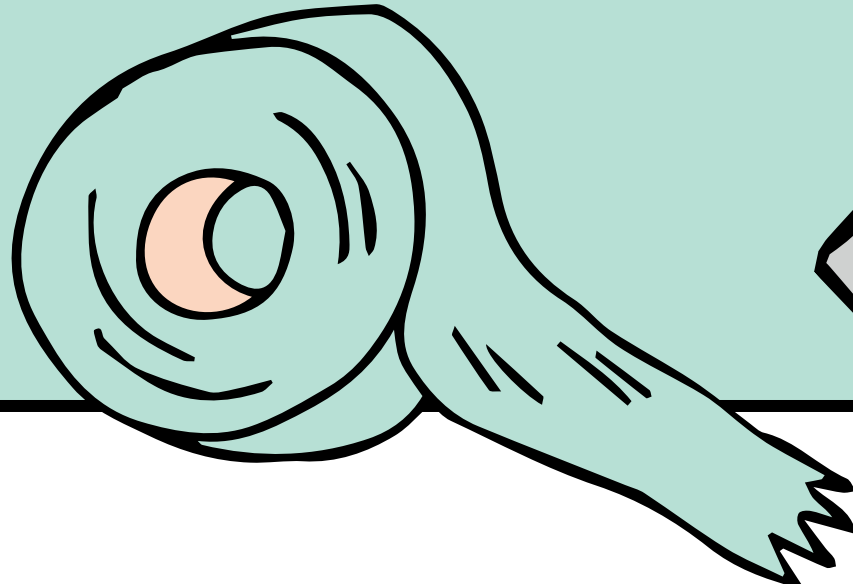
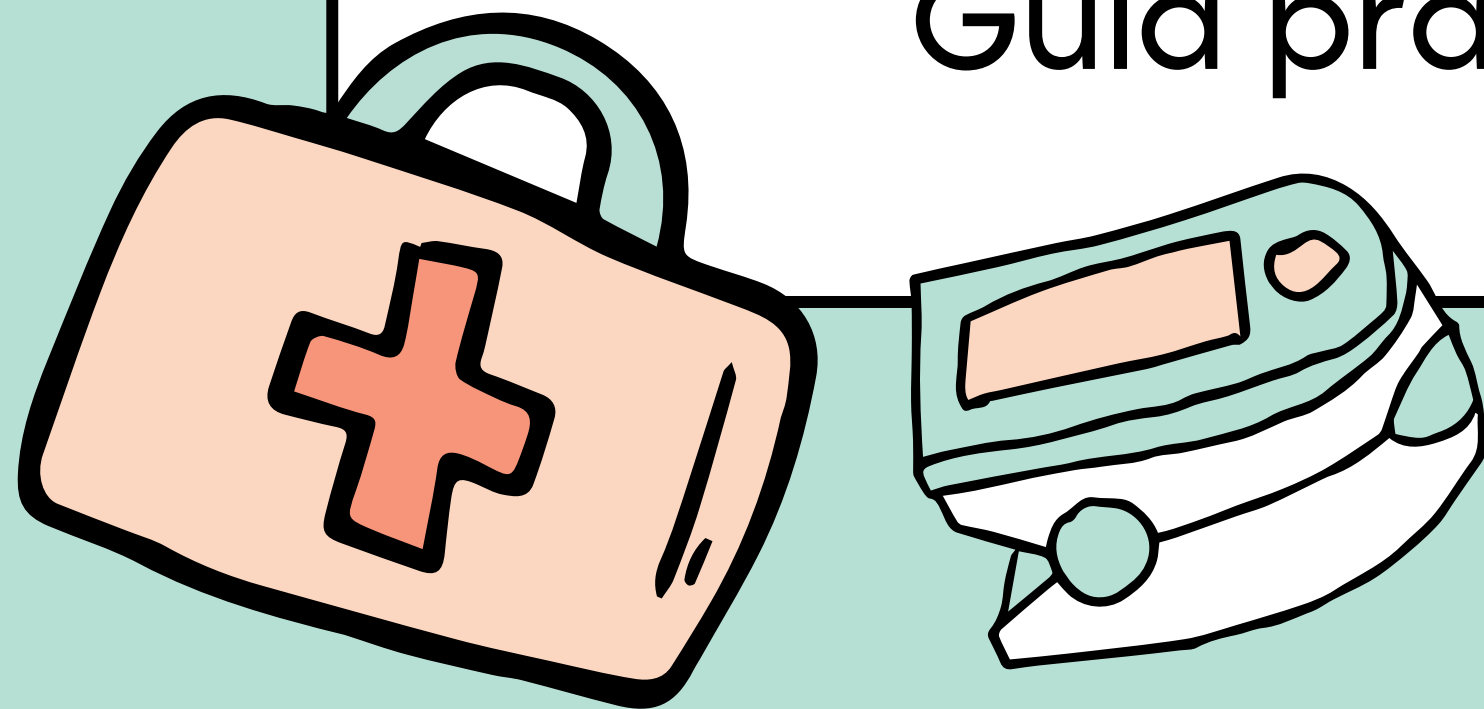




Primeros auxilios:

Guía práctica para Yoguis



Elena Graell

Enfermera, Yoguini y profesora de Yoga

Alberto Rojo

Cirujano general y digestivo y Yogui



Hola, somos Elena y Alberto

Trabajamos desde hace más de 20 años en el hospital Infanta Sofía entre urgencias y Qx. Nos encanta cuidar de los demás y nos apasiona el Yoga. Esta perfecta combinación hace que podamos ofrecer la formación de primeros auxilios para futuros Yoguis y que se sientan tranquilos en cualquier situación de emergencia en la que se puedan encontrar, en sus futuras clases y en la vida en general.

Esperamos que os guste y que aprendáis mucho

Namasté



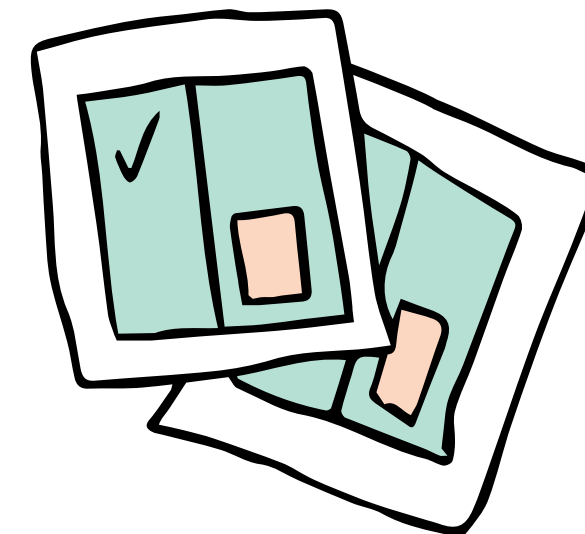
Primeros auxilios:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los primeros auxilios como los cuidados o la **asistencia inmediata**, adecuada y provisional brindada a personas accidentadas o con enfermedades repentinas.

Su propósito principal es **preservar la vida, aliviar el dolor y evitar que la situación empeore** hasta la llegada de asistencia médica profesional.

Objetivo general

A través de la información aportada, dotar a las personas asistentes a este curso de los **recursos** suficientes para enfrentarse a distintas situaciones de emergencia, y poder colaborar y saber **cómo actuar**.



Objetivos específicos

- Conservar la vida.
- Evitar complicaciones físicas y psíquicas.
- Ayudar a la recuperación y asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial.
- Gestionar el revuelo producido en torno a la víctima.

Riesgos en la intervención

- Inhalación de gases o sustancias tóxicas y corrosivas.
- Sufrir traumatismos por elementos circundantes ajenos al accidente.
- Escasez de visibilidad del entorno del accidente por condiciones adversas.
- Escaso control de la situación por incapacidad o falta de conocimiento para la actuación adecuada.
- Contagio de enfermedades o infecciones por atención al accidentado.

Riesgos en la intervención

Durante la ayuda a un lesionado **no debes** poner en peligro tu integridad ya que, si no actúas adecuadamente, puedes convertirte en una nueva víctima.

Definiciones

*ACCIDENTE:

- Cualquier suceso provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario y que da lugar a una lesión corporal.

*URGENCIA:

- Evento que debe ser atendido lo más pronto posible, pero donde no está comprometida la vida del paciente de manera inmediata.
Ej. Herida, esguince...

*EMERGENCIA:

- Todo evento súbito que compromete la vida del paciente y que debe ser resuelto de inmediato. Ej. PCR, atragantamiento...

PRIMEROS AUXILIOS:



Es importante que sepas diferenciar entre las anteriores definiciones para poder realizar los cuidados inmediatos, en función de la **gravedad** y brindar **asistencia temprana** hasta que la persona pueda recibir asistencia médica.

Justificación legal del conocimiento de los primeros auxilios



Artículo 195

1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.
2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.
3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a 18 meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años.

Legalidad

Artículo 196

El profesional que, estando obligado a ello, **denegare** asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será **castigado** con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

**EL DESCONOCIMIENTO DE LA LEY
NO EXIME DE SU CUMPLIMIENTO**

Aspectos ético-legales

Existen 4 principios en ética sanitaria:



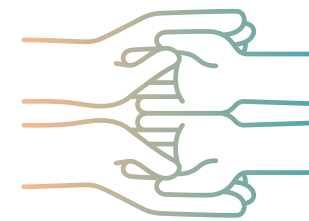
AUTONOMÍA

El paciente tiene derecho a que se **respeten** sus deseos y decisiones



BENEFICENCIA

El personal que interviene en la asistencia tiene la obligación de **hacer el bien** a la persona



NO MALEFICENCIA

Delimita la obligación de **no hacer daño** de forma intencionada



JUSTICIA

Toda actuación que se lleva a cabo debe estar dentro de los **límites de la ley**

Aspectos ético-legales

El socorrismo es un **DEBER** del ciudadano.

Ante un accidentado la persona más cercana es la que debe prestar los primeros auxilios.

Es más beneficioso saber qué es lo que NO se debe hacer, que hacer algo de consecuencias desconocidas para nosotros.



LA PRIMERA ACTUACIÓN ES :
MANTENER LA CALMA

just
BREATHE

Protocolo de actuación ante cualquier emergencia

PAS



P

Proteger



A

Avisar



S

Socorrer

Protocolo PAS

Hay tres principios básicos que todo socorrista debe conocer y aplicar, **en este orden**.

PROTEGER:

- Un socorrista siempre debe proteger. En primer lugar, a él mismo, y en segundo lugar a la víctima.
- Además, se pueden evitar nuevos accidentes **señalizando** el lugar del accidente.
- Nunca se moverá al herido, con excepción de que su vida corra peligro si permanece en el mismo lugar y siempre que se le desplace, deberá mantenerse **recto el eje cabeza-cuello-tronco** y seguirse el protocolo de traslado de heridos.

AVISAR:

- Siempre hay que llamar a los Servicios de Emergencias 112, y dejar, en la medida de lo posible, una línea de comunicación abierta con estos Servicios.

SOCORRER:

- Ésta es la finalidad principal de los primeros auxilios, pero para hacerlo correctamente es fundamental la **adecuada valoración del herido**.

Avisar

112



Información a proporcionar cuando se llama al 112:

- Identificarse e informar del **lugar exacto** desde donde llama y dónde se encuentra la víctima o víctimas.
- **Causa** de la llamada: accidente, dolor en el pecho, ahogo, pérdida de conciencia...
- **Estado** aparente de los heridos.
- En caso de accidente, **tipo, circunstancias, nº de heridos y posibles riesgos** como factores que puedan agravar el accidente (árboles a punto de caer, postes de alta tensión...)
- En caso de un síncope: informar si la pérdida de conciencia ha sido o no presenciada, el tiempo de evolución, así como si responde a ordenes o a estímulos y si respira o no espontáneamente.
- Conteste a las preguntas de la manera más escueta posible.
- Cuelgue siempre en último lugar o mantenerse en línea manteniendo la **calma**.

¡El que más grita no es el más grave!

Socorrer

Que NO se debe hacer en un caso de urgencia o emergencia:

- No mover al herido. Los únicos casos en los que **habría que movilizar** a un herido son:
 - Para poder aplicarle los primeros auxilios.
 - Para evitar un agravamiento de sus heridas.
 - Para protegerle de un nuevo accidente.
- No hacer más que lo indispensable.
- **No dar de beber** a una persona inconsciente.
- **No hay que dejar solo** a un accidentado.
- No Permanecer en el lugar si la víctima esta violenta o discute.



Manten la calma y si es necesario, haz unas respiraciones tranquilizadoras

Socorrer

Que **SI se debe hacer** en un caso de urgencia o emergencia:

- Si es seguro, acércate a la víctima y haz una rápida valoración del conjunto de la situación
- Permanece en **CALMA**, sin gritar dando confianza y tranquilizando a la víctima y a quienes la rodean.
- **Pregunta** a los observadores si conocen a la víctima y lo ocurrido.
- Pregunta si algún observador tiene entrenamiento en Primeros Auxilios.
- **Delega** la responsabilidad a personas que tienen mayor capacidad técnica.



VALORACIÓN DEL HERIDO: Esta valoración se hará de manera rápida y sistemática:

1. Valoración primaria
2. Valoración secundaria

Valoración del herido

VALORACIÓN PRIMARIA:



A: AIRWAY (vía aérea)

Valorar la permeabilidad de las vías aéreas, y comprobar si llega aire a los pulmones



B: BREATHING (ventilación)

Valorar la existencia o no de respiración espontánea, rítmica y con frecuencias adecuadas



C: CIRCULATION (circulación)

Valorar la existencia o no de latido cardíaco a través de los pulsos centrales y la presencia o ausencia de hemorragias.

