bebés (**Figuras 4.2, 4.3 y 4.4**).

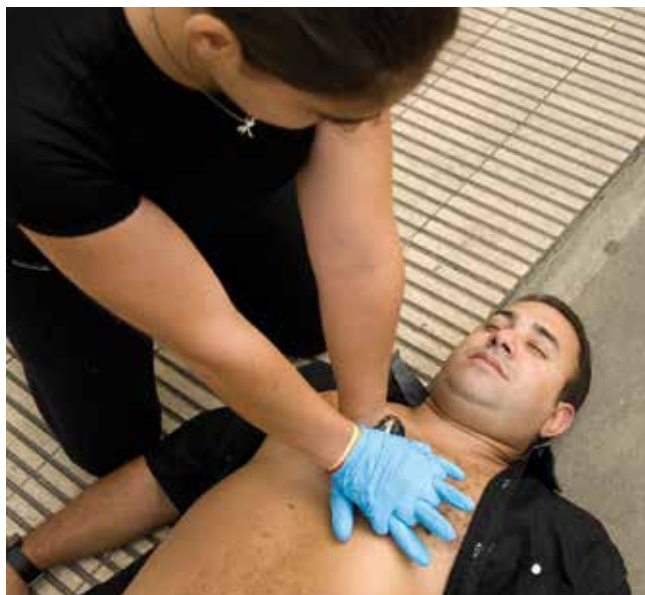


Figura 4.2. Adulto: manos en el centro del tórax (mitad inferior del esternón)



Figura 4.3. Niño: manos en el centro del pecho (mitad inferior del esternón)



Figura 4.4. Bebé: dos dedos paralelos al esternón justo en el centro del pecho, debajo de la línea imaginaria que une las tetillas

- En adultos y niños ubique sus manos entrelazadas en el centro del pecho (mitad inferior del esternón) (**Figuras 4.2 y 4.3**). En bebés ubique dos dedos paralelos al esternón justo en el centro del pecho, por debajo de la línea imaginaria que une las tetillas (**Figura 4.5**).
- Inclínese hacia adelante con sus brazos extendidos y sus manos entrelazadas. Es importante que no flexione los codos (**Figuras 4.6 y 4.7**).
- En todos los casos (adultos, niños y bebés), administre 30 compresiones a un ritmo de al menos 100 y un máximo de 120 compresiones por minuto.



4. SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO



Figura 4.5. Bebé: las compresiones se efectúan con dos dedos

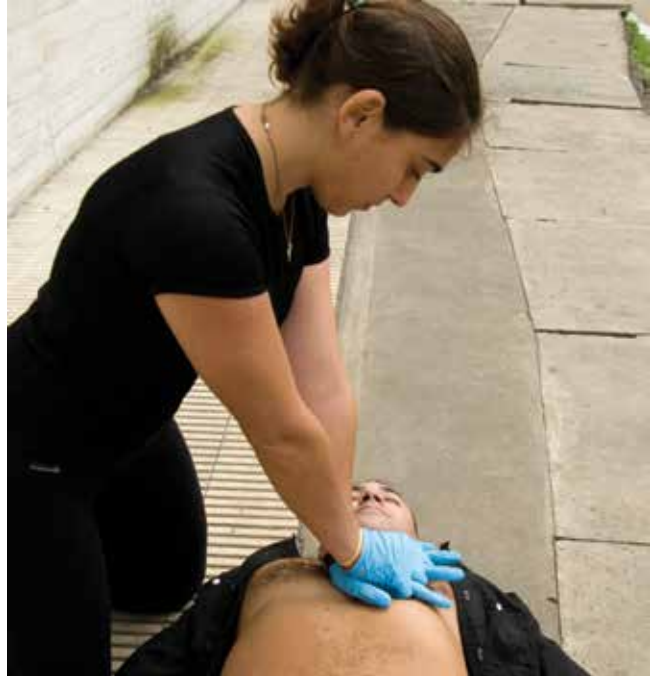


Figura 4.7. Adulto: brazos extendidos y perpendiculares al piso



Figura 4.6. Niño: brazos extendidos y perpendiculares al piso

- El movimiento debe ser fluido. Utilice su propio peso para hacer la fuerza. Deje que el pecho de la víctima vuelva a su posición entre cada compresión y no despegue nunca las manos del tórax.
 - En cuanto a la profundidad, comprima rápido y con fuerza. En el adulto, al menos 5 cm; en el niño, al menos un tercio de la profundidad del tórax (alrededor de 5 cm), y en el bebé, al menos un tercio de la profundidad del tórax (alrededor de 4 cm).
 - Tenga en cuenta que la RCP es más efectiva sobre superficies rígidas como el piso; evite efectuar RCP sobre un colchón.
- Administre **ventilaciones de rescate**.
- Después de 30 compresiones, abra la vía aérea con la maniobra de frente-mentón, que consiste en tomar la cabeza de la víctima desde la frente y el mentón e inclinarla hacia atrás (hiperextender la cabeza). En el caso de niños y bebés esta hiperextensión

de la cabeza debe ser menor que en el adulto. Esta maniobra asegurará al socorrista que la vía aérea se encuentra abierta (**Figuras 4.8 y 4.9**).

- Coloque su dispositivo de barrera (mascarilla o escudo facial) sobre la boca y la nariz de la víctima. Si usa una máscara de RCP, asegúrese de que está firmemente ajustada sobre la boca y la nariz. Si usa un escudo facial plástico, selle sus labios ajustadamente sobre la boca de la víctima y apriete las fosas nasales (**Figuras 4.13, 4.14 y 4.15**).
- Aplique 2 ventilaciones de rescate. Cada ventilación debe durar 1 segundo y el pecho debe elevarse.



Figura 4.8. Adulto: maniobra de frente-mentón

- En caso de que no tenga un dispositivo de barrera apriete las partes blandas de la nariz para cerrar las fosas nasales, y administre 2 ventilaciones de rescate de 1 segundo cada una de boca a boca (**Figuras 4.10 y 4.11**). En los bebés, como la boca y nariz están muy cerca, usted deberá cubrir ambos con su boca (**Figura 4.12**) y dar las

ventilaciones pero solamente el aire necesario para que el pecho del bebé se eleve (no se exceda). En todos los casos debe evaluar y considerar los riesgos de hacer ventilaciones sin el dispositivo de barrera. La RCP solo compresiones puede presentarse como una alternativa aceptada.



Figura 4.9. Niño: maniobra de frente-mentón

- En todos los casos, compruebe que el pecho se eleve en cada respiración.



Figura 4.10. Adulto: boca-boca



4. SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO



Figura 4.11. Niño: boca-boca



Figura 4.12. Bebé: boca-boca y nariz

- Continúe con ciclos de *30 compresiones y 2 ventilaciones* hasta que:
 - El DEA le indique que se aleje de la víctima.
 - Llegue el SEM y asuma el control.
 - La víctima muestre signos de vida.
 - Su seguridad corra peligro o usted esté demasiado cansado para continuar.
- Si hay más de una persona apta para realizar RCP, se deben relevar cada 2 minutos (5 ciclos).

LAS COMPRESIONES TORÁCICAS SOLAS SON SUFICIENTES PARA MANTENER A LA VÍCTIMA OXIGENADA CON LA SANGRE CIRCULANDO.

3. DESFIBRILACIÓN

(véase el Capítulo 5)

4. ATENCIÓN AVANZADA

Para que el SEM se pueda hacer cargo de este paso, es necesario llamarlo en el primer paso de la secuencia.

5. CUIDADOS POSTERIORES AL PARO

Los dos últimos pasos de la cadena de atención del paro cardiorrespiratorio están a cargo del personal de salud profesional, ya no del socorrista lego (socorrista no profesional).



RCP SOLO COMPRESIONES

Realizar únicamente compresiones es una alternativa aceptada. Efectúe compresiones torácicas continuas en el caso de que usted no tenga un dispositivo de barrera y/o la víctima tenga sangre o secreciones en la boca, o no se sienta seguro con la técnica para administrar aire (tenga en cuenta la posibilidad de infecciones en el caso de no usar un dispositivo de barrera; el socorrista debe considerar los riesgos tomados en casos de aplicar las ventilaciones de rescate boca-boca).

Las compresiones deben ser administradas de manera continua a un ritmo de al menos 100 compresiones por minuto y un máximo de 120 compresiones por minuto.

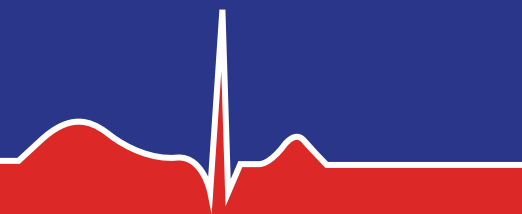


Figura 4.13 A. Adulto: Colocación de mascarilla B. Administración de ventilación de rescate C. Uso de la mascarilla rígida



Figura 4.14. Niño: uso de mascarilla pediátrica



Figura 4.15. Bebé: uso de mascarilla pediátrica

| | ADULTO (mayor de 8 años) | NIÑO (de 1 a 8 años) | BEBÉ (menor de 1 año) |
|-------------------------------|--|--|--|
| Número de compresiones | 30 compresiones en 18 segundos | | |
| Lugar | Centro del pecho (mitad inferior del esternón) | | Debajo de línea imaginaria que une ambas tetillas |
| Manos/dedos | 2 manos | 1 o 2 manos | 2 dedos |
| Profundidad | Al menos 5 cm | Al menos 1/3 de la profundidad del tórax (alrededor de 5 cm) | Al menos 1/3 de la profundidad del tórax (alrededor de 4 cm) |
| Ritmo | Al menos 100 hasta 120 compresiones por minuto | | |

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

En ocasiones, una persona no respira bien o no respira en absoluto porque tiene la vía aérea obstruida y lo manifiesta tomándose el cuello (signo de asfixia) (**Figura 4.16**). Este es un problema que usted deberá resolver en el momento. Primero, identifique el tipo de obstrucción:

- Parcial o leve
- Completa o grave

Las causas más comunes de Obstrucción de la Vía Aérea (OVA) son la lengua (en víctimas inconscientes), los vómitos, los cuerpos extraños, la inflamación y los espasmos. En el caso de los niños, cualquier objeto pequeño que puedan introducirse completo en la boca puede llegar a ser peligroso y causar un atragantamiento (por ejemplo, monedas, baterías, cuentas de collares, tapitas de bolígrafos, tornillos, botones).



Figura 4.16. Signo de asfixia



CÓMO PREVENIR LA OVA EN LOS NIÑOS

- Evite que los niños corran con comida en la boca.
- Evite que los niños pequeños consuman alimentos como uvas enteras, maníes, nueces, almendras, carozos, palomitas de maíz y golosinas duras, o que jueguen con elementos pequeños, como cuentas de collares, o con objetos que contengan elementos pequeños que se puedan desprender, como muñecos con ojos de vidrio o plástico.
- Los objetos que pasen por un rollo de papel higiénico son peligrosos para niños.



CÓMO RECONOCER UNA OVA

PARCIAL

- La tos es efectiva, y la persona puede hablar. El bebé podrá emitir sonidos y llorar.
- La víctima se asfixia, jadea o emite un ruido grave al inspirar.
- La víctima es capaz de tragar su propia saliva.
- Puede ir empeorando a medida que va pasando el tiempo.

COMPLETA

- La tos es débil e inefectiva. El bebé no llora y no produce sonidos ni respira.
- La víctima no puede hablar, toser o respirar.
- Cambia el color de la piel (azulada).



CÓMO ACTUAR ANTE UNA OVA

CON VÍCTIMAS CONSCIENTES

- Pregunte a la persona si se siente bien.
 - Si puede responder, la obstrucción es parcial. Entonces aliente a la persona a que tosa.
 - Si NO puede responder, la obstrucción es completa y se trata con la **maniobra de desobstrucción de la vía aérea (maniobra de Heimlich)**.
- **Adultos y niños:** Párese detrás. Si se trata de un niño, arrodílese.





4. SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO



CÓMO ACTUAR ANTE UNA OVA (continuación)

- Ubique el ombligo, y apoye el puño de una mano, desde el lado del pulgar, justo por encima de él.



- Tome el puño con la otra mano.



- Realice compresiones abdominales justo por arriba del ombligo, aplicando la fuerza hacia adentro y arriba. Continúe con la maniobra de Heimlich hasta que salga el objeto o la víctima pierda la conciencia.