VALORACIÓN PRIMARIA:

El cerebro es el órgano más delicado del cuerpo humano y la falta de **oxígeno y glucosa**, puede provocar, en poco tiempo, lesiones irreversibles, produciéndose su muerte tras ocho o diez minutos de anoxia.

VALORAR EL ESTADO DE CONCIENCIA:

Para saber si una persona accidentada está consciente o inconsciente se le preguntará en voz alta y clara: – **¿Me oye?** – ¿Qué le ha ocurrido? – ¿Cómo se encuentra? Si la persona afectada contesta, es señal de que mantiene las constantes vitales de consciencia, respiración y pulso.

COMPROBAR SU RESPIRACIÓN:

Observar los movimientos torácicos y abdominales, acercándose a su boca y nariz para percibir la salida del aire y notar el calor del aire espirado.

CIRCULACIÓN:

Tomar el **pulso** equivale a contar la frecuencia cardiaca. Se puede tomar en cualquier arteria, pero las más accesibles son las carótidas.

En caso de no observar signos de vida comenzar cuanto antes con las técnicas de resucitación cardiopulmonar (compresiones torácicas y si es posible respiraciones de rescate)

VALORACIÓN SECUNDARIA:

CABEZA:

- Buscar heridas y contusiones en cuero cabelludo y cara.
- Salida de sangre por nariz y oídos. Lesiones en los ojos y a su alrededor.
- Aspecto de la cara (piel fría, pálida, sudorosa).
- Vómitos o esputos con sangre.

CUELLO:

- Determinar el pulso carotideo en un minuto (60-100 lpm).
- Aflojar las prendas ajustadas (si es posible).

TÓRAX:

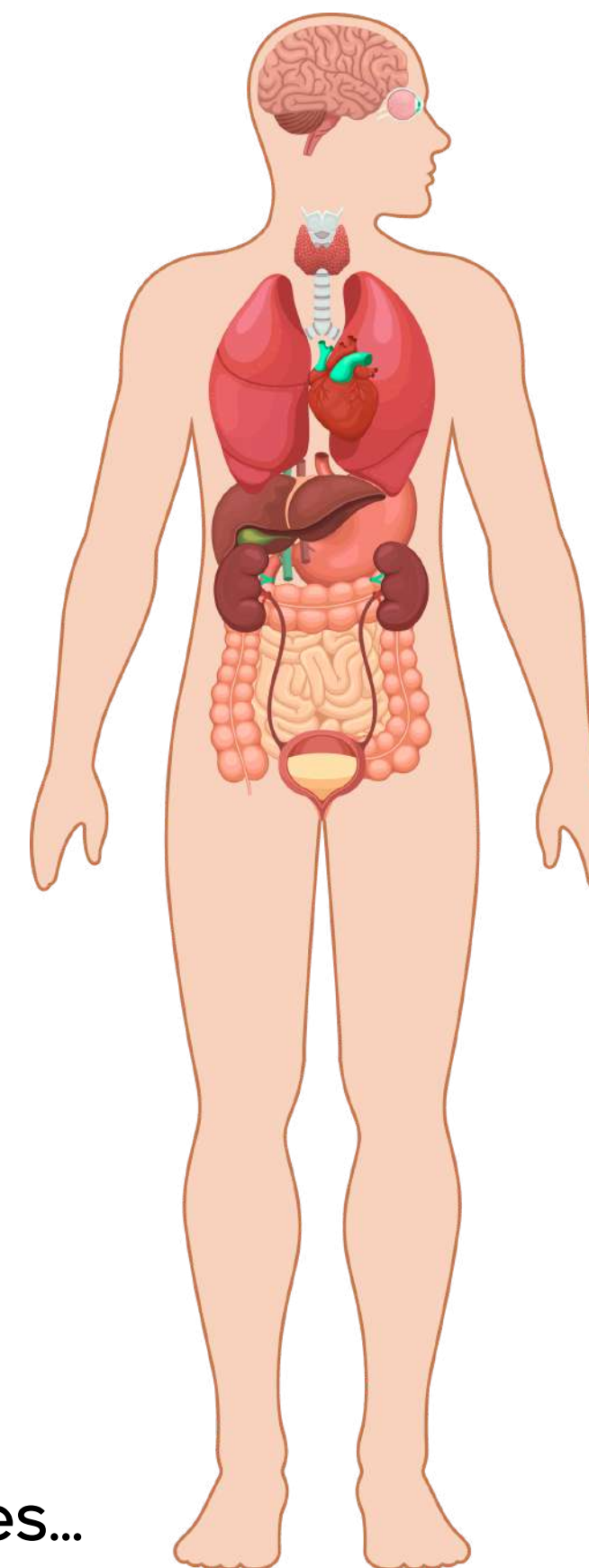
- Buscar heridas o deformidades que hagan sospechar una fractura.
- Alteraciones o dificultad en los movimientos respiratorios.
- Dolor.

ABDOMEN:

- Heridas o contusiones.
- Muy duro o depresible al tacto. Dolor.

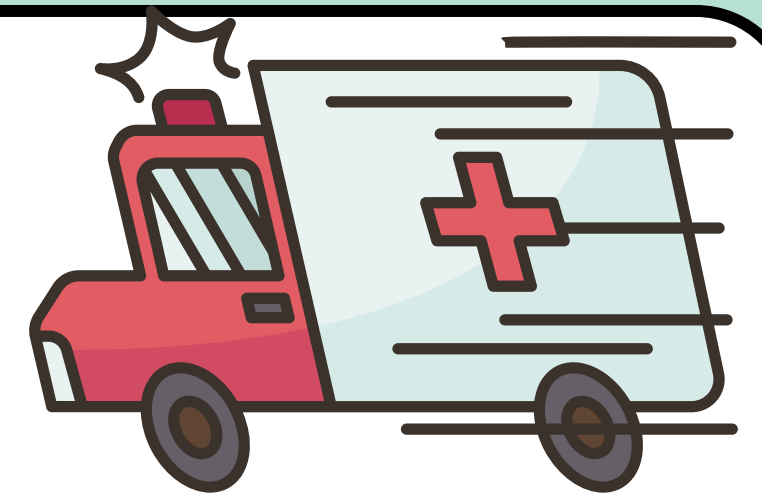
EXTREMIDADES:

- Examinar brazos y piernas en busca de heridas, deformidades, inflamaciones...
- Valorar la sensibilidad para descartar lesiones en la médula.



P A S
↓
A B C





SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB)

PARADA CARDIO RESPIRATORIA (PCR)

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)



Definiciones:

PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR):

Interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y la circulación espontáneas.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP):

Conjunto de maniobras encaminadas a revertir una PCR.

SOPORTE VITAL:

Amplía el concepto de RCP + reconocimiento de las situaciones de emergencia.

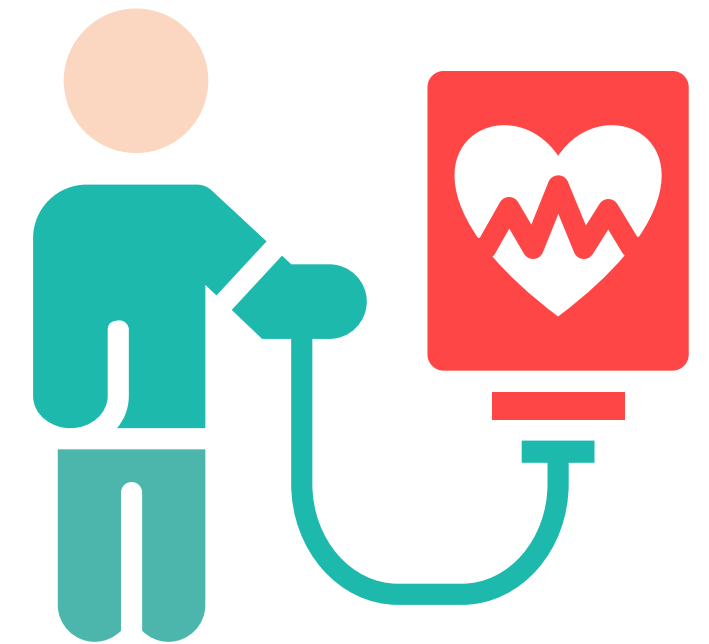
Alerta a los servicios de emergencia e intervención precoz, puede ser:

- Soporte Vital Básico (SVB): se realiza sin ningún material, excepto dispositivos de barrera.
 - Boca a boca: Ventilación de los pulmones con aire espirado.
 - Masaje cardíaco: Compresiones torácicas externas.
- Soporte Vital Avanzado (SVA): requiere personal entrenado profesionalmente y equipado.

Constantes vitales

Valores normales:

- Frecuencia respiratoria: 12 - 20 rpm.
- Saturación de oxígeno: 95% - 100%.
- Frecuencia cardíaca: 60 - 100 lpm.
- Tensión arterial: 90/60 - 130/90 mmHg.
- Temperatura corporal: 35'8 - 37°C.

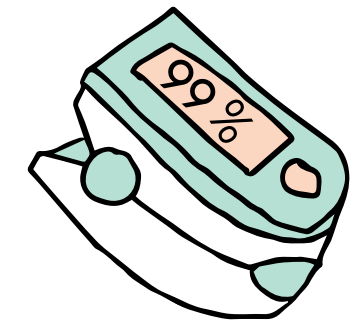


Frecuencia respiratoria

La FR cuantifica el n° de respiraciones que realizamos durante un minuto. Nos aporta información relevante en pacientes con patología cardíaca o pulmonar.

El parámetro de normalidad está entre 12 y 20:

- Si es superior: taquipnea.
- Si es inferior: bradipnea.



La saturación de oxígeno refleja la cantidad de oxígeno disponible en la sangre; Valores entre 95% y 100% nos indica que las células reciben la cantidad adecuada de oxígeno para preservar su función.

-Un valor de saturación inferior al 90%, llamado hipoxemia, se manifiesta con dificultad para respirar y con un aumento compensatorio de la frecuencia respiratoria.

Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca es el **nº de pulsaciones o contracciones del corazón** que se producen por minuto.

- Al igual que la tensión, puede cambiar a lo largo del día o antes de determinadas situaciones, por ejemplo, ante un susto o cuando hacemos deporte.
- La FC normal oscila entre 60 y 100 lpm.
- Si tenemos más de 100 lpm estaremos hablando de taquicardia y si tenemos menos de 60 lpm, bradicardia (en personas deportistas, la FC disminuye naturalmente).
- Asimismo, puede ocurrir que sea regular o irregular.

¿Por qué no se debe tomar la FC con el dedo pulgar?



Pulso radial

Pulso carotídeo

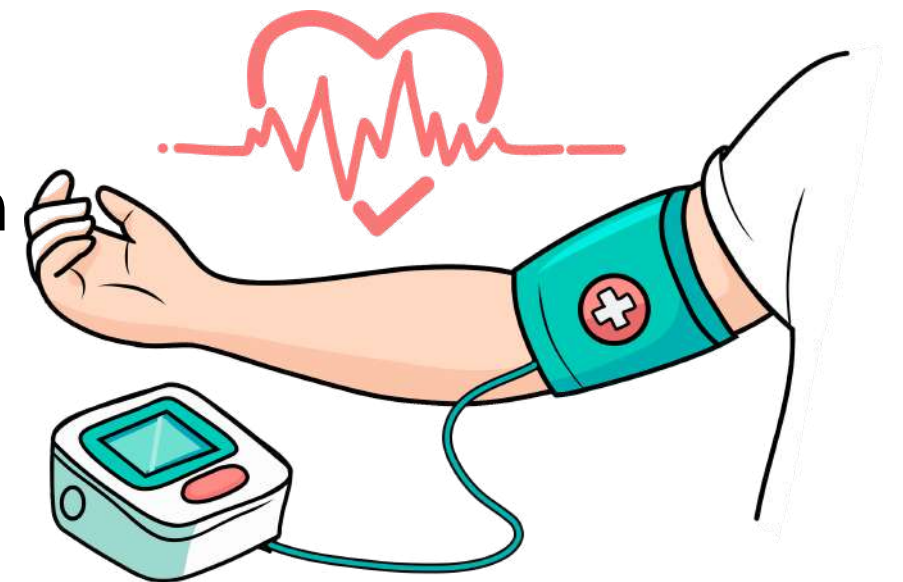


Tensión arterial

Se puede definir como la **fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias**, que es más alta (presión sistólica) cuando el corazón la bombea hacia las arterias y más baja (presión diastólica) entre un latido y otro del músculo cardíaco.

Se denomina hipoTA cuando está por debajo de 90/60 e HTA cuando está por encima de 140/90 mmHg.

- Niveles bajos pueden producir **mareos o síncope**s.
- Niveles altos pueden producir **cefaleas** o incluso requerir atención hospitalaria por complicaciones severas (ICTUS).



Temperatura



La temperatura es la constante vital con la que más familiarizados estamos.

- Se puede tomar la T^a en distintas partes del cuerpo, aunque normalmente realizamos la medición axilar.
 - Además, puede variar durante el día, siendo levemente más alta por la noche.
- Valores normales entre 35,8 y 37°C.