CÓMO ACTUAR ANTE UNA OVA (continuación)

- Cuando la víctima sea una **embarazada o una persona más grande que usted**, coloque las manos de la misma manera pero sobre el esternón y haga compresiones torácicas.



- **Bebés:** Apoye al lactante boca abajo sobre su antebrazo y su muslo, sosteniéndole la cabeza.





4. SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO



CÓMO ACTUAR ANTE UNA OVA (continuación)

- Adminístrele 5 golpes en la espalda, entre los omóplatos y gírelo hasta ubicarlo boca arriba para realizar 5 compresiones torácicas, en el punto de la RCP.

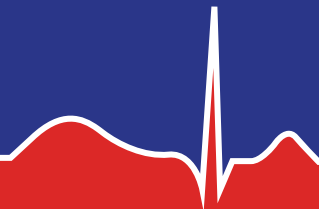


- Continúe con 5 golpes y 5 compresiones en posición inclinada, con la cabeza más baja que las piernas, tanto en las compresiones como en los golpes hasta que el objeto salga (el bebé comienza a llorar o emitir sonidos) o el bebé pierda el conocimiento.

CON VÍCTIMAS INCONSCIENTES

- Siga los pasos de la secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio de AIDER. Podrá identificar el atragantamiento en el momento de dar las ventilaciones y detectar que no se eleva el pecho.
- Continúe con la RCP (30 compresiones x 2 ventilaciones de rescate), observando el interior de la boca de la víctima antes de cada ventilación, para verificar si aparece el objeto.
- Si logra verlo, retírelo y evalúe la respiración.
- Si NO logra verlo, NO introduzca sus dedos en la boca de la víctima y continúe con la maniobra.

Para una correcta implementación de las técnicas es necesario realizar los cursos con prácticas de maniqués y simuladores dictados por instituciones acreditadas. Consulte los Centros Internacionales de Entrenamiento (International Training Centers) acreditados por AIDER en www.aider.org.



RESUMEN DEL CAPÍTULO 4

SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO

1. Llamada al SEM.
2. RCP.
3. Desfibrilación.
4. Atención avanzada (SEM).
5. Cuidados posteriores al paro cardiorrespiratorio.

Uso del teléfono celular

Si está solo con un adulto, niño o bebé que no responde, puede llamar al SEM colocando el teléfono celular cerca y en altavoz, mientras mira si la persona respira. Si no respira, inicie la RCP.

RCP

- Efectúe **compresiones torácicas**.
- Asegure una buena ventilación con **respiraciones de rescate**.
- **Ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones hasta que:**
 - El DEA le indique que se aleje de la víctima.
 - Llegue el SEM y asuma el control.
 - La víctima muestre signos de vida.
 - Su seguridad corra peligro o usted esté demasiado cansado para continuar.

| | ADULTO | NIÑO | BEBÉ |
|------------------------|--|--|---|
| Número de compresiones | 30 compresiones en 18 segundos | | |
| Lugar | Centro del pecho (mitad inferior del esternón) | | Debajo de línea imaginaria que une ambas tetillas |
| Dedos/manos | 2 manos | 1 o 2 manos | 2 dedos |
| Profundidad | Al menos 5 cm | Al menos 1/3 de la profundidad del tórax (alrededor de 5 cm) | Al menos 1/3 de la profundidad del tórax (alrededor de 4cm) |
| Ritmo | Al menos 100 hasta 120 compresiones por minuto | | |

4. SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO



OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA (OVA)

CÓMO RECONOCERLA

- **Obstrucción parcial** o leve: la persona tiene tos efectiva, puede hablar, emitir sonidos o llorar.
- **Obstrucción completa** o grave: tos débil e inefectiva e imposibilidad de hablar (el bebé no emite sonido ni llora).

CÓMO ACTUAR ANTE UN ADULTO O NIÑO CONSCIENTE

Maniobra de desobstrucción de la vía aérea (Maniobra de Heimlich)

- Párese detrás de la víctima.
 - *Niños*: arrodílese.
- Apoye el puño de la mano desde el lado del pulgar justo por encima del ombligo y tome el puño con la otra mano.
- Realice compresiones abdominales hacia adentro y hacia arriba, justo por arriba del ombligo.
 - *Víctimas más grandes que usted o embarazadas*: abrácelas con la misma técnica de Heimlich, pero coloque las manos sobre el esternón para no comprimir el abdomen por no poder abrazarlo, o para no dañar al feto.

ANTE UN BEBÉ CONSCIENTE

- Coloque el cuerpo boca abajo sobre el antebrazo sosteniéndole la cabeza, en posición inclinada, con la cabeza más baja que las piernas.
- Aplique 5 golpes en la espalda.
- Luego rótelo rápidamente, cuidando de controlar el movimiento, y aplique 5 compresiones en el pecho con 2 dedos, siempre manteniendo la cabeza más baja que los pies.
- Vuelva a rotarlo y golpee la espalda 5 veces.

En todos los casos se repite la secuencia de maniobras hasta que el objeto sale expulsado o la víctima pierde el conocimiento y no respira. Si esto último sucede, comience con RCP y pida ayuda.

ANTE UNA VÍCTIMA INCONSCIENTE

- Siga los pasos de la atención del paro cardiorespiratorio de AIDER.
- Continúe con la RCP, observando si aparece el objeto cada vez que realiza las ventilaciones de rescate.
- Si logra verlo, retírelo y evalúe la respiración.
- Si no logra verlo, continúe con la maniobra.

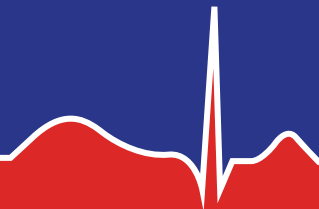




5

DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA

- Introducción
- Funcionamiento del corazón
- El desfibrilador externo automático
- Secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio: desfibrilación
- Situaciones especiales con un DEA
- Mantenimiento del DEA
- Políticas de acceso público
- Resumen



INTRODUCCIÓN

Como venimos afirmando en los capítulos anteriores, la RCP y la desfibrilación mejoran las probabilidades de supervivencia de la víctima de un paro cardiorrespiratorio. La desfibrilación puede ser brindada por socorristas entrenados en el uso de un desfibrilador externo automático (DEA). En muchos países existen leyes de desfibrilación de acceso público, que promueven el uso de los DEA en lugares públicos por socorristas entrenados.

FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN

El corazón es el principal órgano del sistema circulatorio. Es un poco más grande que el puño cerrado de la persona y posee cuatro cámaras. Funciona como una bomba que coordina e impulsa el flujo de sangre a todo el cuerpo y cada una de las células. Es un órgano muscular que, a diferencia del músculo esquelético (voluntario), no es voluntario y tiene su propia autonomía. Esta propiedad de autoexcitabilidad está a cargo de células especializadas con función de marcapasos ubicadas en el propio corazón, es decir, que emiten impulsos eléctricos que llevan a que el músculo cardíaco se contraiga. Las contracciones son rítmicas y se producen espontáneamente (ritmo cardíaco). Esta actividad se puede medir con electrodos colocados en la superficie de la piel y el procedimiento se llama **electrocardiograma** (ECG).

RITMO CARDÍACO NORMAL Y ALTERACIONES

El ritmo normal del corazón se conoce en medicina como ritmo sinusal. Cualquier alteración del ritmo sinusal puede indicar un problema. Las alteraciones eléctricas más comunes en un paro cardiorrespiratorio son la **fibrilación ventricular** (FV) y la **taquicardia ventricular** (TV).

Fibrilación ventricular (FV)

Es el ritmo cardíaco anormal más frecuente en casos de paro cardíaco súbito. Se caracteriza por ser una actividad eléctrica caótica (las distintas células del músculo cardíaco se contraen por separado) que lleva a que el corazón deje de contraerse y de bombear sangre eficazmente y, por ende, la sangre deja de circular. El único tratamiento eficaz es la **desfibrilación**, que tiene como objetivo restablecer la actividad eléctrica normal del corazón.

Taquicardia ventricular (TV)

Es otro ritmo cardíaco anormal frecuente en casos de paro cardíaco súbito. Pero, en este caso, la actividad eléctrica es muy rápida, lo que hace que el corazón sea incapaz de bombear sangre en forma efectiva. También es tratable con la **desfibrilación**.

LA FV Y LA TV SON DETECTABLES Y CORREGIBLES CON EL USO DEL DEA.

EL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

El **desfibrilador externo automático (DEA)** es un aparato eléctrico y portátil que diagnostica y trata el paro cardiorrespiratorio cuando es causado

5. DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA

por FV o TV, y restablece la actividad eléctrica normal mediante descargas de desfibrilación (Figura 5.1). La desfibrilación consiste en emitir un impulso de corriente al corazón, simultáneamente a todas las células cardíacas, con el objeto de normalizar la actividad eléctrica del corazón. Los DEA son efectivos para muchos de los paros cardiorrespiratorios debidos a FV y TV, pero son ineficaces cuando el corazón tiene lo que se denomina asistolia, ya que en ese caso es inexistente toda actividad eléctrica. En este último caso el DEA le indicará que no está indicada la descarga y que continúe con la RCP.



Figura 5.1. DEA en el estuche, con sus accesorios

Todos los DEA tienen la capacidad de analizar el ritmo cardíaco, determinar e indicar la necesidad de emitir una descarga y finalmente administrar una descarga eléctrica a las víctimas con un paro desfibrilable. Recuerde que la efectividad de los DEA está íntimamente relacionada con el tiempo: cuanto más se tarde en usar el DEA, menos probabilidades de supervivencia tendrá la víctima.

CUANTO MÁS SE TARDE EN USAR EL DEA, MENOS PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA TENDRÁ LA VÍCTIMA DE UN PARO CARDIORRESPIRATORIO.



DESFIBRILACIÓN RÁPIDA: PRIORIDAD DE LAS DESCARGAS FRENTE A LA RCP

En el caso de que una víctima tenga un paro cardiorrespiratorio y el testigo circunstancial cuente de inmediato con un DEA, este deberá utilizarlo lo antes posible. Si no, deberá comenzar con la RCP.

SECUENCIA DE ATENCIÓN DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO: DESFIBRILACIÓN

Después de los primeros dos pasos de la secuencia (activación del SEM y RCP) (véase Capítulo 4), sigue la desfibrilación:

- La RCP es la atención inicial hasta que se dispone de un desfibrilador, pero la efectividad es relativa si no se cuenta con un DEA. **El único tratamiento eficaz es la RCP de calidad seguida de desfibrilación.**
- Las causas más frecuentes del paro, la FV y la TV, se pueden corregir con desfibrilación. Por eso se utiliza un DEA que detectará el problema y le dirá los pasos a seguir; **el tiempo es crítico.**
- Para los niños menores de 8 años se recomienda usar los **parches pediátricos** (si no se cuenta con parches de menor tamaño, utilice el DEA como está).
- La desfibrilación debe ser INMEDIATA. Cuanto antes se realice la desfibrilación, mayor es la tasa de supervivencia. Por cada minuto que pasa entre el paro cardiorrespiratorio y la desfibrilación, la probabilidad de supervivencia se reduce entre el 7 y el 10% (este porcenta-

je explica las políticas de la desfibrilación de acceso público en los países desarrollados). Si se está realizando únicamente la RCP sin un DEA esta probabilidad disminuye entre 3 y 4% por minuto.

EL DEA ACONSEJARÁ LA DESCARGA ÚNICAMENTE SI DIAGNOSTICA FV O TV.



ELEMENTOS COMUNES EN LOS DEA

- Botón de encendido y apagado
- Cable y parches para víctimas adultas y pediátricas



- Botón de descarga (hay DEAs que no cuentan con este botón)
- Capacidad de análisis
- Capacidad de desfibrilación
- Indicaciones para guiar al operador
- Operación con baterías para uso portátil



El DEA solo dará la descarga si detecta que es necesaria. De lo contrario, el DEA es completamente seguro y no emitirá descarga alguna. ¡No tenga miedo a colocar y usar un DEA!

SITUACIONES ESPECIALES CON UN DEA

- **Contacto con el agua.** Saque a la víctima del agua y séquele el pecho.
- **Niños y bebés.** Para los niños menores de 8 años use parches pediátricos si hay; si no, utilice los de adultos.
- **Mucho vello en el pecho.** Rasure con una máquina de afeitar la parte del pecho donde se colocará el parche o busque un sitio que no tenga vello para mejor contacto. Tenga en cuenta que algunos DEA están equipados con una rasuradora.
- **Parches de medicación.** Quítelos y limpie la piel antes de colocar los parches del DEA.
- **Dispositivos implantados (marcapasos y desfibriladores).** Evite colocar los parches sobre los dispositivos, si es posible. Si el dispositivo implantado es un desfibrilador automático implantable y está en funcionamiento (o sea, vibra), deberá esperar a que se detenga para poder utilizar el DEA (Figura 5.2).