*Cuando el valor es inferior a 35,8°C hablaremos de **hipotermia**.

*Si el valor está levemente elevado hablaremos de **febrícula** (hasta 37,9°C).

*Cuando la temperatura supera los 38°C hablaremos de **fiebre**.

Signos y síntomas

***Los signos y síntomas son manifestaciones del cuerpo que indican malestar o enfermedad, sin embargo son conceptos diferentes:

SIGNO:

*Manifestación objetiva de una enfermedad o una alteración de salud observable con evidencia en la biología de la víctima.

SINTOMA:

*Referencia subjetiva apreciable únicamente por el paciente o el enfermo acerca de una alteración orgánica o funcional propia.

Signos y síntomas

SIGNOS

SINTOMAS

HipoTA



Palidez
Vómitos
Taquicardia
Dificultad para hablar
Sudoración fría

Nauseas
Mareo
Somnolencia
Calambres musculares
Visión borrosa

HTA



Epíxtasis – sangrado nasal
Derrame ocular

Cefalea
Mareo
Dificultad para pensar

Cadena de supervivencia

Es una **sucesión de circunstancias favorables** que hacen más probable que una persona sobreviva a una situación de emergencia:

- Activación del sistema de emergencias médicas: identificación de PCR y activar 112.
- Ventilación.
- RCP básica.
- Desfibrilación precoz.
- Cuidados avanzados.

La media del tiempo desde la llamada de emergencia hasta la llegada del servicio de emergencias médicas es 5-8 minutos o 8-11 min hasta una primera descarga.

***Durante este tiempo la supervivencia de la víctima depende de que los testigos inicien la RCP y utilicen un desfibrilador externo automatizado (DEA).

Cadena de supervivencia

SECUENCIA VALORACION CONCIENCIA

- Asegurarse que la víctima, el socorrista y los demás testigos, están **seguros**.
- Acercarnos a la víctima y **comprobar si nos responde**. Para ello hacerle preguntas y estímulos a los que nos pueda responder. Si no responde, **sacudirla por los hombros** a la vez que se insiste en preguntar si se encuentra bien.
 1. Si responde: dejarlo en la posición que se encuentra. Intentar averiguar que le ocurre y buscar ayuda si lo necesita.
 2. Si no responde: Gritar pidiendo ayuda.
- Voltear a la víctima sobre su espalda y **ABRIR LA VÍA AÉREA**.

Paciente inconsciente
No responde y no respira pero tiene pulso:
Iniciar ventilación Técnica Frente-Mentón



***Tiene como objetivo permitir el paso del aire a través de la faringe y de la laringe hasta los pulmones.

Para realizarla el reanimador coloca una mano sobre la frente del paciente ejerciendo presión para extender la cabeza hacia atrás, manteniendo libres los dedos pulgar e índice para pinzar la nariz si fuese preciso iniciar ventilación. Simultáneamente se empuja con la yema de los dedos índice y medio de la otra mano en la parte ósea del mentón (evitando apoyar sobre las partes blandas) elevándolo y extendiendo así el cuello.

***No relizar esta maniobra en caso de lesión cervical.

Ventilación

Técnica tracción mandibular



***Técnica diseñada para **abrir vía aérea del paciente inconsciente al sospechar de lesión cervical** colocando los dedos índice, corazón, anular y meñique de ambas manos detrás de los ángulos de la mandíbula del paciente.

***Apoyando los pulgares en los pómulos o en el mentón ejerciendo una fuerza constante hacia arriba y hacia adelante. Esto desplazará, traccionando la mandíbula y la lengua hacia arriba, con el objetivo de abrir la vía aérea.

*****NO inclinar ni extender la cabeza en ningún momento.**

***Es necesario dos reanimadores para iniciar ventilación y RCP.

Ventilación

***El sistema más utilizado es el "boca a boca" en el caso de adultos, en niños sería "boca-nariz" en el caso de parada cardio-respiratoria.

***Las ventilaciones boca a boca se pueden practicar con un dispositivo de barrera como una mascarilla facial, de material plástico, con una válvula unidireccional para prevenir el reflujo de secreciones, vómito o gases, y, que se coloca en la cara del paciente.

Los dispositivos de barrera proporcionan una adecuada oxigenación.



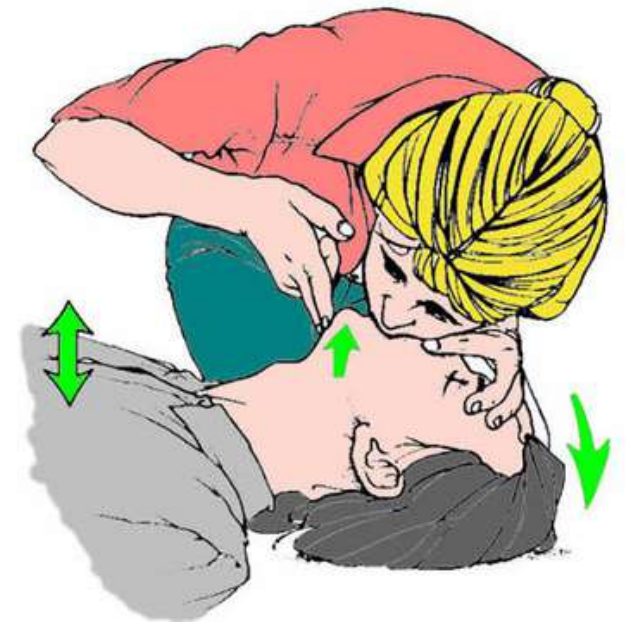
Ventilación

***Utilice el dedo índice y el pulgar de la mano que tiene sobre la frente para
pinzar la parte blanda de la nariz, cerrándola completamente.

***Permita que la boca se abra, pero mantenga el mentón elevado.

***Inspire normalmente y coloque sus labios alrededor de la boca,
asegurándose de que hace un buen sellado.

***Sople de modo sostenido en el interior de la boca mientras
observa que el pecho se eleva, durante alrededor de 1 segundo
como en una respiración normal; esto es una respiración
de rescate efectiva.



Paciente inconsciente: No responde/Sí respira

Posición lateral de seguridad PLS

***Colocar al paciente boca arriba y situarse a un lado, con cabeza del paciente ladeada hacia nosotros.

***Alinear brazo del paciente más próximo a nosotros con su cuerpo y el otro brazo dejarlo cruzado sobre pecho. Colocar cabeza del paciente en línea con el cuerpo.

***Colocar el brazo del paciente que habíamos cruzado en el pecho con el codo apoyado en suelo y palma de la mano bajo cara del paciente.

***Coger la pierna que ahora queda encima y colocarla con la rodilla flexionada apoyada contra el suelo.



Paciente inconsciente: No responde, no respira, no tiene pulso: Reconocimiento de la parada cardio respiratoria **PCR**

*****Diagnosticar la parada cardíaca** lo antes posible con el fin de activar la cadena de supervivencia.



***La **comprobación del pulso** ha demostrado ser un método **inexacto** para confirmar la presencia o ausencia de circulación.

***La respiración agónica (gaspings) puede estar presente (40%) en los primeros minutos tras la PCR (la función del tronco encefálico a veces está conservada).

***Si se actúa rápidamente, **iniciando RCP**, se asocia con mayores tasas de supervivencia.

Compresiones torácicas

Reanimación cardio pulmonar RCP

Arrodílese al lado de la víctima:

- Coloque el **talón de una mano en el centro del pecho** (esternón).
- Coloque el talón de la otra mano encima de la primera. Entrelace los dedos de sus manos.
- Mantenga sus **brazos rectos verticalmente** sobre el pecho de la víctima.
- Comience a **comprimir el esternón 5 cm** aprox (no más de 6 cm).
- Después de cada compresión, libere toda la presión sobre el pecho sin perder contacto entre sus manos y el esternón.
- Repita a una frecuencia de 100-120 por min con el menor número de interrupciones posible **(30 compresiones/2 respiraciones)**.
- Permita que el tórax se reexpanda por completo después de cada compresión.



Compresiones torácicas

Reanimación cardio pulmonar RCP Pediatría

***En el caso de lactantes se recomienda **técnica de compresión con dos pulgares** y si no se pudiera abarcar el tórax, realizar con el **talón de una mano** en la mitad inferior del esternón, permitiendo la reexpansión completa del tórax.

***En niños (a partir de 8 años o 25 Kg) ponerse a su altura, **de rodillas** y realizar las compresiones con el talón de una mano.



En niño inconsciente:

- Dar inicialmente 5 ventilaciones de rescate antes de comenzar las compresiones torácicas con la maniobra frente-mentón o tracción mandibular.
- Dar RCP durante 1 minuto antes de ir en busca de ayuda en el caso improbable de que el que realiza la RCP esté solo.

Sanitarios 15:2
Población general 30:2

Desfibrilador externo automático o semiautomático DEA-DESA



***Se debe hacer una pausa en la RCP cada dos minutos para reevaluar el ritmo cardíaco y continuar la RCP hasta localizar un DEA/DESA. Ponga en funcionamiento el DEA/DESA y coloque los parches adhesivos en el pecho desnudo del paciente.

***Si hay más de un reanimador, continuar RCP mientras se colocan los parches.

***Encienda el DEA/DESA y siga las instrucciones visuales/sonoras y asegúrese de que nadie toca a la víctima mientras el DEA/DESA realiza el análisis del ritmo.

***Si la **descarga** está indicada, apriete el botón de descarga como se indica asegurándose **que nadie toque a la víctima** (los DEA aplicarán la descarga automáticamente). Reinicie inmediatamente **RCP 30:2 / 15:2**.

***Si la descarga no está indicada, continúe RCP.

Secuencia y plan de acción PCR y RCP

***Ante una situación de emergencia en la que nos veamos involucrados deberíamos tener memorizada la siguiente secuencia, para que supiéramos **QUÉ HACER** para no perder tiempo y actuar de forma eficaz en beneficio de la víctima.

- SEGURIDAD /AUTOPROTECCIÓN:

- Nunca se debe realizar una RCP en lugar o situación que suponga peligro para la persona que reanima o la reanimada.

- CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA VICTIMA:

- Evalúe a la víctima

- Sacuda suavemente sus hombros y pregunte en voz alta: "¿Se encuentra bien?"

Si responde, déjelo en la posición en que lo encontró, siempre que no exista riesgo

Secuencia y plan de acción PCR y RCP

- COMPROBAR SI LA VÍCTIMA RESPONDE. COMPROBAR NIVEL DE CONCIENCIA

Si responde (está consciente):

- Deje a la víctima en la **misma posición**, si ello no comporta riesgo para ella.
- Trate de averiguar qué problema tiene.
- Mande a alguien a **buscar ayuda** o, si está usted solo/a, vaya usted mismo/a.
- Reevalúelo con frecuencia.

No responde (está inconsciente):

- Se debe **gritar o llamar pidiendo ayuda**.
- Si se puede evaluar al paciente en la posición en la que está, se debe hacer así;
si no se puede, hay que valorar vía aérea.

Secuencia y plan de acción PCR y RCP

- APERTURA DE LA VIA AÉREA Y COMPROBACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

- Coloque a la víctima boca arriba.
- Abra la vía aérea utilizando la maniobra frente mentón o tracción mandibular para comprobar la respiración.
- Manteniendo la vía aérea abierta vea, oiga y sienta si existe respiración normal.
 - *VEA: si existe movimiento torácico.
 - *OÍGA: el sonido de la respiración en la boca de la víctima.
 - *SIENTA: el aire espirado en su mejilla.
- Si tiene alguna duda acerca de si la respiración es normal, actúe como si no estuviera respirando normalmente y prepárese para empezar RCP.

Secuencia y plan de acción PCR y RCP

- SI RESPIRA:

- Respira, pero está inconsciente, por ello hay que evitar la caída de la lengua y la broncoaspiración, colóquelo en PLS si sus lesiones lo permiten .
- Envíe o vaya a buscar ayuda o llame pidiendo una ambulancia.
- Si estuviera en PLS debemos cambiar cada 30 min. de lado.

- SI NO RESPONDE Y NO RESPIRA CON NORMALIDAD:

- Llamar a los Servicio de Emergencias (112).
- Permanezca junto a la víctima mientras hace la llamada si es posible.
- Envíe a alguien a buscar un DEA y traerlo.

Si está usted sólo, no abandone a la víctima, y comience la RCP.

- En cuanto llegue el DEA, enciéndalo y siga sus instrucciones.

Secuencia y plan de acción PCR y RCP

- CIRCULACIÓN-MASAJE CARDIACO

- Cuando el flujo sanguíneo se detiene después de una parada cardiaca, la sangre en los pulmones y el sistema arterial permanece oxigenada durante algunos minutos.

- Para enfatizar la prioridad de las compresiones torácicas, se recomienda que la RCP debe iniciarse con compresiones torácicas en lugar de hacerlo con ventilaciones iniciales excepto en lactantes/niños.

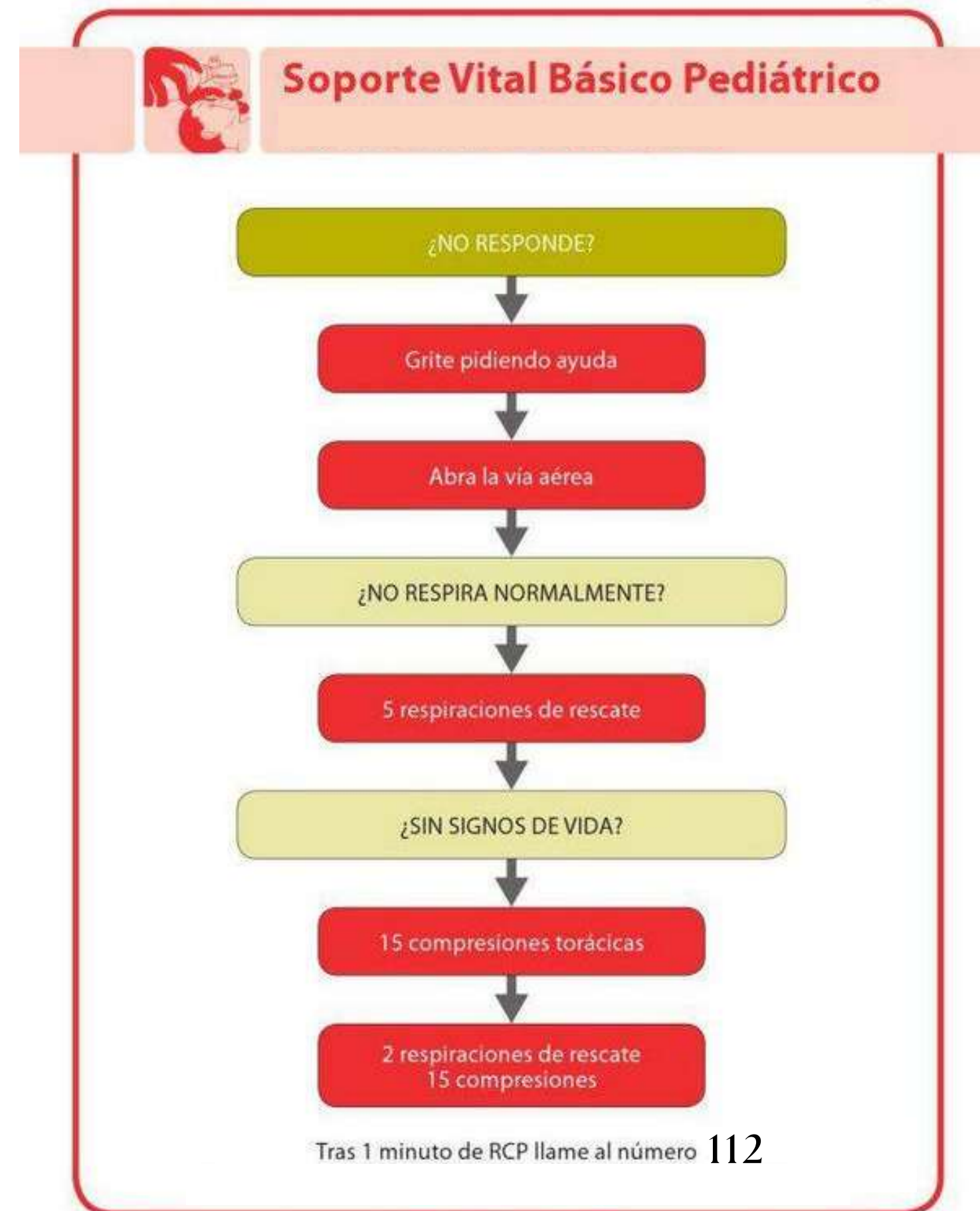
- RCP adultos 30:2.

- RCP niños 15:2.

Secuencia y plan de acción PCR y RCP

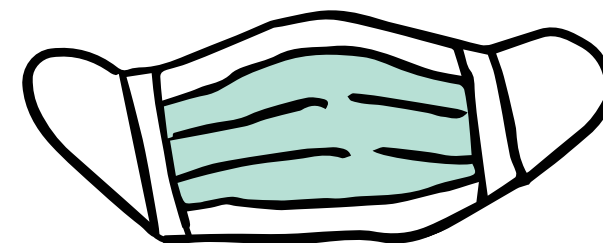
- Es mejor realizarlo sobre una **superficie firme** y **minimizar las pausas entre las compresiones**.
- No interrumpa las compresiones más de 10 segundos para dar las dos respiraciones.
- A continuación, recoloca sus manos sin demora en la posición correcta sobre el esternón y dé 30 compresiones más.
- Continúe con las compresiones torácicas y las ventilaciones en una relación de 30:2.
- **Si no está formado** o no es capaz de dar respiraciones de rescate continúe RCP solo con **compresiones continuas**, a una frecuencia de 100-120 por minuto.
- Ponga El DEA/DESA en funcionamiento.

Soporte Vital Básico Adultos



SITUACIONES DE EMERGENCIA

- Obstrucción vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)
- Ansiedad
- Síncope/pre-síncope
- Hipoglucemia
- Asma
- Crisis convulsiva
- Quemaduras
- Heridas



Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño OVACE



Una OBSTRUCCIÓN LEVE de la vía aérea puede permitirle a la persona tener intercambio de aire en forma adecuada para poder oxigenar la sangre.

La persona tose con fuerza, puede hablar y puede inhalar y exhalar cantidades suficientes de aire, sin dificultad para respirar.

- Estimule a la persona para que tosa fuertemente.

No administre golpes en la espalda ni haga maniobra de Heimlich.

¡NO INTERFIERA!

No permita que la persona se aleje o se quede sola. **Acompáñela.**

Si no se recupera, pida ayuda inmediatamente y valore la gravedad

MANIOBRA HEIMLICH

***Una OBSTRUCCIÓN GRAVE de la vía aérea está presente si se observan los siguientes signos:

- Mala entrada de aire y aumento de la dificultad para respirar.
- Tos silenciosa.
- Cianosis o incapacidad de hablar o respirar.



***Si la víctima muestra signos de obstrucción grave de la vía aérea y está consciente:

Iniciar maniobra HEIMLICH



MANIOBRA HEIMLICH



***Sitúese al lado y ligeramente detrás de la víctima y realice:

- 5 Golpes interescapulares con el tronco inclinado hacia delante.
- 5 Compresiones en epigastrio rodeando al paciente por la espalda (de pie).
- Usamos el canto del puño de una mano y la otra para hacer mas fuerza.
- Presión hacia arriba y atrás.
- Si pierde la consciencia: **RCP**.



***Si está solo y la víctima es Ud mismo:

- Colocar el puño sobre el ombligo, sostenerla con la otra e inclinarse sobre una silla presionando hacia arriba con fuerza.



MANIOBRA HEIMLICH Pediátrico

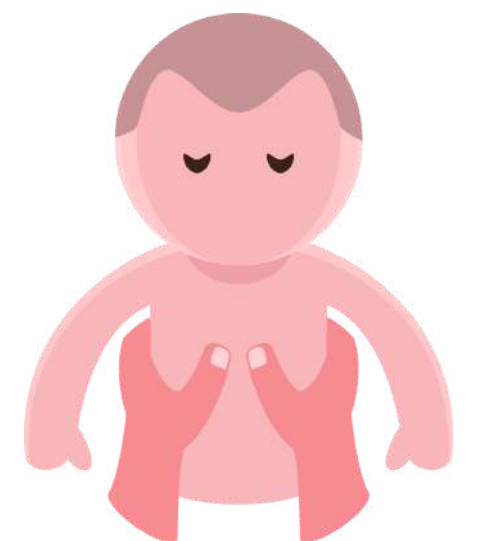
En niño consciente:

- Dar 5 golpes interescapulares con talón.
- Dar 5 compresiones en el tórax (lactante).
- Dar 5 compresiones en el abdomen (niños).



En niño inconsciente o tos no efectiva (lactantes):

- Dar inicialmente 5 ventilaciones de rescate antes de comenzar las compresiones torácicas.
- Dar RCP durante 1 minuto antes de ir en busca de ayuda en el caso improbable de que el que realiza la RCP esté solo.



Crisis de ansiedad

***Es una respuesta repentina de miedo o malestar intenso.



- Deberá buscar cualquiera de los siguientes signos y síntomas:
 - Aumento de las pulsaciones y dolor de pecho no opresivo.
 - Sensación de ahogo.
 - Rigidez en piernas y brazos o sensación de hormigueo.
 - Dolor abdominal. Sudoración excesiva.

QUÉ "SÍ" HACER:

- **Aíse a la víctima** del entorno estresante.
- **Intente relajar** a la víctima con respiraciones calmadas y sucesivas, inhalando por la nariz y exhalando por la boca.
- Si tiene una **bolsa**, haga que respire dentro de ella.

QUÉ "NO" HACER:

- Dar bebidas o alimentos excitantes (café, bebidas de cola, chocolate, té...)
- Gritarle o darle órdenes para que se calme.

Pre-síncope/Síncope

***Es la sensación de mareo sin pérdida de conocimiento durante un período de tiempo muy corto y con una recuperación rápida y completa.

- Puede producirse por emociones intensas, largos períodos de ayunas mantenidos, visiones desagradables, lugares muy calurosos, personas que están mucho tiempo de pie sin poder moverse, ejercicio excesivo, miedo, dolor...

-Síntomas:

- Sensaciones raras (sonidos lejanos, visión borrosa, hormigueo en manos...).
- Piel pálida, fría y sudorosa (sobre todo en la cara).
- Caída al suelo por debilidad en las piernas.
- El pulso radial (muñeca) quizás no lo encuentre o sea débil, lento e incluso arrítmico.
- Debilidad muscular y náuseas.

Pre-síncope/Síncope

Qué hacer:

- **Facilite** a la víctima **que respire** sin ninguna dificultad, aflojando cuellos, corbatas, bufandas, cinturones, sujetadores...
- Consiga un **ambiente fresco y con aire limpio** en el lugar donde se encuentra abriendo una ventada o desarropando un poco a la víctima si estuviera muy abrigada.
- **Evite aglomeraciones** de gente a su alrededor.
- **Llame al 112** y comuniqué lo sucedido, explicando síntomas y cambios en el estado de la víctima.
- Si no se recupera, pero responde, colóquela en PLS o antishock (piernas en 45°).

Qué NO hacer:

- **Dejar sola** a la víctima.
- Administrar **medicamentos**.
- Permitir que se levante bruscamente.
- Dar de **comer o beber** hasta que se haya recuperado totalmente, ya que puede atragantarse con mucha facilidad.



Hipoglucemia

***La hipoglucemia es una **concentración de glucosa en plasma suficientemente baja como para producir síntomas o signos**, incluyendo disfunción cerebral.

Suele corresponderse con un rango de glucemia comprendido entre **50 y 60 mg/dl**.

El "diagnóstico" de hipoglucemia será confirmado por la existencia de:

***TRIADA DE WHIPPLE:**

1. Existencia de síntomas compatibles: sudoración, temblor, palpitaciones, hambre, debilidad, inquietud, irritabilidad, palidez, convulsiones, fatiga, síncope, cefalea, cambios en el comportamiento, visión borrosa, lentitud, confusión, somnolencia, delirio, comportamiento anormal ...
2. Glucemia baja en pacientes sintomáticos.
3. Alivio de síntomas tras ingerir glucosa.

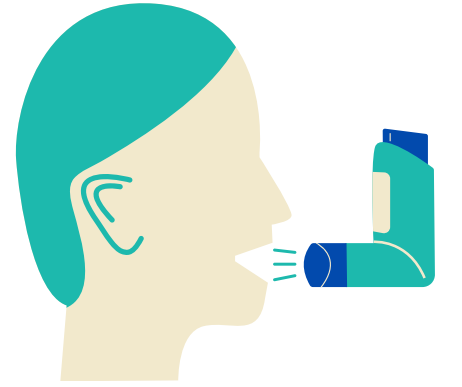
Hipoglucemia



***Si el paciente está consciente y puede tomar por vía oral:

- Se administrarán aproximadamente **15 gramos de hidratos de carbono** de absorción rápida (un vaso de zumo de frutas o agua con 3 cucharaditas de azúcar).
- Si persisten los síntomas tras 15 minutos o sigue teniendo bajo los niveles de glucemia **se puede repetir** la ingesta de otros 15 gramos de hidratos de carbono de absorción rápida.
- En las siguientes horas hay que garantizar un aporte de hidratos de carbono, pero esta vez de absorción lenta, como galletas, pan, leche o fruta.
- Si el paciente es incapaz de tragar o se encuentra inconsciente: **llamar al 112.**

Asma



***EL ASMA es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas (localizada en las vías respiratorias bajas).

- En el asma se produce un estrechamiento de dichas vías, **en respuesta a varios estímulos** (hiperreactividad bronquial), lo que da lugar a obstrucción bronquial, generalmente reversible y de intensidad variable.
- Presenta síntomas diversos, entre los que destacan: **tos, disnea, sibilancia y opresión torácica.**

Asma



***Qué hacer ante una crisis asmática:

- **Parar el ejercicio** de forma progresiva en la medida de las posibilidades.
- Animar a permanecer tranquilo, no angustiarse.
- **Utilizar medicación de rescate**, broncodilatadores como salbutamol o ipratropio.
- Iniciar respiración abdominal: con los labios fruncidos expulsar el aire despacio por la boca. Repetir unas 10 veces hasta que comience a respirar normalmente
- Hacer algún ejercicio de relajación.
- Si no hay mejoría: llamar al servicio de urgencias.

Crisis convulsiva



***Las crisis convulsivas son contracciones musculares que se suceden como consecuencia de descargas eléctricas anormales en las neuronas cerebrales.