Figura 5.2. No ponga los parches sobre un dispositivo implantado, si este se ve a simple vista



5. DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA



CÓMO USAR UN DEA

1. Encienda el dispositivo y siga las instrucciones sin demora.
2. Aplique los parches en el pecho seco y desnudo de la víctima (en los bebés, se coloca un parche en la espalda y el otro, en el pecho) y conecte el cable al DEA (algunos DEAs ya tienen conectado el cable de los parches).
3. Aléjese y permita al dispositivo analizar el ritmo cardíaco (nadie debe tocar a la víctima, ni siquiera usted).
4. Administre una descarga (si el DEA lo indica) e inmediatamente siga con la RCP, comenzando con las compresiones en el pecho. Asegúrese de alertar y dé aviso a los testigos y socorristas antes de dar la descarga para que nadie toque a la víctima.
Precaución: el DEA puede ser totalmente automático y dar la descarga sin que el socorrista oprima un botón.
5. Haga 2 minutos de RCP (5 ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones de rescate).
6. Repita los pasos del tercero al quinto hasta que llegue el personal del SEM o la víctima comience a moverse.



MANTENIMIENTO DEL DEA

- Se recomienda el mantenimiento preventivo: el DEA automáticamente realiza autoevaluaciones periódicas, pero se lo debe controlar en forma diaria para asegurarse de que funcione adecuadamente.
- Controle las fechas de vencimiento de los parches y las baterías según las indicaciones del fabricante.
- Hay diferentes marcas y fabricantes de DEA en el mercado, pero sepa que todos los dispositivos funcionan de manera similar.

POLÍTICAS DE ACCESO PÚBLICO

Actualmente se encuentran DEA en lugares donde hay mucho tránsito de personas, como los aeropuertos, los aviones, las escuelas, los gimnasios y los lugares de trabajo (**Figura 5.3**). En muchos países también son de uso hogareño. Averigüe la legislación local de su región y familiarícese con los lugares donde usted sabe que hay un DEA (lugar de trabajo, club, hogar, etc.).



Figura 5.3. DEA en zona urbana

Para una correcta implementación de las técnicas es necesario realizar los cursos con prácticas de maniqués y simuladores dictados por instituciones acreditadas. Consulte los Centros Internacionales de Entrenamiento (International Training Centers) acreditados por AIDER en www.aider.org.



RESUMEN DEL CAPÍTULO 5

CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS: DESFIBRILACIÓN

Cuando la víctima no responde y no respira, inicie la RCP (como se describe en el Capítulo 4) y aplique un DEA tan rápido como esté disponible:

1. Encienda el dispositivo y siga las instrucciones sin demora.
2. Aplique los parches en el pecho seco y desnudo de la víctima (en los bebés, se coloca un parche en la espalda y el otro, en el pecho) y conecte el cable al DEA (algunos DEAs ya tienen conectado el cable de los parches).
3. Aléjese y permita al dispositivo analizar el ritmo cardíaco (nadie debe tocar a la víctima, ni siquiera usted).
4. Administre una descarga (si el DEA lo indica) e inmediatamente siga con la RCP, comenzando con las compresiones en el pecho. Asegúrese de alertar y dé aviso a los testigos y socorristas antes de dar la descarga para que nadie toque a la víctima.
Precaución: el DEA puede ser totalmente automático y dar la descarga sin que el socorrista oprima un botón.
5. Haga 2 minutos de RCP (5 ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones de rescate).
6. Repita los pasos del tercero al quinto hasta que llegue el personal del SEM o la víctima comience a moverse.

SITUACIONES ESPECIALES CON UN DEA

Agua

- Extraiga a la víctima del agua.
- Séquele el pecho.

Niños/Bebés

- Use parches pediátricos si hay; si no, puede usar los de adulto.

Mucho vello en el pecho

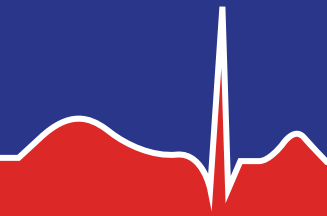
- Rasure con una máquina de afeitar la parte del pecho donde se colocará el parche o busque un sitio que no tenga vello para mejor contacto.

Parches de medicación

- Quítelos y limpie la piel.

Dispositivos implantados (marcapasos y desfibriladores)

- Evite colocar los parches del DEA sobre los dispositivos, si es posible. Si el desfibrilador implantado está en funcionamiento (o sea que vibra) espere a que se detenga para usar el DEA.



MANTENIMIENTO DEL DEA

- El control de mantenimiento preventivo es recomendado.
- El DEA automáticamente realiza autoevaluaciones periódicas, pero debe ser controlado diariamente para asegurar una operación adecuada.
- Controle las fechas de vencimiento de los parches y las baterías.
- Los parches se deben cambiar una vez utilizados.



5. DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA



6

HEMORRAGIAS

- Introducción
- Vasos sanguíneos
- Sangre
- Tipos de hemorragia
- Resumen

INTRODUCCIÓN

Una hemorragia es la salida de sangre de los vasos sanguíneos que la contienen. Su gravedad está directamente relacionada con el tipo de vaso que se lesiona, la profundidad a la que este se encuentra y, como consecuencia, la cantidad de sangre que se pierde. A grandes rasgos, la manera de frenar una hemorragia es comprimir el sitio por donde emerge la sangre, presionando directamente sobre este.

VASOS SANGUÍNEOS

Arterias. Llevan la sangre que transporta el oxígeno (excepto las arterias pulmonares, que transportan sangre con dióxido de carbono) y los nutrientes, desde el corazón hasta los órganos (Figura 6.1). Esta sangre se denomina oxigenada y tiene un color rojo intenso. Las arterias tienen las paredes gruesas y ligeramente elásticas, pues soportan mucha presión. La musculatura de sus paredes les permite contraerse y dilata-

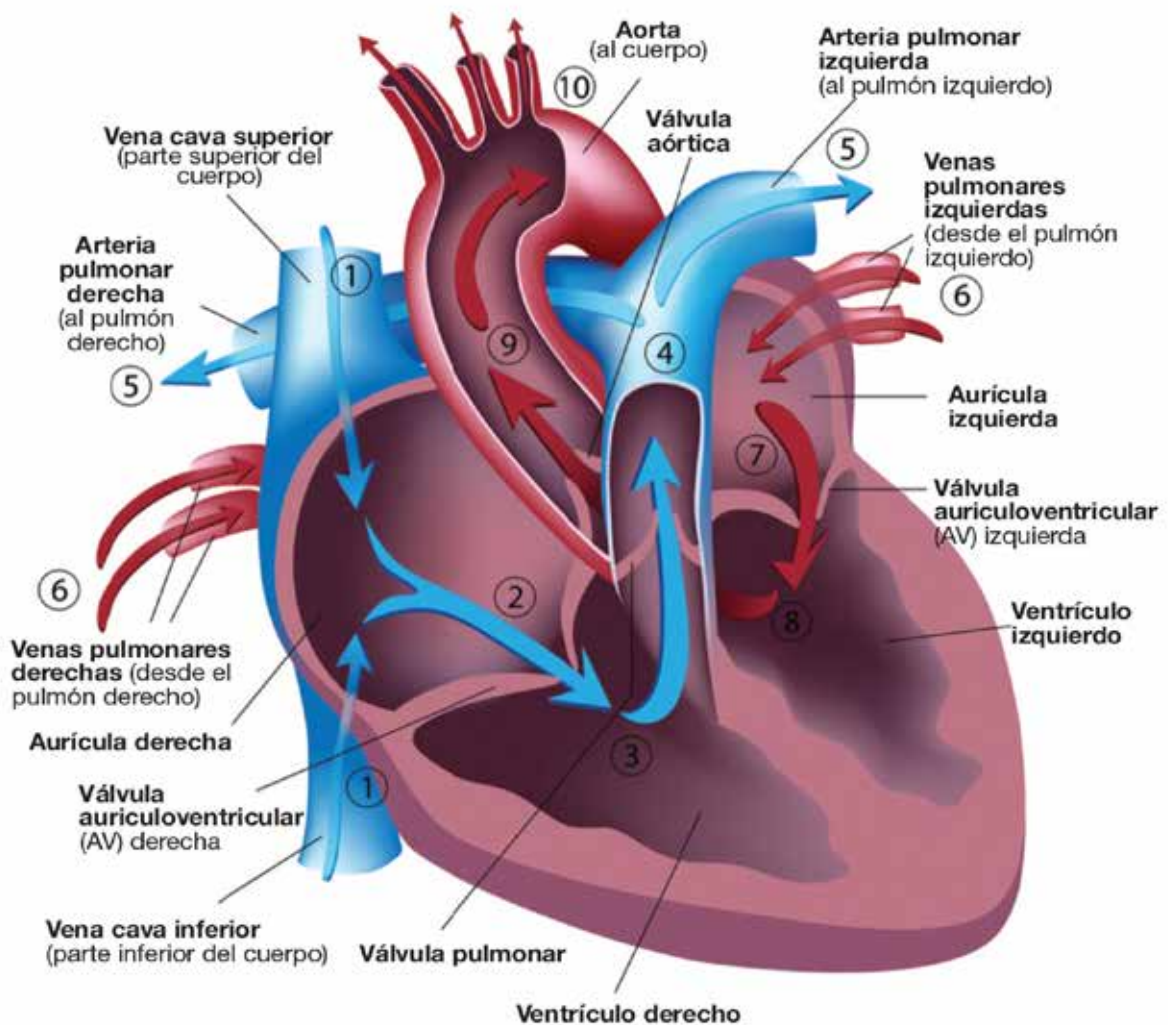


Figura 6.1. El recorrido de la sangre a través del corazón

6. HEMORRAGIAS

tarse para controlar la cantidad de sangre que llega a los órganos. Debido a la presión en las arterias, los sangrados denominados arteriales implican una pérdida abundante de sangre en poco tiempo. Por lo general, estos vasos sanguíneos se encuentran en la profundidad del cuerpo, excepto en los lugares donde sentimos pulso (aquí las arterias pasan cerca de la piel), como la muñeca, las axilas, las ingles, detrás de la rodilla y el cuello.

Venas. Llevan la sangre desde los órganos y los tejidos hasta el corazón, y desde ahí la transportan a los pulmones, donde se intercambia el dióxido de carbono con el oxígeno del aire inspirado. La sangre de las venas se denomina carboxigenada y es de color más oscuro (excepto en las venas pulmonares, donde se transporta sangre oxigenada). Estos vasos poseen válvulas unidireccionales que impiden el retroceso de la sangre.

Capilares. Tienen su origen en la división progresiva de las arterias en ramas cada vez más pequeñas hasta llegar a los vasos capilares, que poseen paredes muy finas, y a través de los cuales pasan los gases respiratorios, los nutrientes y el resto de las sustancias que transporta la sangre (**Figura 6.2**).



Figura 6.2. Sistema circulatorio

SANGRE

Los principales elementos de la sangre son los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

La sangre circula por capilares, venas y arterias. Es de un color rojo característico gracias a la presencia de la hemoglobina (proteína encargada de transportar el oxígeno y el dióxido de carbono - **Figura 6.3**) contenida en los glóbulos rojos.

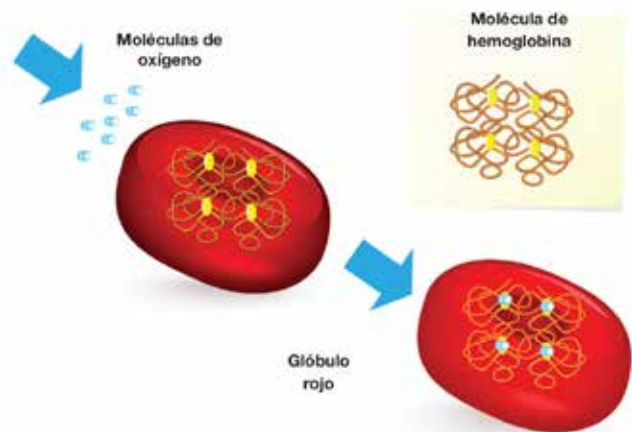


Figura 6.3. La hemoglobina humana

El oxígeno que se encuentra en los glóbulos rojos llega a todas las células del cuerpo a través de los capilares (red de vasos sanguíneos pequeños). Aquí el oxígeno de la sangre pasa a las células; la sangre recoge el dióxido de carbono de las células. Los capilares se agrupan para formar vasos sanguíneos más grandes llamados venas que llevan la sangre con dióxido de carbono hacia el corazón para luego, a través de las arterias pulmonares, pasar a los pulmones (**Figura 6.4**).

Los glóbulos blancos son células del sistema inmunológico.

Las plaquetas son las encargadas de adherirse al lugar de una lesión en un vaso sanguíneo y formar un tapón para evitar que la sangre salga del vaso. Este tapón sirve de red para detener el sangrado (**Figura 6.5**).

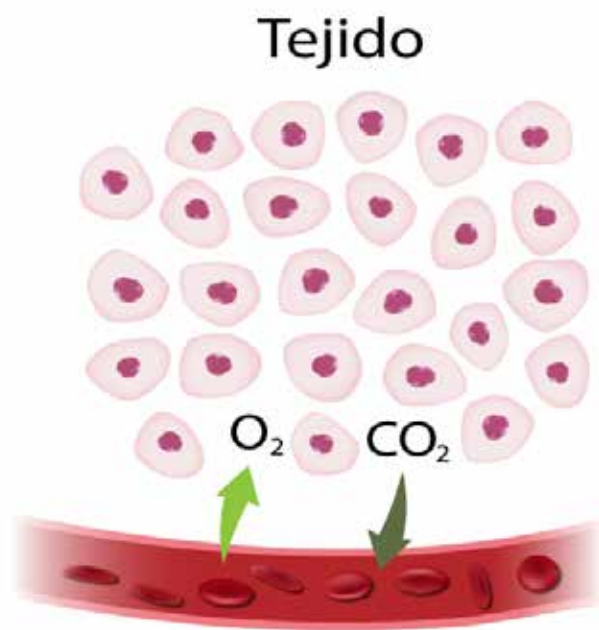
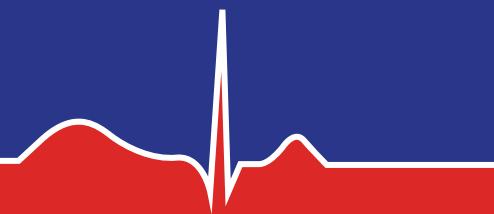


Figura 6.4. Perfusión: intercambio de gases en los tejidos

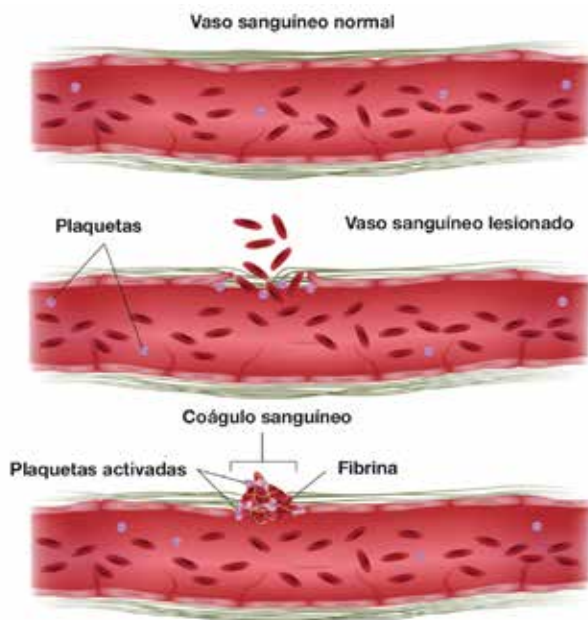


Figura 6.5. Proceso de coagulación

TIPOS DE HEMORRAGIAS

Las hemorragias pueden clasificarse, según el lugar donde se producen, en **internas** y **externas** o, según el vaso sanguíneo que sangra, en **capilares**, **venosas** y **arteriales**. Cada una de estas producirá un tipo de sangrado en particular.

SEGÚN EL LUGAR DONDE SE PRODUCEN

Hemorragia externa. Es la salida de la sangre fuera del cuerpo a través de una lesión en la piel. Usted verá la sangre (tenga en cuenta que a veces la ropa de abrigo o impermeable de la víctima puede esconder un gran sangrado).

Hemorragia interna. Es la salida de la sangre de los vasos sanguíneos hacia el interior del cuerpo. Por este motivo, la sangre queda por debajo de la piel y se puede acumular en grandes cantidades en el pecho, el abdomen, la pelvis o los muslos. Una hemorragia interna a veces es difícil de diagnosticar porque no se verá la sangre: debe prestar atención a los signos y síntomas de una hemorragia interna (*véase más adelante*).

SEGÚN EL VASO SANGUÍNEO QUE SANGRA

Hemorragia capilar. Emanada de una lesión en forma continua pero lenta. Es el tipo de hemorragia más común y fácil de controlar.

Hemorragia venosa. Fluye de manera constante, está bajo poca presión, no brota de golpe y es fácil de controlar presionando con firmeza por un tiempo.

Hemorragia arterial. Brota con cada latido del corazón en forma de chorro o a borbotones.

6. HEMORRAGIAS

Lleva alta presión, por lo que es difícil de controlar. Es el tipo más grave de hemorragias. Se pierde mucha sangre en poco tiempo. Para controlarla deberá presionar con más firmeza y por más tiempo la lesión o quizás precise un torniquete o apósitos hemostáticos para detenerla.



Los sangrados arteriales implican una pérdida abundante de sangre en poco tiempo. Son los más graves.



CÓMO RECONOCER UNA HEMORRAGIA GRAVE

- La pérdida de mucha cantidad de sangre puede ocasionar un estado que se conoce con el nombre de **shock**, una condición grave que amenaza la vida de la persona. Los **signos** de shock son: taquicardia (pulso acelerado), piel pálida, fría y sudada, debilidad, pupilas dilatadas, falta de coordinación o disminución del estado de conciencia.



CÓMO ACTUAR ANTE UNA HEMORRAGIA EXTERNA

- **Llame al SEM** (en caso de hemorragias graves). En caso de haber testigos circunstanciales presentes, delegue esta acción.
- **Verifique** que la escena sea segura; en caso contrario, no arriesgue su vida. Si en algún momento la escena es insegura, proteja su vida (y la de la víctima, en lo posible) y busque otro lugar rápidamente.
- **Aplique medidas de bioseguridad.** Protéjase a usted mismo con guantes (o, en su defecto, bolsas de plástico), antiparras o lentes, barbijo y mangas largas. Recuerde que los fluidos de la víctima pueden estar contaminados. Una vez que termine de atender las hemorragias y heridas de la persona es importante que lave sus manos (haya o no utilizado guantes), y también es recomendable que limpie las zonas donde hubo sangre de la víctima (piso, mesada, etc.).
- **Recueste a la víctima** en un lugar seguro, ya que si pierde mucha cantidad de sangre la persona podría perder el equilibrio o incluso el conocimiento.
- **Identifique la hemorragia;** en caso de no localizarla, remueva la ropa de la víctima para hallar el origen del sangrado.
- **Aplique presión directa** sobre la herida:
 - Cubra la herida con apósitos y presione directamente sobre ella, utilizando una o ambas manos, dependiendo de la extensión de la lesión.
- **NO utilice presión directa** en una hemorragia en el globo ocular, una fractura de cráneo, un objeto incrustado o una fractura expuesta; en estos casos puede hacer presión alrededor de la lesión pero no sobre ella.



Nota: Si no cuenta con guantes ni bolsas plásticas, pida a la víctima que ella misma presione sobre la herida, si es posible.



CÓMO ACTUAR ANTE UNA HEMORRAGIA EXTERNA (continuación)

En casos de hemorragias graves que no ceden con la presión directa

- En caso de hemorragias en miembros que no cesen a la presión directa, coloque un torniquete comercial (dispositivo que detiene el flujo de sangre):
 - Coloque el torniquete a 5 o 7 cm de la herida. **No coloque** el torniquete sobre una articulación.
 - Tire del extremo libre del torniquete para que sea lo más ajustado posible y asegure el extremo libre.
 - Enrolle el molinete hasta que el sangrado se detenga.
 - Asegure el molinete para mantener el torniquete ajustado.
 - Anote la hora en que el torniquete fue colocado.
 - Los torniquetes **DUELEN** cuando se aplican efectivamente; usted debe explicarle esto a la víctima.
 - Solo el personal del SEM podrá retirar el torniquete.
- **Recuerde que los torniquetes son un último recurso:** solo se usan cuando no se ha podido detener la hemorragia con presión directa.
- Utilice un torniquete comercial o, si no tiene, improvise uno con un pañuelo, una corbata, las tiras de una mochila o bolso, una camisa de algodón u otro elemento, teniendo en cuenta que el ancho debe ser de alrededor de 5 cm (no use materiales estrechos como una cuerda). Si el elemento con que cuenta, es más ancho, por ejemplo un pañuelo, proceda de la siguiente manera: doble el pañuelo por la mitad para obtener un triángulo. Dóblelo tomándolo por las esquinas del lado largo, de 6 a 9 cm hacia el tercer ángulo. Debe doblar una y otra vez hasta llegar al tercer ángulo. Así obtendrá un vendaje de 7 a 10 cm con varias capas de espesor.

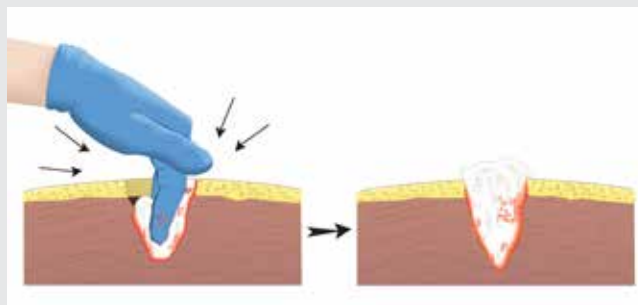




CÓMO ACTUAR ANTE UNA HEMORRAGIA EXTERNA (continuación)

- En caso de **hemorragia grave** en tórax, abdomen, ingle, hombro, axila o cuello, utilice un apósito hemostático o vendaje de gasa y aplique presión directa con ambas manos:

- Remueva la ropa sobre la herida.
- Limpie la sangre acumulada.
- Rápidamente aplique y realice presión directa.
- Introduzca el apósito hemostático o un pack de gasas en una herida profunda. Solo el personal del SEM podrá retirar lo introducido en la herida.
- Continúe presionando con ambas manos hasta que la hemorragia se detenga o llegue el SEM.



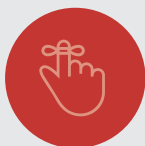
CÓMO RECONOCER UNA HEMORRAGIA INTERNA

- Los signos específicos de una hemorragia interna pueden aparecer rápidamente o tardar varias horas o días en manifestarse: moretones, zonas dolorosas y sensibles a la palpación, vómitos o tos sanguinolenta, materia fecal negra o con sangre rojo brillante.



CÓMO ACTUAR ANTE UNA HEMORRAGIA INTERNA

- Si la hemorragia interna es en una zona limitada y **no es grave** puede: reposar la zona lastimada, aplicar hielo (pero no en forma directa porque quema la piel) o compresas frías sobre la lesión, comprimir la zona lastimada aplicando una venda elástica y elevar el miembro lastimado. Todo esto apunta a reducir al mínimo la inflamación del lugar (véase la regla mnemotécnica CAFE en el próximo recuadro).
- Si se sospecha una hemorragia interna grave (tórax, abdomen, pelvis o muslo), lo más importante es la detección temprana y el traslado al hospital. Tenga presentes los signos de shock antes mencionados en este capítulo.
- Es importante tener en cuenta que toda víctima que ha perdido mucha sangre puede estar más propensa a la **hipotermia** (baja temperatura). Siempre se la deberá mantener abrigada y recostada.
- En el caso de que tenga vómitos, se la puede colocar de costado, en PLS (véase el capítulo 3).
- Esté preparado para efectuar RCP si la víctima no responde y no respira.



REGLA
MNEMOTÉCNICA
CAFE

- C** **Compresión** Envuelva la zona con una venda elástica y evalúe la movilidad.
- A** **Analgesia** Administre analgésicos de venta libre, como ibuprofeno, siempre evaluando si hay antecedentes de alergia, e indicando que también servirá de analgésico.
- F** **Frío** Aplique hielo o una compresa fría de manera local por 20 minutos 4 veces al día.
- E** **Elevación** Mantenga la zona elevada.