- Éstas, pueden ser parciales o generalizadas.
- Las primeras afectan solo a una parte del cuerpo, mientras que las generalizadas tienen una afectación cerebral total.
- Cuando se produce este tipo de crisis, se pueden observar:
 - Contracciones repentinas, violentas, involuntarias y a veces, dolorosas.
 - Crisis de ausencia, donde el paciente se queda inmóvil sin respuesta a estímulos.

Crisis convulsiva

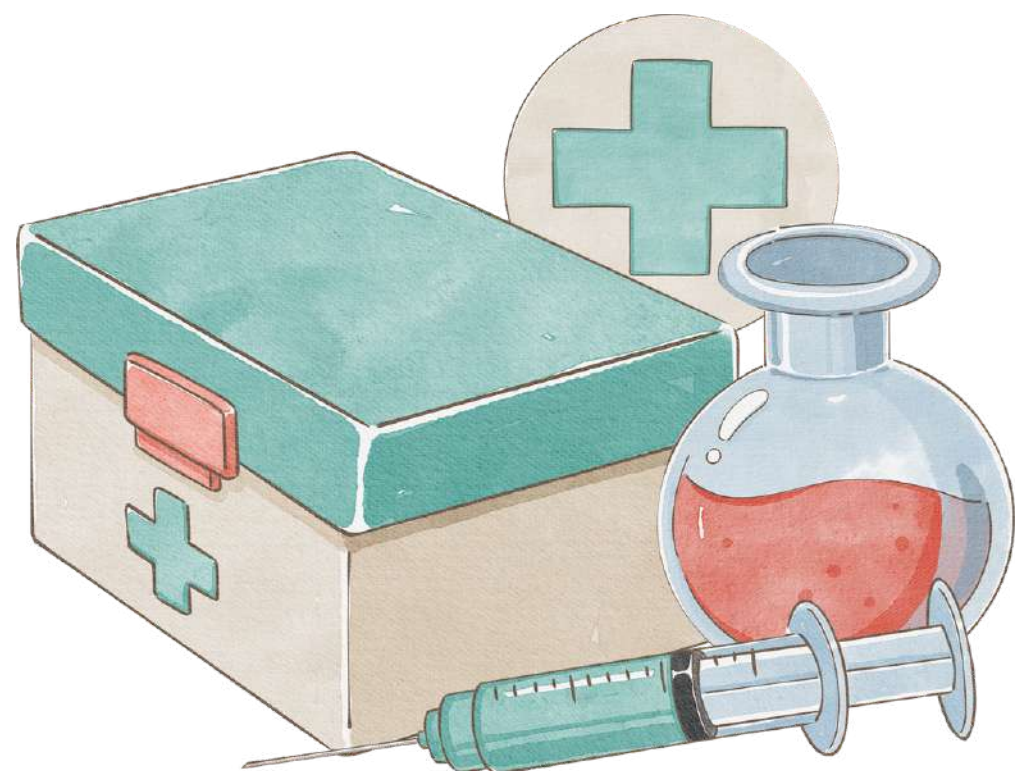
Qué SÍ hacer:

- Guarde la **calma** y controle la situación.
- **Avise** lo antes posible a servicios de emergencias.
- Si advierte que va a suceder, **evite que se caiga** y afloje prendas ajustadas.
- En estado **postcrítico**, colocarlo en PLS.
- Retirar gafas y prótesis, si es posible, para evitar lesiones posteriores.
- Si se produce **parada respiratoria** se iniciará protocolo de **RCP**, no durante la crisis.

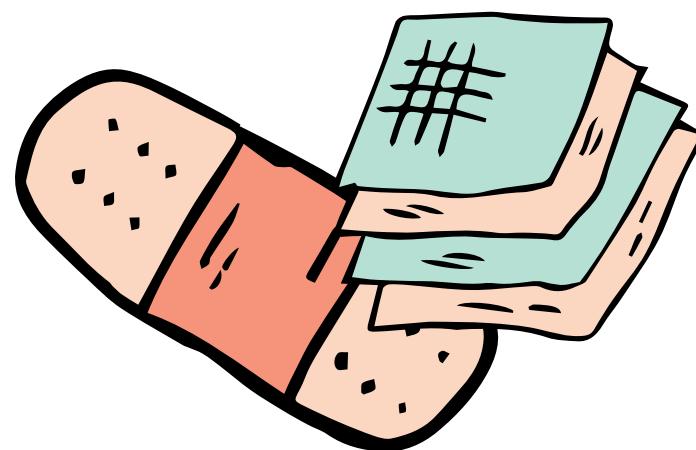


Qué NO hacer:

- **No** hay que intentar **sujetar** al paciente mientras convulsiona, aunque sí hay que protegerle y guiarle en la medida de lo posible para evitar que se lesione tanto a nivel heridas como posibles luxaciones, retirando sillas o mesas.
- **No introducir ningún objeto en la boca**, excepto cánula de Guedel, si hubiera.



QUEMADURAS HERIDAS Y TRATAMIENTO

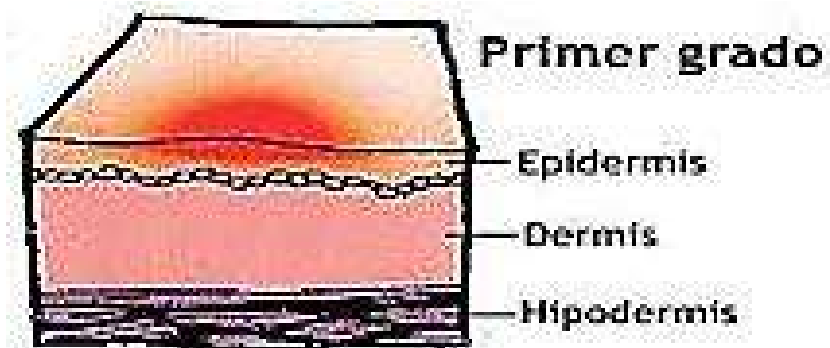


Quemaduras

***Son lesiones en la piel provocadas por agentes externos: emisores de calor, productos químicos, electricidad, radiación solar...

- Las quemaduras representan uno de los accidentes más frecuentes, muchas veces, graves e incapacitantes.
- Según el agente causal existen diferentes **tipos de quemaduras**:
 - Quemaduras térmicas: producidas por la acción de un agente a alta T^a : llamas, sólidos, líquidos y gases calientes o vapor, radiación solar...
 - Por congelación: debida a la acción de un agente a baja T^a .
 - Quemaduras químicas: por la acción de sustancias y productos químicos.
 - Quemaduras eléctricas: derivadas del paso de corriente eléctrica.

Según afección de los tejidos



Primer grado



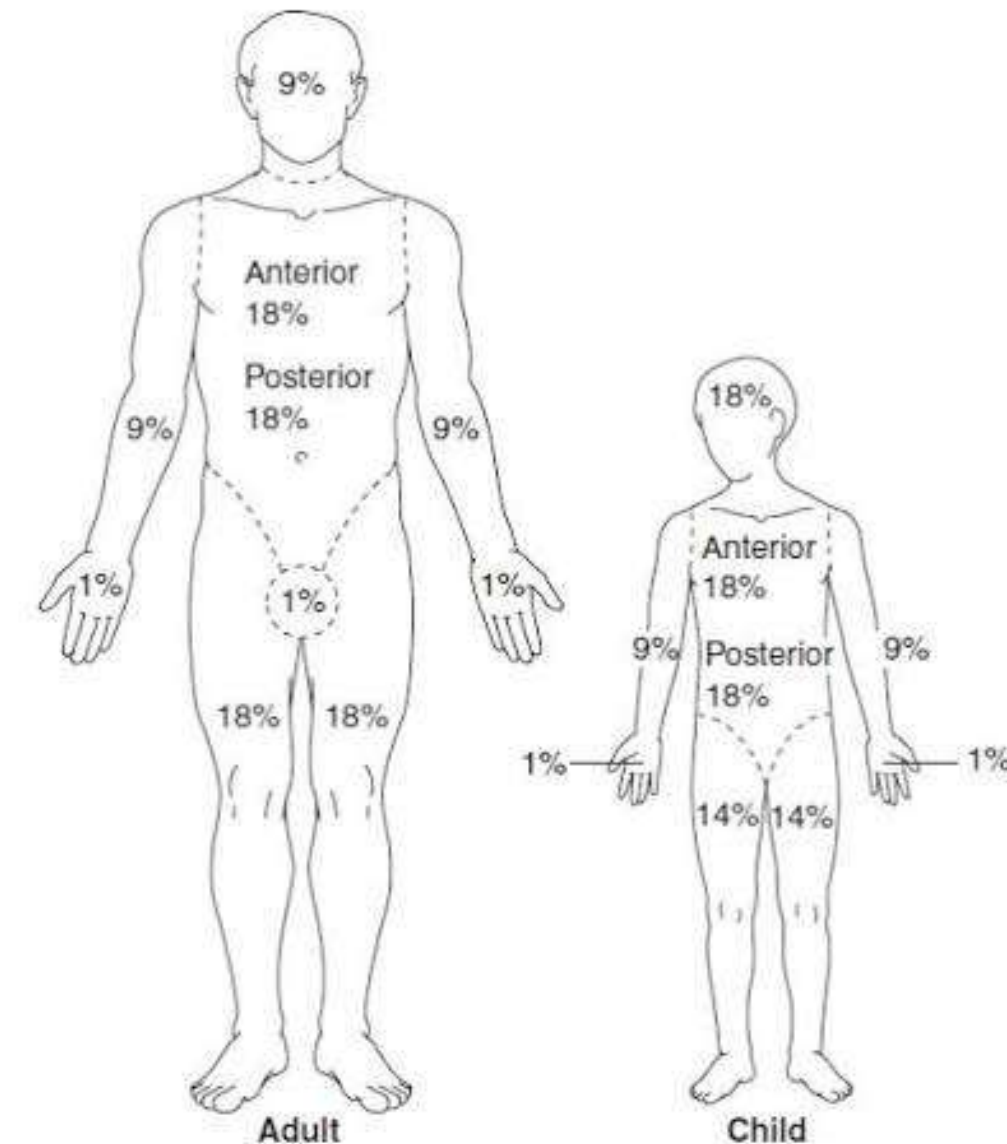
Segundo grado



Tercer grado



Según extensión Regla de los 9 de Wallace



*Leve: menos del 15% de SCQ.

*Moderada: del 15 al 49 % de SCQ.

*Grave: del 50 al 69 % de SCQ.

*Masiva: más del 70% de SCQ

Quemaduras

Que SÍ hacer:

- Aplique agua fría.
- Si tiene algún **apósito** impregnado para quemaduras, úselo.
- **Cubrir con gasa esterilizada**, si son manos, pies o algún pliegue de la piel, envolver cada dedo o pliegue por separado.

Que NO hacer:

- Permitir **que la víctima corra** si tiene llamas en sus ropas.
- **Usar mantecas, ungüentos, pomadas o hielo**, manipulando la piel de la zona afectada.
- **No pinchar o vaciar las ampollas.**
- **No retirar la ropa pegada a la piel.**
- **No comprimir con vendaje.**



Heridas

***Se entiende por herida, a la **falta de continuidad de la piel o de las mucosas** a consecuencia de un **traumatismo**, dando lugar a la relación y a la comunicación entre el interior del cuerpo con el exterior.

Heridas Abiertas

La piel se rompe. Ejemplo: cortaduras, laceraciones.

Heridas Cerradas

Daño interno sin ruptura de piel. Ejemplo: hematomas, contusiones.

Heridas Simples

Afectan solo piel o tejido superficial. Menor riesgo de infección.

Heridas Complicadas

Afectan tejidos profundos, órganos o presentan infección.

Heridas Limpias

Sin contaminación visible. Bajo riesgo de infección.



Heridas

- La piel está colonizada por bacterias (Staphylococcus aureus), hongos, virus...
- Según el grado de contaminación bacteriana, distinguimos distintos tipos de heridas:
 - Heridas limpias: son heridas quirúrgicas, no traumáticas.
 - Heridas contaminadas: originadas en un entorno sucio o con presencia de cuerpos extraños.
 - Heridas infectadas: heridas que presentan signos de infección local: calor, rubor, dolor, pus o mal olor.

Heridas

¿Cómo curar una herida?:

- Lavado correcto de manos.
- Comprimir la herida para que deje de sangrar, si es arterial, compresión más fuerte.
- Lavar herida con agua, jabón o suero fisiológico.
- Desinfectar.
- Proteger con apósito o vendaje, nunca con algodón.



***Ante una herida que consideremos GRAVE, por su profundidad, extensión o localización (abdomen, tórax, ojos o sangrado abundante), deberemos controlar la hemorragia mediante compresión en el punto que sangra, NO retirar cuerpos extraños para evitar mayor sangrado, y alertar a los medios sanitarios (112).

Lavado de manos



***Existen diferencias importantes entre lavarse las manos con **agua y jabón** y limpiárselas con un **desinfectante** de manos.

- El agua y jabón actúan eliminando suciedad grosera, bacterias y virus, mientras que el desinfectante inactiva virus y bacterias.

- Si no tiene agua y jabón, use un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol, y láveselas con agua y jabón en cuanto pueda.

- **NO** use un desinfectante de manos **si sus manos están visiblemente sucias o engrasadas.**

- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar, debería limpiarse las manos de inmediato.

Limpieza y desinfección de heridas

¿QUÉ SIGNIFICA ASEPSIA?

- Ausencia de gérmenes que puedan provocar una infección.
- En quirófano es necesaria la asepsia.
- Método o procedimiento para evitar que los gérmenes infecten una cosa o un lugar.
- La esterilización y la aplicación de antisépticos son formas de asepsia.

¿QUÉ SIGNIFICA ANTISEPSIA?

- Es el empleo de sustancias químicas para inhibir o destruir micrororganismos presentes en piel o mucosas.
- Reducir la carga de gérmenes.
- Ejemplo: limpieza de piel antes de una inyección ó lavado de manos antes de una cirugía.

Desinfectante (en objetos) / Antiséptico (en piel y tejidos vivos).

Antisépticos

CLORHEXIDINA

- Bactericida potente, útil en la desinfección de quemaduras superficiales y heridas leves como raspones, cortes.
- Actúa rápido, prácticamente en segundos, y tiene un efecto residual de hasta 8 h.
- Agente infeccioso que reduce la cantidad de bacterias en la piel.
- También se puede usar para el lavado de manos.
- En enjuagues bucales pueden producir tinción dental.



POVIDONA YODADA

- Se utiliza en pequeñas heridas, cortes superficiales, quemaduras leves o rozaduras.
- Es muy eficaz como antiséptico y también como desinfectante.
- Actúa contra los microorganismos como bacterias, hongos, virus y esporas.
- No utilizar en niños, embarazadas o personas con alteración de la Gl. tiroides.



**Aunque ambos medicamentos son antisépticos, tienen distintas aplicaciones dependiendo de la circunstancia. En caso de heridas abiertas, es mejor usar la clorhexidina, ya que la povidona yodada puede ralentizar la cicatrización.

**Además, hay que tener en cuenta que la povidona se inactiva en presencia de materia orgánica, como sangre, pus o esfacelos, mientras que la clorhexidina no.

Antisépticos II

AGUA OXIGENADA

- Desinfectante efectivo para quemaduras y heridas superficiales al aportar oxígeno a las células.
- No usarlo en heridas abiertas profundas, ni en mucosas (ojos, nariz o boca) ya que su acción química y efervescencia, al contacto con la sangre, es agresiva y puede dificultar la recuperación de la piel.
- Retrasa la cicatrización: Destruye tanto las bacterias como las células sanas nuevas que tu cuerpo necesita para cerrar y curar la piel



ALCOHOL

- Buen desinfectante y bactericida, pero no es buen antiséptico.
- No se debe usar sobre heridas abiertas, irrita la zona y puede formar coágulos capaces de proteger a las bacterias supervivientes.
- El uso del alcohol es recomendable para esterilizar la superficie exterior de la piel sana.

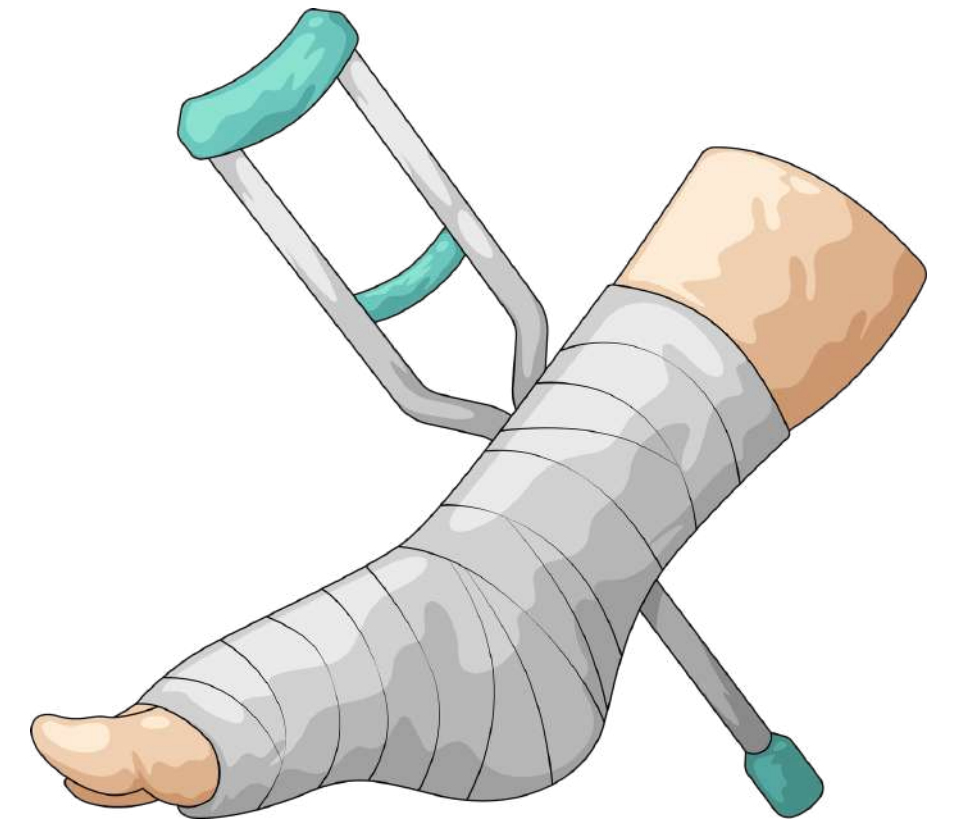


No deberíamos usar dos antisépticos mezclados ya que al interactuar pueden producir interacción entre ellos y disminuir eficacia



TRAUMATISMOS

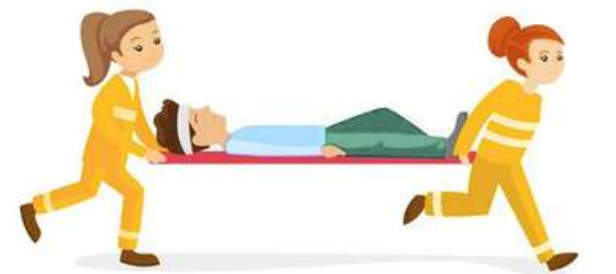
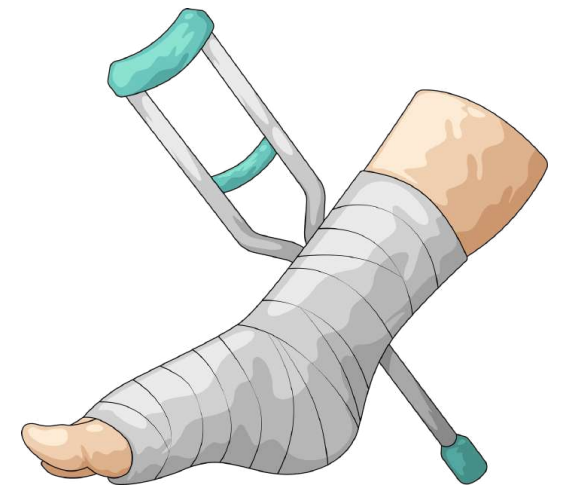
VENDAJES



TRANSPORTE DE ACCIDENTADOS



- Traumatismo craneoencefálico TCE
- Tx torácico y abdominal
- Tx columna vertebral
- Distensiones
- Esguinces
- Luxaciones
- Fracturas
- Vendajes
- Transporte de accidentados



Traumatismo Craneoencefálico TCE

***Lesión física o deterioro funcional del tejido cerebral provocada por una fuerza externa (golpes, caídas, accidentes).

Síntomas:

- Alteración del estado de conciencia.
- Signos nuerológicos: debilidad, confusión, alteración pupilar.
- Dolor de cabeza, vómitos, convulsiones.
- Heridas superficiales o profundas.

Actuación:

- Valoración primaria y secundaria.
- Control de las posibles hemorragias.
- Control de los signos vitales.
- Avisar 112 o traslado a un centro médico .



Traumatismo torácico y/o abdominal



***Producidos por contusión en región de tórax o abdomen, desencadenando lesiones musculares y óseas así como lesiones orgánicas.

Signos y síntomas:

- **Dolor local** y al realizar los movimientos respiratorios.
- **Dificultad respiratoria** y aumento de la frecuencia respiratoria.

Intervención:

- Pedir ayuda para **activar la cadena de supervivencia** tras la valoración primaria y secundaria.
- Inmovilizar y colocar la víctima en **posición de fowler o semifowler**.
- Controlar los signos vitales en todo momento.
- **Tapar la herida**, si la hubiera.
- **NO retirar objetos penetrantes**.



Traumatismo en columna vertebral

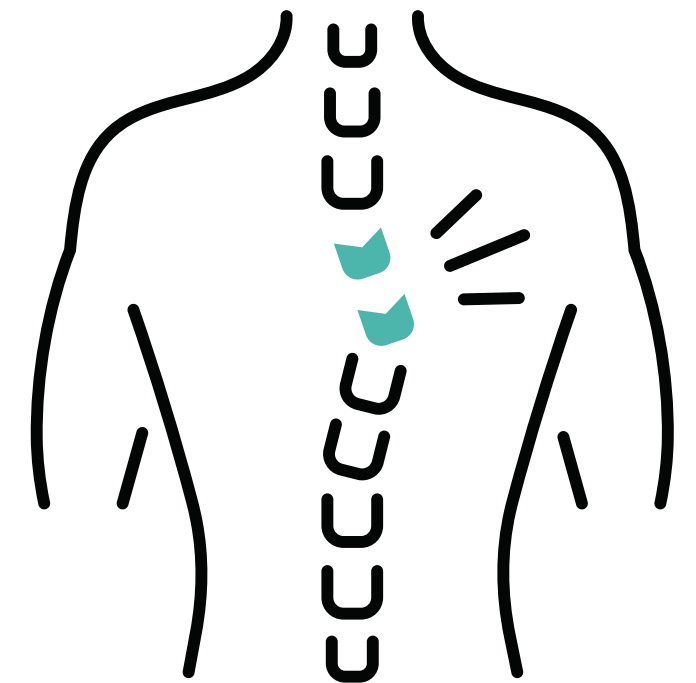
***La importancia de este tipo de lesiones radica en la posible afectación de la médula espinal.

Actuación:

- **Inmovilización de la víctima para evitar así una lesión secundaria a nivel medular** por un mal tratamiento de accidentado hasta llegar la llegada de los servicios sanitarios.

Recursos materiales para realizar inmovilizaciones:

- Collarín cervical.
- Férula.
- Tablero espinal o camilla de cuchara.
- Colchón de vacío.



Distensiones y esguinces

***Las distensiones son conocidas, vulgarmente, como un tirón del músculo.

- Son debidas a un sobreuso, fuerza excesiva o sobre estiramiento.

***Los esguinces son lesiones en las estructuras ligamentosas que ocurren debido a fuerzas anormales de **estiramiento o torsión**.

- El **tobillo** es la articulación móvil de mayor incidencia.

- Se produce **al forzar movimientos** de:

- Tracción.

- Rotación o torsión.

- Hiperextensión (torcedura):es el mecanismo de producción más habitual.

Clasificación de los esguinces



GRADO I

- Estiramiento de las fibras. No hay rotura.
- Estabilidad articular.
- Aparece edema mínimo o inexistente y dolor.
- Recuperación: 2-3 semanas. Apoyo permitido.



GRADO II

- Estiramiento con rotura parcial de los ligamentos.
- Inestabilidad articular moderada.
- Aparece edema, equimosis (hematoma) y dolor al movimiento.
- Capacidad funcional moderada.
- Recuperación: 2-3 semanas con reposo relativo.



GRADO III

- Rotura total y completa de los ligamentos.
- Inestabilidad articular.
- Aparece dolor intenso, inflamación y hematoma.
- Capacidad funcional limitada.
- Recuperación: 8 semanas. Reposo sin apoyo

Distensiones y esguinces

***Los cuidados y tratamiento de estas dos patologías se resumen en el **acrónimo RICE**:

- Reposo.
- Hielo.
- Compresión.
- Elevación.

Luxaciones y Fracturas

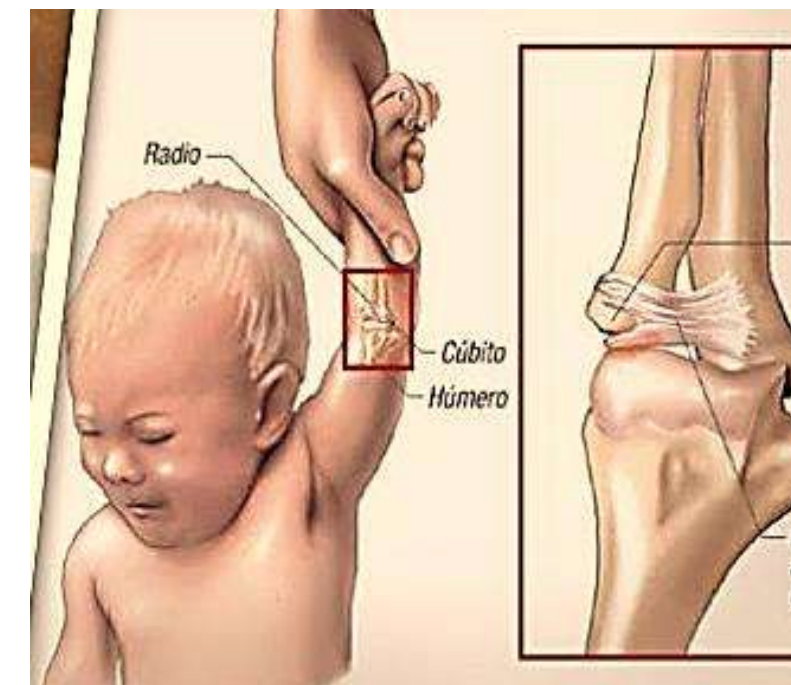
***La luxación es la separación permanente de los huesos que forman una articulación, perdiendo su posición normal.