RESUMEN DEL CAPÍTULO 6

CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORRAGIAS

Según el lugar:

- **Externas:** salida de sangre del cuerpo a través de una lesión en la piel.
- **Internas:** salida de sangre de los vasos sanguíneos hacia cavidades internas del cuerpo. Se pueden acumular en grandes cantidades.

Según el vaso sanguíneo:

- **Capilar:** flujo continuo pero lento; tipo de hemorragia más común y fácil de controlar.
- **Venosa:** flujo constante, a baja presión, que no brota de golpe y es fácil de controlar.
- **Arterial:** brota con cada latido del corazón, a alta presión, lo que hace difícil controlarla. Es el tipo más grave de hemorragia, se pierde mucha sangre en poco tiempo.

Cómo reconocer las hemorragias graves

La pérdida de mucha cantidad de sangre puede ocasionar un estado que se conoce con el nombre de shock, que amenaza la vida de la víctima.

Signos de shock

- taquicardia (pulso acelerado)
- piel pálida, fría y sudada
- debilidad
- pupilas dilatadas
- cambios en el estado de conciencia

HEMORRAGIAS EXTERNAS

Cómo actuar

- **Bioseguridad:** protéjase con guantes, antiparras o lentes, barbijo y mangas largas.
- **Recueste a la víctima** en un lugar seguro.
- **Identifique la hemorragia,** quite o corte la ropa para hallar el origen del sangrado.
- **Aplique presión directa:** presione la herida sangrante directamente con la mano enguantada. Es el método más eficiente para detener una hemorragia.



ATENCIÓN

Uso de apósitos hemostáticos y torniquetes

- En caso de una hemorragia importante y potencialmente mortal que no es posible controlar mediante presión directa (por ejemplo, lesiones o víctimas múltiples, heridas que no dejan de sangrar con presión directa) y en circunstancias especiales (por ejemplo, desastres, situación de guerra o socorristas especialmente capacitados).
- Solo personas entrenadas.

HEMORRAGIAS INTERNAS

Cómo reconocerlas

Pueden aparecer rápidamente o tardar varias horas o días en manifestarse:

- Moretones.
- Zonas dolorosas y sensibles a la palpación.
- Materia fecal negra o con sangre rojo brillante.
- Vómitos.

Cómo actuar

- Si no es *grave*, aplique CAFE (*véase recuadro*).
- Si es *grave*:
 - Llame al SEM.
 - Trate el shock, abrigue y recueste a la víctima.
 - Si vomita, colóquela de costado para que la vía aérea no se obstruya (PLS).
 - Esté preparado para efectuar RCP si la víctima no responde y no respira.

| | |
|-------------------|--|
| Compresión | Envuelva la zona con una venda elástica y evalúe la movilidad. |
| Analgesia | Administre analgésicos de venta libre, como ibuprofeno, siempre evaluando si hay antecedentes de alergia, e indicando que también servirá de analgésico. |
| Frío | Aplique hielo o una compresa fría de manera local por 20 minutos 4 veces al día. |
| Elevación | Mantenga la zona elevada. |





7

LESIONES EN EL TEJIDO BLANDO

- Introducción
- Heridas abiertas
- Heridas cerradas
- Lesiones especiales
- Resumen

INTRODUCCIÓN

Las lesiones en el tejido blando son las heridas producidas por rupturas o golpes en la piel, las mucosas o los músculos. Las heridas se clasifican en abiertas y cerradas según se haya roto o no la piel.

HERIDAS ABIERTAS

Una **herida abierta** se produce por un desgarro en la piel, que genera una hemorragia externa y la posibilidad de que se infecte posteriormente debido a la pérdida de la barrera que protege al cuerpo de las infecciones (la piel).

Las heridas pueden clasificarse en **leves o graves**. Las heridas graves son todas las que son muy profundas, extensas o con mucha suciedad evidente (**Figura 7.1**); también es importante tomar en cuenta la zona de la herida para determinar su gravedad. Cuando hay múltiples heridas, se las debe exponer para controlar el sangrado y luego aplicar el tratamiento de heridas.



Figura 7.1. Herida grave de alto riesgo de infección

**ES ESENCIAL LIMPIAR BIEN
TODA HERIDA ABIERTA.**



CÓMO ACTUAR ANTE UNA HERIDA ABIERTA

- **Protéjase** de los fluidos de la víctima con equipo de protección personal (bioseguridad) antes de tratar la herida.
- **Proteja también el material** que va a utilizar para tratar una herida; asegúrese de que esté desinfectado.
- Limpie la herida con **agua**, siempre del centro hacia la periferia (esto asegurará que no se contamine más). Use agua potable (si cuenta con solución fisiológica estéril, es lo ideal para estas situaciones). Para irrigar bien la herida puede ser de utilidad una jeringa grande de 20 ml que permita lanzar chorros de agua al interior.





7. LESIONES EN EL TEJIDO BLANDO



CÓMO ACTUAR ANTE UNA HERIDA ABIERTA (continuación)

- Cubra la herida con una gasa estéril o apósito limpio. Luego utilice una venda y evalúe si hace falta inmovilizar la zona.
- Evalúe si hay infección: herida enrojecida, marcas rojas, secreción de pus, escalofríos o fiebre.
- Busque atención médica si hay signos de infección o si es una herida grave.
- Es esencial limpiar bien toda herida abierta.



HERIDAS CERRADAS

Estas heridas son ocasionadas por golpes (en general por un objeto duro y sin filo), sin ruptura

de la piel; también se las conoce como **heridas contusas o contusiones**. Se inflaman y pueden dejar una hemorragia interna visible de color rojo o violeta (hematoma).



CÓMO ACTUAR ANTE UNA HERIDA CERRADA

- Aplique la regla **CAFE**.
- Aplique una **compresa fría** durante 20 minutos 4 veces al día, pero no directamente sobre la piel.
- Envuelva la zona con una **venda elástica**.
- Evalúe la movilidad de la zona.
- Administre un **antiinflamatorio**.
- Haga que la zona quede en **reposo**.
- Evalúe la posible necesidad de atención médica.



RECUERDE VACUNARSE CONTRA EL TÉTANOS

- Se recomienda vacunar a todos los niños a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad, con dosis de refuerzo entre los 4 y 6 años.
- Los adolescentes y adultos deben recibir un refuerzo cada 10 años.
- Se puede administrar la vacuna y una antitoxina en los casos en que una persona ha sufrido una herida y se sospecha que no tiene suficiente inmunidad contra la bacteria.

**Consulte siempre a su médico*



LESIONES ESPECIALES

AMPUTACIONES

La amputación es la pérdida de una parte del cuerpo (**Figura 7.2**). Este tipo de lesión requerirá atención médica.

LA PARTE AMPUTADA TENDRÁ MENOS TIEMPO Y POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA SI NO SE LA ENFRÍA.



Figura 7.2. Amputación de una porción del pulgar



CÓMO ACTUAR ANTE UNA AMPUTACIÓN

- Llame al **SEM**.
- Controle la hemorragia con **presión directa**.
- Intente recuperar la **parte amputada**. Guárdela en una gasa estéril o un apósito limpio y luego colóquela sellada en una bolsa plástica impermeable (a prueba de agua).
- Coloque la **bolsa impermeable con la parte amputada** en un recipiente con agua y hielo para mantenerla fría (evite que se congele). **NO** la sumerja directamente en agua.
- Entréguele el recipiente al personal del SEM.



OBJETOS CLAVADOS



CÓMO ACTUAR ANTE UN OBJETO CLAVADO

- NO retire el objeto, salvo que sea muy pequeño.
- Inmovilícelo y manténgalo en su lugar con un apósito abultado para evitar que se mueva y cause mayor daño.
- Si sangra donde está clavado el objeto, aplique presión directa alrededor.
- Si la sangre no deja de fluir, aplique un torniquete o un apósito hemostático, si es posible.
- Se requiere atención médica para poder extraerlo en forma segura.
- Llame al SEM.



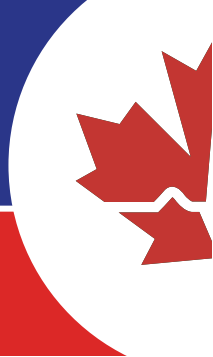
AVULSIÓN

Es la piel desprendida del cuerpo debido a una lesión o un traumatismo.



CÓMO ACTUAR ANTE UNA AVULSIÓN

- Lave la herida.
- Coloque la piel desprendida cuidadosamente en la posición en que debería estar.
- Cubra con un **apósito estéril** y aplique **presión directa**.
- Llame al SEM.



RESUMEN DEL CAPÍTULO 7

HERIDAS ABIERTAS

Cómo actuar:

- Aplique medidas de bioseguridad.
- Lave la zona con agua potable o solución fisiológica estéril.
- Elimine partículas con pinzas estériles.
- Cubra con un apósito estéril.

Cómo reconocer una infección

- Herida enrojecida
- Marcas rojas
- Secreción de pus
- Escalofríos
- Fiebre

Cómo actuar:

- Solicite atención médica para las lesiones infectadas.

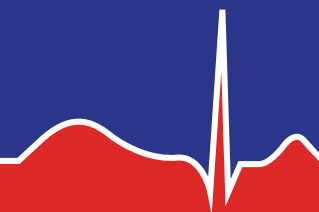
HERIDAS CERRADAS

Cómo reconocerlas

- Dolor y cambios de color
- Posible fractura
- Hematoma

Cómo actuar:

- Aplique **CAFE**.
- Aplique una compresa fría durante 20 minutos 4 veces al día, pero no directamente sobre la piel.
- Envuelva la zona con una venda elástica.
- Evalúe la movilidad de la zona.
- Administre un antiinflamatorio.
- Evalúe la posible necesidad de atención médica.



HERIDAS ESPECIALES

Cómo actuar:

Amputaciones

- Llame al SEM.
- Controle la hemorragia con presión directa.
- Intente recuperar la parte amputada. Guárdela en una gasa estéril o un apósito limpio y luego colóquela sellada en una bolsa plástica impermeable (a prueba de agua).
- Coloque la bolsa impermeable con la parte amputada en un recipiente con agua y hielo para mantenerla fría.
- Entréguele el recipiente al personal del SEM.

Objetos clavados

- Llame al SEM.
- NO quite ni mueva el objeto clavado.
- Inmovilícelo y manténgalo en su lugar con un apósito abultado para evitar que se mueva y cause mayor daño.
- Si sangra donde está clavado el objeto, aplique presión directa alrededor. Si la sangre no deja de fluir, aplique un torniquete o un apósito hemostático, si es posible.
- Se requiere atención médica para poder extraerlo en forma segura.

Avulsiones

- Llame al SEM.
- Coloque la piel desprendida cuidadosamente en la posición en que debería estar.
- Cubra con un apósito estéril y aplique presión directa.



7. LESIONES EN EL TEJIDO BLANDO



8

QUEMADURAS

- **Introducción**
- **Clasificación de las quemaduras según la causa**
- **Clasificación de las quemaduras por su extensión**
- **Clasificación de las quemaduras por la profundidad**
- **Resumen**

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son un tipo especial de herida que, por sus características, suelen infectarse con facilidad y pueden poner en peligro la vida de la víctima si son muy extensas.

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS SEGÚN LA CAUSA

- **Calor.** La quemadura se produce por contacto directo con la fuente de calor (objetos calientes, vapor caliente, flama, etc.) o bien por radiaciones (por ejemplo, del sol).
- **Sustancias químicas.** Se producen por el contacto con un agente químico (ácidos, álcalis o compuestos orgánicos). Estas quemaduras producen daño en el tejido y suelen ser muy profundas.
- **Electricidad.** El contacto con una corriente eléctrica puede producir quemaduras y lesiones.



¡ATENCIÓN!

Si una persona tiene la ropa **prendida fuego**, hágala rodar en el suelo y ahogue el fuego con una manta.

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS POR SU EXTENSIÓN

Una manera para determinar la extensión de la quemadura es la regla de la mano: la palma

de la mano de la víctima con los dedos juntos, representa cerca del 1% de su superficie corporal (**Figura 8.1**).



Figura 8.1. Regla de la mano

Las quemaduras más extensas son más graves. Asimismo todas las quemaduras en cara, manos, pies, articulaciones y genitales se clasifican como graves y requieren atención urgente.

LAS QUEMADURAS MÁS EXTENSAS SON MÁS GRAVES, ASÍ COMO LAS QUEMADURAS EN CARA, MANOS, PIES, ARTICULACIONES Y GENITALES.