- Las más frecuentes son la de **hombro en adultos** y la de **codo en niños**.



Los síntomas aparecen en una triada:

- Dolor / edema.
- Inflamación / hipersensibilidad.
- Equimosis / hematoma.



Luxaciones

***El desplazamiento del hueso fuera de la articulación puede ocasionar lesiones vasculares y nerviosas por compresión o atrapamiento.

***Es necesario la inmovilización precoz y reducción, dentro de las 6 primeras horas, para evitar lesiones irreversibles.

- **Inmovilizar** la articulación afectada.
- Aplicar **hielo** sobre la zona de la lesión para producir analgesia.
- **Reposo** absoluto de la zona (no hacer masajes).
- No se debe tratar de colocar el miembro afectado en su lugar.
- No administrar medicamentos.
- **Trasladar a un centro hospitalario.**

Fracturas

Son roturas de los huesos que normalmente ocurren como resultado de traumatismos.

- El hueso sufre una presión mayor de lo que puede soportar y se fractura; además de la rotura ósea, se debe considerar el resto de las **lesiones acompañantes** (vasculares, nerviosas, musculares...).
- Cuando se produce una fractura, a los 15-20 min. se produce también un **espasmo muscular** y cuanto antes se corrija esa retracción muscular, menos dolor va a tener la persona y más fácil va a ser el tratamiento de la fractura.
- Cuando hay pérdida de la inserción muscular, se da el **movimiento paradójico** (el miembro se mueve, pero no es un movimiento normal, sino que es un movimiento afuncional).

Fracturas

Tipos de fractura



Oblicua



Conminuta



Espiral



Compuesta

- Oblicua: Fx en ángulo con el eje.
- Conminuta: Fx en fragmentos pequeños.
- Espiral: Fx dispuesta alrededor del hueso.
- Compuesta/abierta: Fx que rompe la piel.

Fracturas

Síntomas:

- Dolor.
- Pérdida funcional.
- Deformidad.
- Acortamiento.
- Crepitación.
- Equimosis/hematoma/edema e inflamación.

***El dolor es agudo, urente (quemante), que tiende a ceder con el reposo.

***En la fracturas, a veces se produce el **acortamiento del miembro**, como ocurre en la fractura de cadera, provocado por la propia musculatura.

Fracturas

- Las fracturas requieren siempre **intervención médica**, deben ser confirmadas por **examen radiológico**.
- **Llame al 112** informando de las circunstancias y estado de la víctima.
- Como norma general, hay que **evitar movilizar** al herido **sin haber inmovilizado** previamente las fracturas.
- En caso necesario hay que quitar las ropas de la parte herida, preferiblemente cortándolas.
- **Aplique hielo o frío local, si no existe herida en la zona.**

***Ante la mínima sospecha de fractura de la columna vertebral, la persona sólo podrá ser movilizada mediante utensilios adecuados y personal especializado

Fractura abierta



- Habrá que **desinfectar la herida** y **cubrirla con gasas** esterilizadas antes del entablillado.
- Tanto en el caso de una fractura abierta como en el de una fractura cerrada, si ésta, es de un hueso grande o afecta a una zona amplia, puede producirse un **estado de shock**.
- Tras la inmovilización se **evacuará al herido** para su tratamiento por personal especializado

Fracturas

Que NO hacer:

- **Alinear** una posible fractura o luxación.
- **Aplicar calor o pomadas** antiinflamatorias.
- Movilizar activamente un miembro con evidencia de fractura.
- Tratar de estirar el hueso o las articulaciones.
- **Dar de comer o de beber** a la víctima.

Vendajes

***Si hay heridas, cubrirlas antes de realizar el vendaje.

- Retirar anillos y no volverlos a colocar hasta la retirada definitiva del vendaje.
- **Evitar las arrugas al vendar**, podrían producir lesiones.
- Proteger las superficies cutáneas adyacentes con gasas, por ejemplo, en el vendaje de los dedos.
- Proteger, con almohadillado, las prominencias óseas.
- La venda se desenrolla siempre de izquierda a derecha (persona diestra).
- **Vendar de distal a proximal** para favorecer el retorno venoso y evitar los síndromes compresivos a nivel distal

Vendajes

- No cubrir la porción distal para **vigilar posibles signos de compresión**.
- Se debe empezar siempre con un **anclaje de dos vueltas circulares**, después continuar con un desarrollo oblicuo al eje longitudinal y acabar con el cierre, otras dos vueltas circulares.
- Si se trata de sujetar un apósito, cubrir este con el vendaje sobrepasando el borde 5 cm a cada lado.
- **Reposo y miembro elevado las primeras 24h**, con la tensión y el tamaño adecuado.
- Fijar el extremo de la venda con adhesivo.
- Preguntar al paciente si siente molestias en algún punto del vendaje.

Vendajes, posición funcional:

***Es fundamental que el vendaje sea realizado en la posición funcional de la extremidad para **preservar la movilidad, prevenir la rigidez muscular y evitar contracturas** permanentes, mientras los huesos y tejidos sanan.

HOMBRO

Codo en flexión de 90° , brazo en aducción al cuerpo y en posición neutra.

CODO

Codo en flexión de 90° con pronosupinación media del antebrazo y posición neutra de la muñeca.

MUÑECA

Extensión de 20° .

MANO Y DEDOS

Ligera flexión y los dedos orientados hacia el tubérculo del escafoides como cogiendo un vaso.

RODILLA

Flexión de 15 a 20° .

TOBILLO

Posición neutra con ángulo de 90° .

Tipos de materiales

*Vendas de algodón:

- Como pre-vendaje, para almohadillar.



*Vendas de Hilo:

- Para sujetar curas sin presión (no es elástica).



*Vendas elásticas de crepé:

- Para vendaje funcional con cierta compresión, pero acaban perdiéndola en poco tiempo.
- Para sujetar férulas de yeso y sujetar curas.
- Su ventaja es que es lavable.



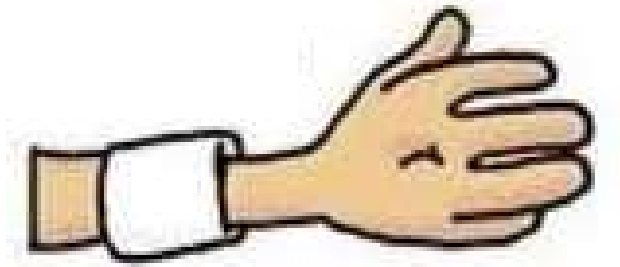
Tipos de vendajes

Vendaje circular:

- Cada vuelta cubre exactamente la anterior.

-Usos:

- *Para fijar el extremo inicial y final.
- *Fijar apósitos.
- *Iniciar o finalizar un vendaje.

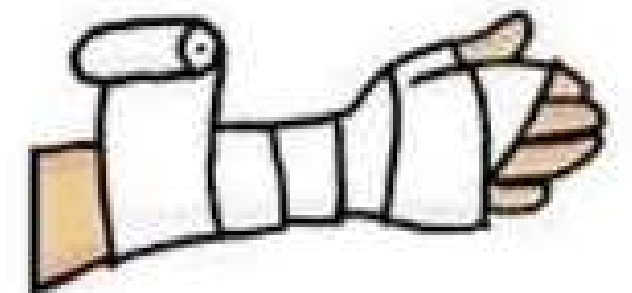


Vendaje en espiral:

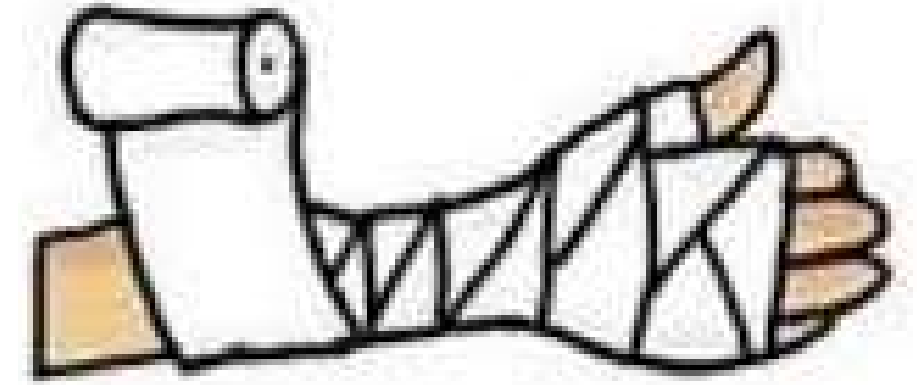
- Cada vuelta es paralela a la anterior y va cubriendo los 2/3 de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se esta vendando.

-Usos:

- *Sujetar férulas en miembros superiores e inferiores.
- *Compresión leve o moderada.
- *Control de edemas.



Tipos de vendajes



Vendaje en espiga o espiral invertido:

- Se comienza por la zona distal de la extremidad, realizando vueltas hacia arriba y hacia abajo con una inclinación de 45° en cada una de ellas.
- La primera vuelta se inicia hacia arriba y la segunda hacia abajo, y así sucesivamente.
- Se aplicará una mayor tensión a las vueltas que se dirigen hacia arriba.

-Usos:

- *Ejercer compresión uniforme (ideal para mejorar el retorno venoso).
- *Brindar soporte en zonas de perímetro irregular, como antebrazos, piernas o articulaciones (muñecas y tobillos).
- *Estabilizar torceduras, desgarros musculares, esguinces.

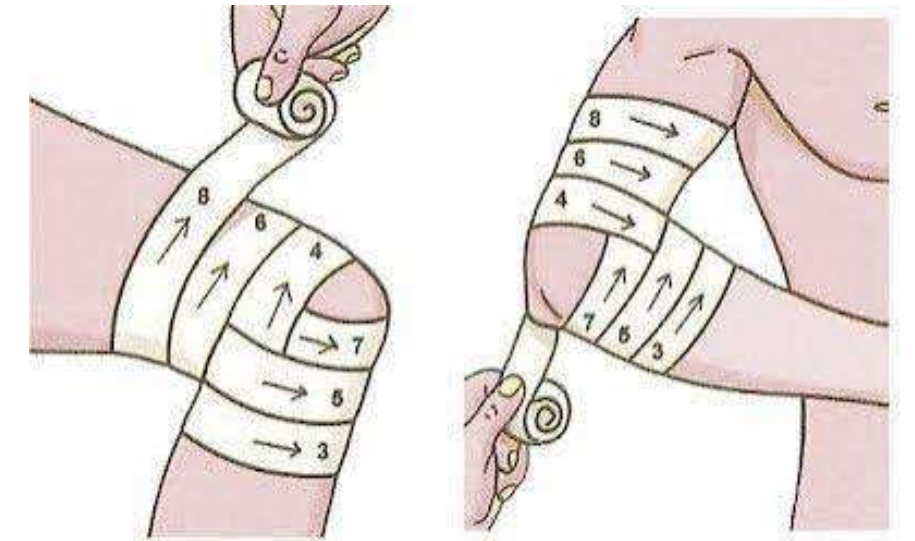
Tipos de vendajes

Vendaje en ocho:

Dando una vuelta circular al inicio, seguida de un cruce. de la venda en forma de ocho, puede terminar con otra vuelta circular.

-Usos:

*Articulaciones de rodilla, codo y tobillo

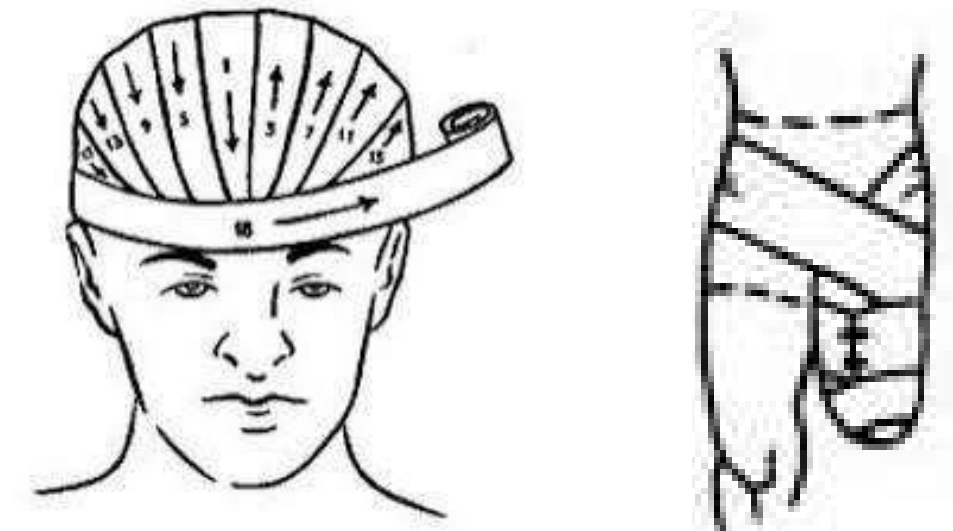


Capelina o vendaje recurrente:

Se realiza comenzando con una vuelta circular. A continuación, se lleva el rollo de venda hacia el extremo de la cabeza, realizando pliegues sobre sí misma en distintas direcciones hasta completar el vendaje. Se termina con una vuelta circular.