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS POR LA PROFUNDIDAD

Las quemaduras se clasifican, según la profundidad (**Figura 8.2**), en:

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO

- Son las más superficiales y solo afectan la primera capa de la piel (la epidermis).
- La piel estará roja, levemente inflamada, sensible y con dolor (**Figura 8.3**).

8. QUEMADURAS

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO

- Son más profundas ya que afectan la primera y segunda capa de la piel (dermis).
- Producen ampollas, inflamación y dolor (**Figura 8.4**).

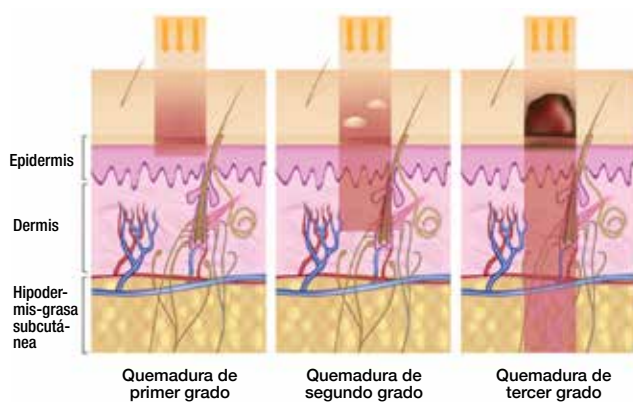


Figura 8.2. Clasificación de las quemaduras según su profundidad

QUEMADURAS DE TERCER GRADO

- Son las más profundas y comprometen todas las capas de la piel (hasta la hipodermis).
- La piel de la víctima está de color gris perlado y a veces carbonizada (**Figura 8.5**).



Figura 8.4. Quemadura de segundo grado. A. A las dos horas B. A las 48 horas

- El dolor es reducido en la quemadura de tercer grado, pero muchas veces hay dolor alrededor porque hay quemaduras de segundo y primer grado circundantes.



Figura 8.3. Quemadura de primer grado



Figura 8.5. Quemadura de tercer grado: la piel puede estar carbonizada



CÓMO ACTUAR ANTE LAS QUEMADURAS POR CALOR

Quemaduras de primer grado

- Enfríe la lesión dejando correr sobre ella agua corriente fría, lo antes posible, durante 10 minutos por lo menos.
- Si no hay agua corriente fría, se puede usar una compresa fría limpia, NO congelada.
- Se debe tener cuidado de no provocar hipotermia cuando las quemaduras son muy extensas.
- Quite las alhajas y la vestimenta que no esté adherida a la piel.
- Mantenga *hidratada* a la persona.



Quemaduras de segundo grado pequeñas (<10% de superficie corporal)

- Quite las alhajas y la vestimenta que no esté adherida a la piel.
- Enfríe la lesión dejando correr sobre ella agua corriente fría, lo antes posible, durante 10 minutos por lo menos.
- Cubra la quemadura con un apósito seco, no adherente y estéril, sin apretar. No se deben reventar las ampollas. En el caso de ampollas abiertas, trátelas como una herida abierta.
- Busque atención médica.

Quemaduras de segundo grado extensas (>10% de superficie corporal)

- Quite las alhajas y la vestimenta que no esté adherida a la piel.
- Enfríe la lesión dejando correr sobre ella agua corriente fría, lo antes posible, durante 10 minutos por lo menos.
- Cubra la quemadura con un apósito seco, no adherente y estéril, sin apretar. No se deben reventar las ampollas. En el caso de ampollas abiertas, trátelas como una herida.
- Si la quemadura es muy extensa (más del 10% de superficie corporal quemada), puede estar acompañada de deshidratación.
- En caso de shock (véase *Capítulo 11, Shock*) evite colocar frío porque puede sufrir de hipotermia.
- Llame al SEM.

8. QUEMADURAS



CÓMO ACTUAR ANTE LAS QUEMADURAS POR CALOR *(continuación)*

Quemaduras de tercer grado

- Comuníquese con el SEM.
- Quite las alhajas y la vestimenta que no esté adherida a la piel.
- Atienda el shock (véase *Capítulo 11, Shock*).
- Cubra la quemadura con un apósito seco no adherente y estéril.

TENGA EN CUENTA QUE LA VÍCTIMA TAMBIÉN PUEDE SUFRIR QUEMADURAS EN LA VÍA AÉREA AL INHALAR GASES O VAPORES MUY CALIENTES.



CÓMO ACTUAR ANTE LAS QUEMADURAS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS

- Si es una sustancia en polvo, limpie primero con un trapo o con la mano enguantada y luego, para todas las sustancias químicas, haga correr gran cantidad de agua para barrer la sustancia (por ejemplo, con duchas industriales) por 20 minutos.
- Quite los elementos y la ropa, pero una vez que la víctima está bajo el agua.
- Cubra la zona afectada.
- Llame al SEM.



CÓMO ACTUAR ANTE LAS QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD

- Comuníquese con el SEM en todos los casos, sin importar la profundidad ni el estado de la víctima.
- Verifique que el lugar no sea peligroso para usted o para la persona. Corte la electricidad siempre y cuando sea seguro para usted.
- Haga una evaluación primaria para ver el estado general de la persona.
- Evalúe el mecanismo de daño y, si hubo caídas o golpes, verifique una posible lesión de columna.
- Atienda el shock (véase *Capítulo 11 Shock*).



RESUMEN DEL CAPÍTULO 8

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA CAUSA

- Calor
- Sustancias químicas
- Electricidad

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA PROFUNDIDAD

- 1er. grado (superficiales): afecta la capa externa de la piel (epidermis); hay enrojecimiento, inflamación leve, sensibilidad y dolor.
- 2do. grado (grosor parcial): afecta toda la capa externa de la piel hasta la interna (dermis); se identifican por ampollas, inflamación, secreción de líquido y dolor.
- 3er. grado (grosor total): afecta a todas las capas de la piel (epidermis y dermis), la grasa (hipodermis) y a veces el músculo. La piel tiene aspecto ceroso o gris perlado, a veces carbonizado; el dolor puede ser menor por tener lesionadas las terminales nerviosas.

CÓMO ACTUAR: QUEMADURAS POR CALOR

Quemaduras de primer grado

- Enfríe la lesión dejando correr sobre ella agua corriente fría, lo antes posible, durante 10 minutos por lo menos.
- Si no hay agua corriente fría, se puede usar una compresa fría limpia, NO congelada.
- NO provocar hipotermia cuando las quemaduras son muy extensas, sobre todo en niños. Si la quemadura es muy extensa, se recomienda la consulta médica.
- Quite las alhajas y la vestimenta que no esté adherida a la piel.
- Mantenga hidratada a la persona.

Quemaduras de segundo grado pequeñas (menos del 10% de extensión)

- Quite las alhajas y la vestimenta que no esté adherida a la piel.
- Enfríe la lesión dejando correr sobre ella agua corriente fría, lo antes posible, durante 10 minutos por lo menos.
- Cubra la quemadura con un apósito seco, no adherente y estéril, sin apretar. No se deben reventar las ampollas. Si hay ampollas abiertas, trátelas como una herida abierta.
- Busque atención médica.

8. QUEMADURAS



Quemaduras de segundo grado extensas (más del 10% de extensión)

- Quite las alhajas y la vestimenta que no esté adherida a la piel.
- Enfríe la lesión dejando correr sobre ella agua corriente fría, lo antes posible, durante 10 minutos por lo menos.
- Cubra la quemadura con un apósito seco, no adherente y estéril, sin apretar. No se deben reventar las ampollas. En el caso de ampollas abiertas, trátelas como una herida abierta.
- Si la quemadura es muy extensa (más del 10% de superficie corporal quemada), puede estar acompañada de deshidratación. En caso de shock evite colocar frío porque puede sufrir de hipotermia.
- Llame al SEM.

Quemaduras de tercer grado

- Active el SEM.
- Controle la respiración.
- Quite la vestimenta y las alhajas que no estén adheridas a las zonas quemadas.
- Cubra la quemadura con un apósito limpio o estéril seco, no adherente.
- Atienda el shock.

CÓMO ACTUAR: QUEMADURAS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS

- Si es una sustancia en polvo, limpie primero con un trapo o con la mano enguantada y luego, para todas las sustancias químicas, haga correr gran cantidad de agua para barrer la sustancia por 20 minutos.
- Quite los elementos y la vestimenta, pero una vez que la víctima está bajo el agua.
- Cubra la zona afectada.
- Llame al SEM.

CÓMO ACTUAR: QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD

- Comuníquese con el SEM.
- Verifique que el lugar no sea peligroso para usted o para la persona. Corte la electricidad siempre y cuando sea seguro para usted.
- Haga una evaluación primaria para ver el estado general de la persona.
- Evalúe el mecanismo de daño y, si hubo caídas o golpes, verifique una posible lesión de columna.
- Atienda el shock.





9

EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES

- Introducción
- Ataque cardíaco
- Angina de pecho o angor pectoris
- Muerte súbita
- Accidente cerebrovascular
- Resumen

INTRODUCCIÓN

Las emergencias cardiovasculares incluyen el ataque cardíaco, la angina de pecho, el accidente cerebrovascular y la hipertensión. Muchas de ellas se pueden prevenir con un estilo de vida saludable.

ATAQUE CARDÍACO

Se denomina **ataque cardíaco** o **infarto agudo de miocardio (IAM)** a la muerte de una parte del músculo cardíaco por falta o reducción del suministro de sangre y, por consiguiente, de oxígeno y nutrientes (**Figura 9.1**).

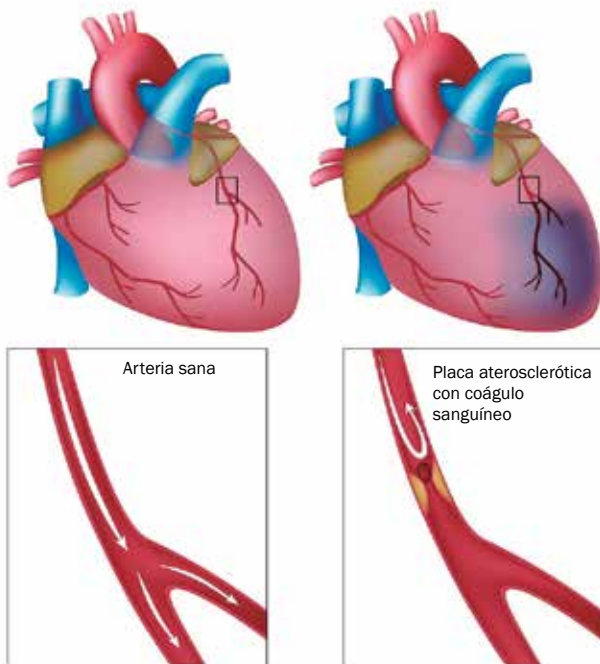
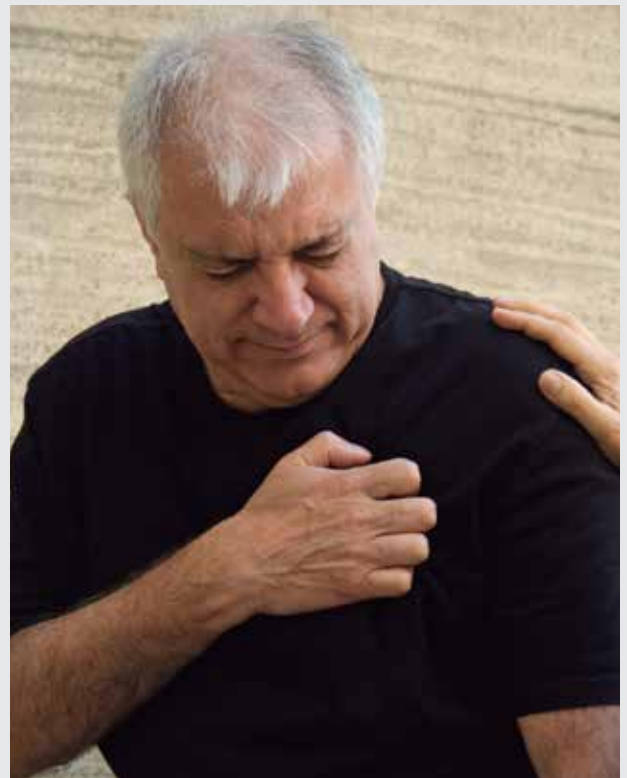


Figura 9.1. Anatomía del ataque cardíaco



CÓMO RECONOCER UN ATAQUE CARDÍACO



- Presión, opresión o dolor en el pecho que dura más de unos minutos o que va y viene.
- Dolor que se irradia a los hombros, al cuello, a la mandíbula, a la boca del estómago o a los brazos (más comúnmente al brazo izquierdo).
- Mareos, palidez, sudoración, náuseas.
- Dificultad para respirar o falta de aire.
- En algunos casos (personas diabéticas, ancianas o un porcentaje de mujeres), la víctima no presenta los signos clásicos del ataque cardíaco. En su lugar presentan dolor abdominal y fatiga extrema.

ANGINA DE PECHO O ANGOR PECTORIS

Se denomina angina de pecho al dolor torácico ocasionado por el músculo cardíaco cuando no recibe suficiente sangre. En general, es provocada por la actividad física.

ES SIMILAR AL ATAQUE CARDÍACO PERO EL DOLOR NO SUELE DURAR MÁS DE 10 MINUTOS. ANTE LA DUDA, TRÁTELO COMO UN ATAQUE CARDÍACO.



CÓMO RECONOCER LA ANGINA DE PECHO

- Es similar al ataque cardíaco pero el dolor no suele durar más de 10 minutos.
- Lo habitual es que ya se hayan diagnosticado problemas cardiovasculares a la víctima y que estos se alivien con medicación (nitroglicerina).
- Ante la duda, trátelo como un ataque cardíaco.



¡ATENCIÓN!

Antes de sugerirle que tome su medicación, pregúntele si ha tomado alguna para la disfunción eréctil como Viagra®, Levitra® o Cialis® en las últimas 48 horas; en el caso de que haya tomado alguno de estos fármacos, no permita que ingiera la nitroglicerina.



CÓMO ACTUAR ANTE UN ATAQUE CARDÍACO O UNA ANGINA DE PECHO



- El tratamiento en un primer socorro para el ataque cardíaco o la angina de pecho es el mismo.
- Haga que la víctima suspenda toda actividad física y llame al SEM.
- Ayúdela a adoptar una posición cómoda (semi-sentada).
- Si la persona ya toma medicación para la angina de pecho (por ejemplo, nitroglicerina), ayúdela a tomarla.
- Si la víctima no es alérgica al ácido acetilsalicílico (AAS), conocido comúnmente como aspirina, dele una aspirina regular de 325 mg y haga que la mastique. En una emergencia resulta más efectivo que tragarla.
- Si el dolor dura más de 10 minutos, sospeche un ataque cardíaco.
- Si aún no ha llamado al SEM, hágalo.
- Controle la respiración y, si la víctima no responde y no respira, inicie la RCP.

MUERTE SÚBITA

Se trata de una muerte inmediata en una persona que no presentaba problemas médicos aparentes. La causa más común son los problemas cardiovasculares.

Este cuadro puede revertirse, y cualquiera de nosotros puede ayudar a salvar una vida. La mayoría de las muertes súbitas fuera de un hospital se deben a la **Fibrilación Ventricular (FV)**. Si bien es muy difícil contar con un desfibrilador a tiempo (en 3 o 4 minutos de ocurrido el episodio), las probabilidades de supervivencia aumentan si alguien que está presente le brinda los primeros socorros indicados para estas situaciones, es decir, inicia la secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio.

LA MUERTE SÚBITA EN BEBÉS

El **síndrome de muerte súbita en bebés** se produce cuando el bebé muere mientras duerme. Ocurre principalmente hasta el primer año de vida. Al no conocerse las causas de este síndrome se ha establecido un listado de **pautas preventivas** en base a las estadísticas:

- Hacer que el bebé duerma boca arriba (no se debe acostar al niño boca abajo).
- No exponer al bebé al humo del tabaco (los padres y madres que fuman podrían disminuir el riesgo de que sus bebés tengan este síndrome abandonando la adicción o fumando solamente fuera de la casa).
- Alimentar al bebé con leche materna, de ser posible (la lactancia natural disminuye el riesgo).
- Colocar al bebé sobre un colchón firme evitando elementos en la cuna. No colocar al bebé en la cuna con un exceso de ropa de

cama, un colchón demasiado blando ni peluches (todo lo anterior podría ocasionar eventualmente una asfixia).

- Mantener la habitación fresca (temperatura no muy elevada).

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El accidente cerebrovascular (ACV) se produce cuando se corta el suministro de sangre al cerebro, porque los vasos sanguíneos se obstruyen (ACV isquémico) o se rompen (ACV hemorrágico) (Figura 9.2).

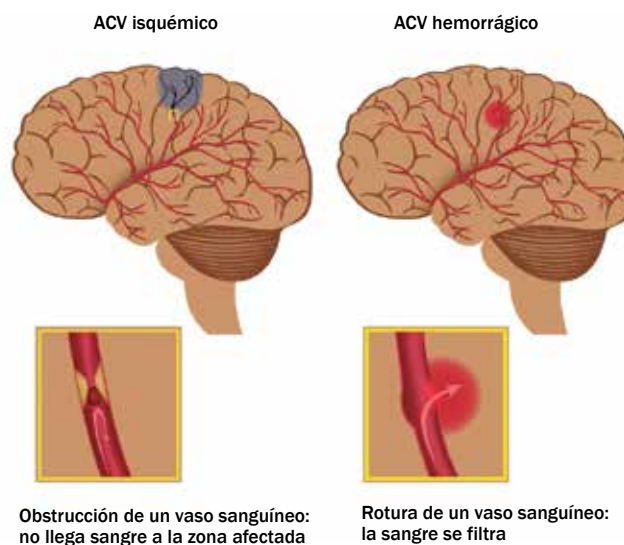


Figura 9.2. Accidente cerebrovascular

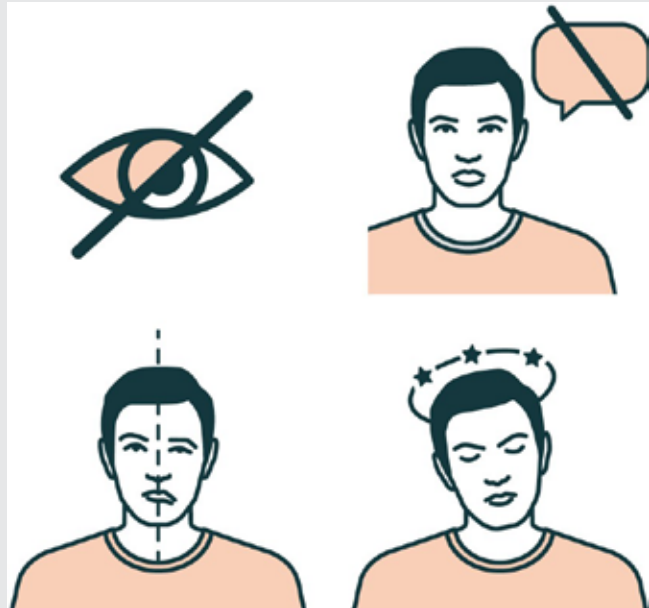


9. EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES



CÓMO RECONOCER UN ACV

- Haga que la persona sonría o muestre sus dientes. Si la persona tiene entumecimiento o parálisis de una parte de la cara y el otro lado tiende a caer, podría ser un signo de ACV.
- Haga que la persona cierre los ojos y mantenga los brazos hacia adelante durante unos 10 segundos. Si un brazo no se mueve o queda más abajo en comparación con el otro brazo, podría ser un signo de ACV.
- Haga que la persona diga “No se puede enseñar trucos nuevos a un perro viejo” o cualquier otra frase familiar. Si la persona tartamudea, no puede hablar o tiene cualquier otro trastorno del lenguaje, podría estar sufriendo un ACV.
- Signos y síntomas de ACV podrían ser:
 - Visión borrosa o disminuida.
 - Trastornos en el habla o lenguaje.
 - Mareos o pérdida del equilibrio o de la motricidad.
 - Dolor de cabeza súbito.
 - Debilidad, entumecimiento o parálisis de la cara o un lado del cuerpo.



CÓMO ACTUAR ANTE UN ACV

- Solicite atención médica (llame al SEM).
- Si la víctima responde, acuéstela de espalda, con la cabeza y los hombros ligeramente elevados.
- Si la víctima vomita, colóquela en Posición Lateral de Seguridad (PLS).
- Controle la respiración y, si la víctima no responde y no respira, inicie la RCP.



PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Controle los **factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares** (véanse a continuación los factores modificables y no modificables), ya que es la mejor forma de disminuir la incidencia de estas enfermedades. Recuerde que la manera de prevenir estas enfermedades consiste en tener una **vida saludable**:

- No fume.
- Realice ejercicio físico (a veces con caminar regularmente es suficiente).
- Controle su presión arterial y su colesterol con frecuencia.
- Controle su peso y consulte a su médico cuál es el peso adecuado para su contextura física.

NO MODIFICABLES

- herencia
- edad

MODIFICABLES

- tabaquismo
- presión arterial elevada
- colesterol elevado
- diabetes
- obesidad
- sedentarismo
- estrés



RESUMEN DEL CAPÍTULO 9

ATAQUE CARDÍACO

Cómo reconocerlo

- Presión, opresión o dolor en el pecho que dura más de unos minutos o va y viene.
- Dolor que se irradia a los hombros, el cuello, la mandíbula o los brazos.
- Mareos, sudoración, náuseas.
- Dificultades para respirar.
- En algunos casos (personas diabéticas, ancianas o un porcentaje de mujeres), la víctima no presenta los signos clásicos del ataque cardíaco. En su lugar presentan dolor abdominal y fatiga extrema.

ANGINA DE PECHO

Cómo reconocerla

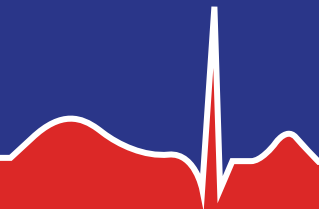
- Es similar al ataque cardíaco.
- No suele durar más de 10 minutos.
- Casi siempre se alivia con la medicación (nitroglicerina).
- Ante la duda, sospeche un ataque cardíaco.

Cómo actuar ante un ataque cardíaco o una angina de pecho

- Llame al SEM.
- Haga que la víctima adopte una posición cómoda.
- Ayúdela a tomar su medicación prescrita en caso de dolor. Por ejemplo, nitroglicerina.
- Dele una aspirina regular o masticable, salvo que sea alérgica.
- Controle la respiración y, si la víctima no responde y no respira, inicie la RCP.

MUERTE SÚBITA

- Es la muerte inmediata de una persona que no presentaba problemas médicos aparentes.
- La causa más común son los problemas cardiovasculares.
- La mayoría de las muertes súbitas fuera de un hospital se deben a la fibrilación ventricular.
- Hay mayor probabilidad de que sobreviva si la persona presente en la escena inicia la secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio.



En bebés:

- Se produce cuando el bebé muere mientras duerme.
- Ocurre principalmente hasta el primer año de vida.
- La mejor forma de prevenirla es hacer que el bebé duerma boca arriba, y que los ambientes estén libres de humo de tabaco.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Cómo reconocerlo

- Debilidad, entumecimiento o parálisis de la cara o un lado del cuerpo.
- Visión borrosa o disminuida.
- Trastornos en el habla o lenguaje.
- Mareos o pérdida del equilibrio o de la motricidad.
- Dolor de cabeza súbito.

Cómo actuar

- Solicite atención médica (SEM).
- Si la víctima responde, acuéstela de espalda con la cabeza y los hombros ligeramente elevados.
- Si la víctima vomita, colóquela en PLS.
- Controle la respiración y si no responde y no respira, inicie RCP.

FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

NO modificables

- Herencia
- Edad

Modificables

- Tabaquismo
- Presión arterial elevada
- Colesterol elevado
- Diabetes
- Obesidad
- Sedentarismo
- Estrés



9. EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES



10

DESMAYOS Y ESCALA AVDN

- Introducción
- Desmayos
- Escala AVDN
- Resumen

INTRODUCCIÓN

Los desmayos son pérdidas breves del conocimiento que en general no implican un riesgo de vida, salvo en casos específicos.

El nivel de conciencia de la víctima se puede medir con la escala AVDN.

DESMAYOS

Los **desmayos** en general se producen cuando disminuye el flujo sanguíneo al cerebro. Las **causas** pueden ser:

- Baja presión arterial
- Agotamiento o golpe de calor
- Deshidratación
- Intoxicaciones
- Susto o emoción violenta
- Golpe en la cabeza
- Hemorragia
- Hipoglucemia
- Permanecer parado por mucho tiempo

NO TIENE QUE DAR A LA VÍCTIMA SAL NI PRODUCTOS PARA OLER (COMO PERFUMES), NI GOLPEARLA, NI LANZARLE AGUA EN LA CARA NI DARLE NADA DE TOMAR HASTA QUE ESTÉ RECUPERADA Y TENGA GANAS DE BEBER.