-Usos:

*Se aplica en la cabeza, dedos y muñones.



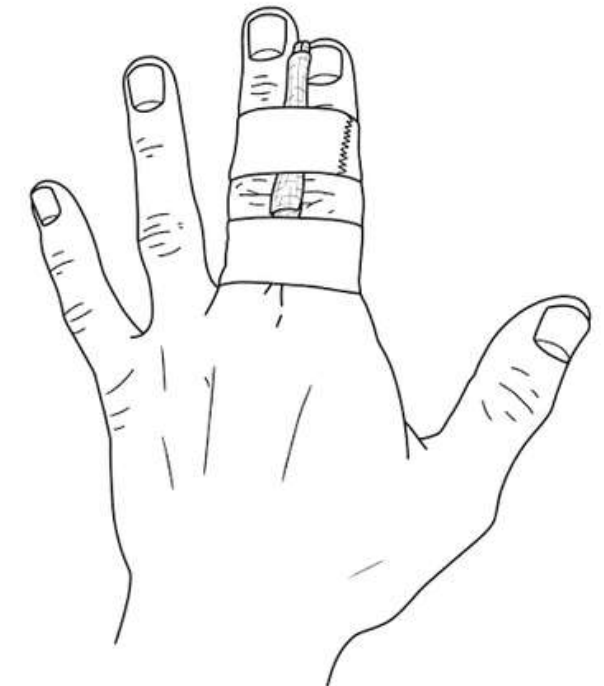
Tipos de vendajes

Sindactilia:

- Los dedos deben estar en **ligera flexión** y debemos poner una **gasa entre medias**.
- Se utilizan tiras finas de esparadrapo y se hace un **vendaje circular** uniendo los dedos y respetando las articulaciones.

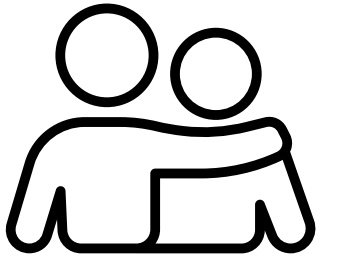
-Usos:

*Inmovilizar un dedo lesionado.



Transporte de accidentados

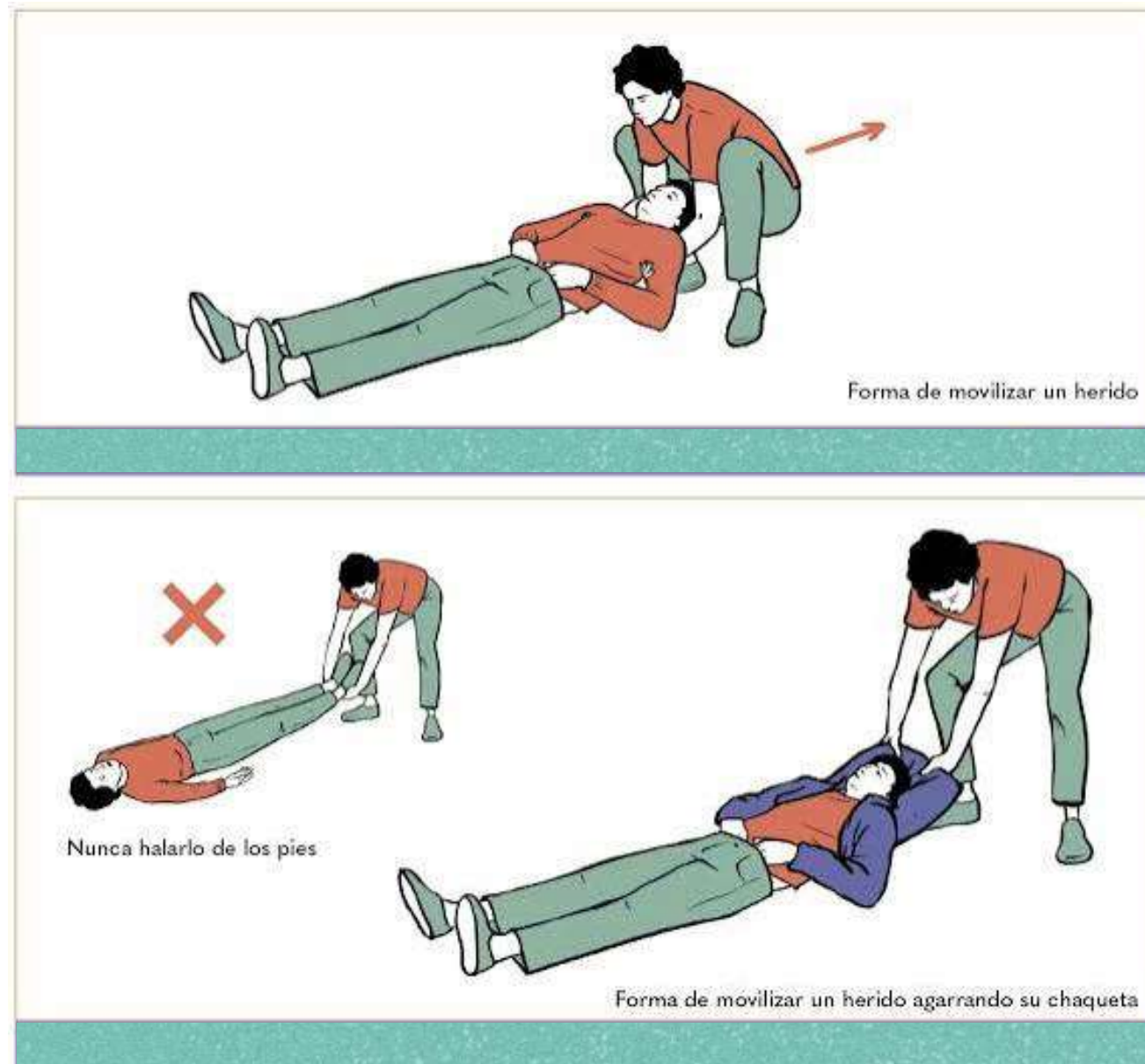
***Como norma general es preferible prestar la ayuda en el lugar del accidente y no mover al/los accidentados/s; especialmente, en accidentes o lesiones graves.



- En caso de que haya que transportar a un herido, hay que **garantizar que las lesiones no empeoren o aumenten** y que no se entorpezca la recuperación futura.
- La razón fundamental para trasladar a un lesionado es que exista peligro vital en caso de no hacerlo. Por ejemplo, si hay peligros de incendio, derrumbes, inundaciones...
- En el traslado, hay que **prevenir** tanto la salud del auxiliado como la del auxiliador.

Transporte de accidentados

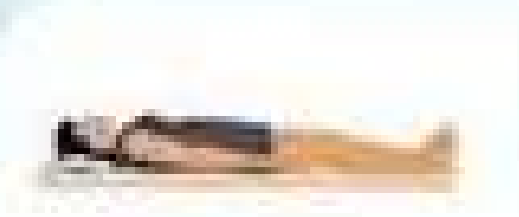
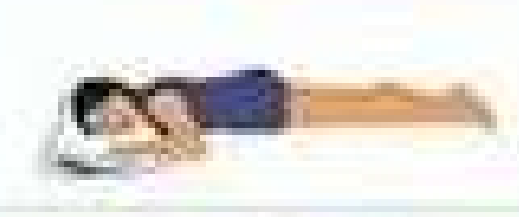
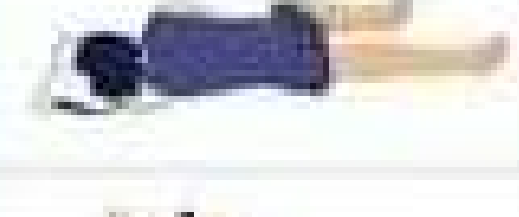
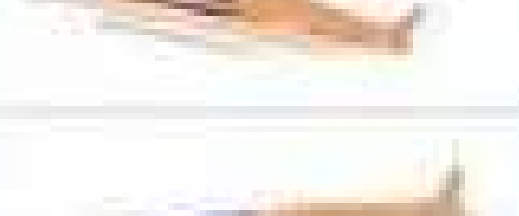
Método de arrastre



Si son dos o más personas



Transporte de accidentados

	Decubito supino o dorsal
	Decubito Prono o Ventral
	Decubito Lateral Izquierdo o Derecho
	Semi Fowler
	Antitrendelumbur o Morstin
	Trendelumbur

→ **Tx abdominal, Tx columna**

→ **Mejora la ventilación pulmonar**

→ **Evita broncoaspiración o atragantamiento**

→ **Disnea, TCE, crisis HTA, Tx tórax
shock cardiogénico**

→ **Disnea, mejora circulación, IQx recientes**

→ **Shock hipovolémico, Tx extremidades**

El botiquín

ANTISÉPTICOS

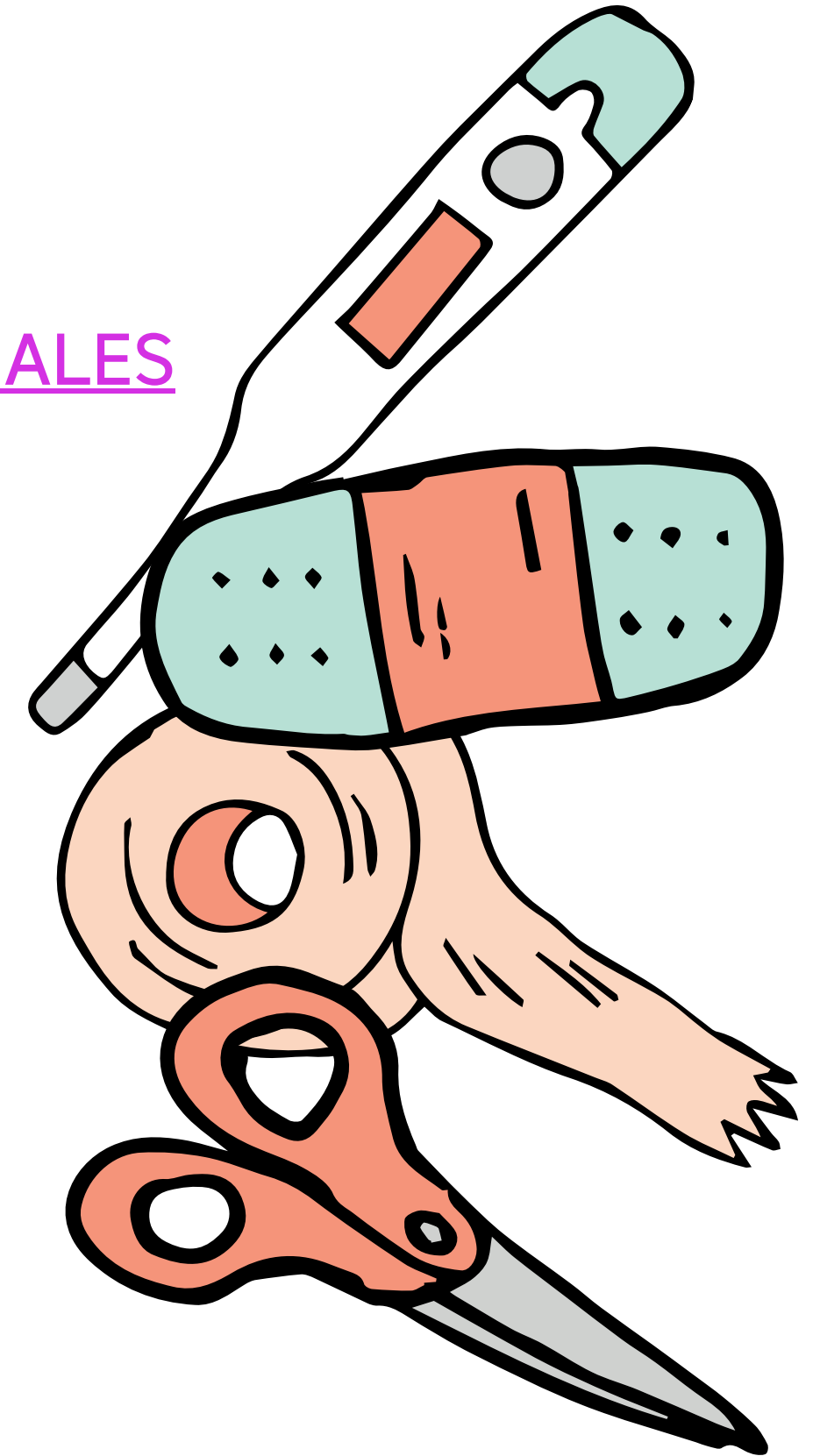
- ❖ Alcohol
- ❖ Clorexidina
- ❖ Suero fisiológico
- ❖ Jabón neutro
- ❖ Toallitas desinfectantes

MATERIAL DE CURA

- ❖ Gasas estériles
- ❖ Vendas
- ❖ Esparadrapo
- ❖ Algodón

INSTRUMENTAL Y ELEMENTOS ADICIONALES

- ❖ Guantes
- ❖ Termómetro
- ❖ Tijeras de punta redonda
- ❖ Pinzas
- ❖ Jeringa desechable (lavar heridas)
- ❖ Tiritas
- ❖ Steri-strips (cubrir algún corte pequeño)
- ❖ Pañuelos de papel
- ❖ Bolsas para aplicar frío
- ❖ Bolsa de plástico vacías para rellenar con hielo



¡Muchas gracias!