ESCALA AVDN

La escala AVDN es una escala para medir el nivel de conciencia de una víctima, que disminuirá siempre desde la A hasta la N, pasando por la V y la D. Esta escala es de uso universal y tiene la finalidad de unificar el lenguaje.



REGLA MNEMOTÉCNICA AVDN

- A** Alerta
- V** Responde al estímulo Verbal
- D** Responde a estímulos Dolorosos
- N** No responde a estímulos

A Significa que una víctima está alerta, es decir, que está orientada en tiempo, espacio y persona (se ubica en tiempo, lugar e identidad. Le podemos preguntar por ejemplo: qué año es, el país en donde se encuentra y quién es presidente actualmente). Por otro lado, contesta con oraciones claras y bien estructuradas.

V Significa que la víctima no está alerta pero responde a estímulos verbales.

D La víctima no responde a estímulos verbales pero aún responde a los estímulos dolorosos.

N Es el nivel más bajo de la escala de conciencia y son víctimas que no responden a ningún tipo de estímulos.



CÓMO RECONOCER UN DESMAYO

- Es la falta de respuesta súbita por un tiempo breve, combinada con palidez y sudoración.
- La mayoría de las veces no implica un peligro y la víctima se recupera a la brevedad.
- Es importante descartar las lesiones que se pudieron haber ocasionado por la misma caída al desmayarse.
- Un desmayo será considerado de gravedad si la persona está inconsciente por más de 2 minutos, vuelve a desmayarse luego de recuperarse o pierde el conocimiento estando acostada o sentada.
- Los desmayos pueden ser precedidos de mareos, palidez, sudoración, náuseas. Si reconoce estos síntomas ayude a la persona a recostarse en el piso.



CÓMO ACTUAR ANTE UN DESMAYO

- Controle la respiración y, si no respira, comience la secuencia de atención del paro cardiorespiratorio.
- Si la víctima no responde, respira y no sospecha de lesión de columna o de cráneo, colóquela en PLS.



- Afloje la ropa ajustada.
- Mantenga a la víctima abrigada.
- Si se cayó, controle si tiene lesiones y evite que se mueva.
- Debe solicitar atención médica si:
 - La víctima tiene episodios reiterados de desmayos.
 - No recupera rápidamente el conocimiento (pasa más de 1 minuto) o pierde la conciencia mientras está sentada o recostada.
 - Los desmayos no tienen una razón aparente o las causas incluyen traumatismos de cráneo, hemorragias o intoxicaciones.
 - Es un adulto mayor, una embarazada o una persona diabética.
- No dé a inhalar nada a la persona, no dé nada para comer o beber hasta que la persona esté completamente recuperada y pueda tragar, no coloque o tire agua en la cara ni intente darle cachetazos a la persona.



RESUMEN DEL CAPÍTULO 10

DESMAYOS

Cómo reconocerlos

- Falta de respuesta breve y súbita
- Palidez
- Sudoración

Escala AVDN: Evaluación del estado de conciencia de la víctima

A alerta, es decir, orientada en tiempo, espacio y persona, contesta con oraciones claras y bien estructuradas.

V responde a estímulos **verbales**.

D responde a estímulos **dolorosos**.

N no responde a ningún tipo de estímulos.

Cómo actuar

- Controle la respiración y, si no respira, comience la secuencia de atención del paro cardiorrespiratorio.
- Si la víctima no responde, respira y no sospecha de lesión de columna o de cráneo, colóquela en PLS.
- Afloje la ropa ajustada.
- Si la víctima se cayó, controle si tiene lesiones.
- Solicite atención médica si la víctima:
 - Tiene episodios reiterados de desmayos.
 - No recupera rápidamente el conocimiento.
 - Pierde la conciencia mientras está sentada o recostada.
 - Los desmayos no tienen una razón aparente.
 - Es un adulto mayor, una embarazada o una persona diabética.



10. DESMAYOS Y ESCALA AVDN



BIBLIOGRAFÍA

- Acheson EM, Kheirabadi BS, et al. Comparison of hemorrhage control agents applied to lethal extremity arterial hemorrhages in swine. *J Trauma*. 2005;59(4):865.
- American College of Emergency Physicians. What to do in a medical emergency: Choking (Heimlich maneuver). <http://www.emergencycareforyou.org/EmergencyManual/WhatToDoInMedicalEmergency/Default.aspx?id=224>. Accessed Aug. 19, 2011.
- American Red Cross. First Aid/CPR/AED Participant's Manual. <http://editiondigital.net/publication/?i=64159>. Acceso Ago. 19, 2011.
- Bleeding Control de la American College of Surgeons y The Committee on Trauma, Stop the Bleed, USA, 2017.
- Cairns KJ, Hamilton AJ, et al. The obstacles to maximizing the impact of public access defibrillation: an assessment of the dispatch mechanism for out-of-hospital cardiac arrest. *Heart* 2008;94:349-353
- Canadian Consensus, Guidelines on First Aid and CPR, CANADÁ, 2016.
- Cheskes S, Schmicker RH, et al., Resuscitation Outcomes Consortium (ROC) investigators. The impact of peri-shock pause on survival from out-of-hospital shockable cardiac arrest during the Resuscitation Outcomes Consortium PRIMED trial. *Resuscitation*. 2014 Mar;85(3):336-42
- Christian C, Greenbaum VJ, et al. Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children. *UpToDate* Nov 2014. Actualizado por última vez: Oct 08, 2013.
- Culley LL, Rea TD, et al. Public access defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest: a community-based study. *Circulation*. 2004;109:1859-1863.
- Del Rossi G, Horodyski M, et al. Transferring patients with thoracolumbar spinal instability: are there alternatives to the log roll maneuver? *Spine* 2008;33(14):1611.
- Dorlac WC, DeBakey ME, et al. Mortality from isolated civilian penetrating extremity injury. *J Trauma*. 2005;59(1):217
- Guidelines for diagnosis and management of food allergy in the United States. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. *J of Allergy and Clinical Immunology* 2010;126(6) (Suppl.):S1-S58
- Hansen CM, Wissenberg M, et al. Automated External Defibrillators Inaccessible to More Than Half of Nearby Cardiac Arrests in Public Locations During Evening, Nighttime, and Weekends. *Circulation*. 2013;128:2224-2231
- Hazinski MF, Nolan JP, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations *Circulation*. 2010;122:S250-S275
- Herlitz J, Andersson E, et al. Experiences from treatment of out-of-hospital cardiac arrest during 17 years in Göteborg. *Eur Heart J*. 2000;21(15):1251.
- Herlitz J, Engdahl J, et al. Characteristics and outcome among children suffering from out-of-hospital cardiac arrest in Sweden. *Resuscitation*. 2005;64(1):37.
- Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Resuscitation*. 2000;47: 59-70.
- ILCOR. International Liaison Committee on Resuscitation
- Lieberman P, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;126:477.
- Lieberman PL. Anaphylaxis. En: Adkinson NF, et al. *Middleton's Allergy: Principles and Practice*. 7th ed. Filadelfia, Pa.: Mosby; 2008.
- López-Herce J, García C, et al, Spanish Study Group of Cardiopulmonary Arrest in Children. Outcome of out-of-hospital cardiorespiratory arrest in children. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21(12):807.



Oyetunji TA, Chang DC, et al. Redefining hypotension in the elderly: normotension is not reassuring. *Arch Surg*. 2011;146(7):865.

Rea TD, Eisenberg MS, et al. Temporal trends in sudden cardiac arrest: a 25-year emergency medical services perspective. *Circulation*. 2003;107(22):2780.

Simons FE, et al. Anaphylaxis: Rapid recognition and treatment. <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accessed Oct. 20, 2011.

Sloan JP, Hain R, et al. Clinical benefits of early cold therapy in accident and emergency following ankle sprain. *Arch Emerg Med*. 1989;6(1):1.

The role of bystanders during rescue and resuscitation of drowning victims. Venema AM, Groothoff JW, Bierens JJ. *Resuscitation*. 2010;81(4):434.

Tipton MJ, Golden FS. A proposed decision-making guide for the search, rescue and resuscitation of submersion (head under) victims based on expert opinion. *Resuscitation*. 2011 Jul;82(7):819-24. Epub 2011 Apr 1.

Valenzuela TD, Roe DJ, et al. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation*. 1997;96(10):3308.

Venema AM, Groothoff JW, Bierens JJ. The role of bystanders during rescue and resuscitation of drowning victims. *Resuscitation* 2010; 81:434.



CRÉDITOS DE IMÁGENES

Todas las fotos e ilustraciones pertenecen a AIDER, salvo:

Tapa: ©Photographee.eu/Shutterstock, Inc.

XIII: ©bunnygraphy/Shutterstock, Inc.

Capítulo 1

Portada capítulo 1: ©Mangostock/Shutterstock, Inc.

Figura 1.2: ©wavebreakmedia/Shutterstock, Inc.

Figura 1.3 (izquierda): ©Africa Studio/Shutterstock, Inc.

Figura 1.3 (derecha): ©Iakov Filimonov/Shutterstock, Inc.

Recuadro de interés, página 7: ©wk1003mike/Shutterstock, Inc.

Botiquín de Primeros Socorros: ©showcake/Shutterstock, Inc.

Capítulo 2

Figura 2.1: ©Abert/Shutterstock, Inc.

Figura 2.3: ©pixelaway/Shutterstock, Inc.

Capítulo 5

Figura 5.1: ©tandem/Shutterstock, Inc.

Figura 5.2: ©Ana Caravaca Caballero

Figura 5.3: ©hans engbers/Shutterstock, Inc.

Capítulo 6

Figura 6.1: ©Alila Medical Media/Shutterstock, Inc.

Figura 6.2: ©Sebastian Kaulitzki/Shutterstock, Inc.

Figura 6.3: ©Designua/Shutterstock, Inc.

Figura 6.4: ©Alila Medical Media/Shutterstock, Inc.

Figura 6.5: ©Alila Medical Media/Shutterstock, Inc.

Recuadro de interés, página 65: ©Artemida-psy/Shutterstock, Inc.

Capítulo 7

Figura 7.1: ©wellphoto/Shutterstock, Inc.

Recuadro de atención, página 76: ©A3pfamily/Shutterstock, Inc.

Capítulo 8

Portada capítulo 8: ©Jahanzaib Naiyyer/Shutterstock, Inc.

Figura 8.2: ©Alila Medical Media/Shutterstock, Inc.

Figura 8.3: ©Suzanne Tucker/Shutterstock, Inc.

Figura 8.5: ©Jahanzaib Naiyyer/Shutterstock, Inc.

Recuadro de CÓMO ACTUAR, página 87: ©Mark Winfrey/Shutterstock, Inc.

Capítulo 9

Figura 9.1: ©Alila Medical Media/Shutterstock, Inc.

Figura 9.2: ©Alila Medical Media/Shutterstock, Inc.

Recuadro de CÓMO RECONOCER UN ACV, página 95: ©elenabsl/Shutterstock, Inc.

GUÍA PARA EL ALUMNO

PRIMEROS SOCORROS BÁSICOS CON RCP Y DEA

Las guías del Programa de Socorrismo Urbano de AIDER son de suma utilidad tanto para los ámbitos laborales como para el hogar. Están escritas por miembros de la asociación internacional AIDER, con el apoyo de muchos centros internacionales de entrenamiento (miembros de la red internacional). Redactada en un lenguaje claro y sencillo, la guía ayuda a los socorristas a tomar decisiones en una emergencia o urgencia médica.

Si usted quiere aprender qué observar y cómo actuar en el caso tanto de lesiones como de problemas médicos, el programa de entrenamiento le brindará las competencias necesarias para salvar una vida.

La guía de Primeros Socorros Básicos con RCP y DEA de AIDER incluye:

- Las recomendaciones para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE) 2015 (basadas en el 2015 International Consensus on CPR and ECC Science With Treatment Recommendations)
- Información actual sobre lesiones y enfermedades (basada en el 2015 International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations)

Prepárese para las emergencias haciendo un curso dentro del programa de Socorrismo Urbano de AIDER en un centro de entrenamiento internacional, ITC, certificado (www.aider.org). Usted podrá luego verificar su condición online y actualizarse de forma continua.



visite nuestra página www.aider.org