

PRIMEROS AUXILIOS

QUÉ HACER
ANTE UNA EMERGENCIA

ÍNDICE

3	INTRODUCCIÓN
7	PÉRDIDAS DE CONSCIENCIA Y REANIMACIÓN
8	POSTURA DE SEGURIDAD
10	DESVANECIMIENTO, SÍNCOPE O LIPOTIMIA
14	CRISIS CONVULSIVAS
19	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE ADULTOS
24	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE BEBÉS
29	USO DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS
35	INCIDENTES TRAUMÁTICOS
36	HERIDAS
40	HEMORRAGIA Y SHOCK
45	HEMORRAGIA NASAL
48	FRACTURAS
54	ESGUINCES Y LUXACIONES
59	ACCIDENTES DE TRÁFICO
65	INCIDENTES EN EL HOGAR
66	ACCIDENTE ELÉCTRICO
71	QUEMADURAS
77	ATRAGANTAMIENTO. LA MANIOBRA DE HEIMLICH EN ADULTOS

82	ATRAGANTAMIENTO. LA MANIOBRA DE HEIMLICH EN BEBÉS
84	INTOXICACIONES
89	INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN (GAS Y HUMO)
93	INCIDENTES EN LA NATURALEZA
94	DESCARGA ELÉCTRICA (RAYO) EN LA NATURALEZA
98	PICADURAS DE MEDUSA
102	PICADURAS CON REACCIÓN
107	MORDEDURAS
111	AHOGAMIENTO
115	MAL DE ALTURA
120	GOLPE DE CALOR
124	HIPOTERMIA Y CONGELACIÓN
129	CÓMO ACTUAR ANTE...
130	CUERPO EXTRAÑO EN EL OJO
134	CRISIS DE ANSIEDAD
138	FIEBRE
142	DIARREA
147	LAVADO NASAL EN BEBÉS
150	RELACIÓN DE RIESGO
155	ANEXO
156	BOTIQUÍN CASERO



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Son muchas las guías de Primeros Auxilios y Socorrismo que puede encontrar en el mercado, y muy buenas. Suelen ser manuales muy detallados y precisos que intentan cubrir todas y cada una de las posibles situaciones de emergencia, pero enfocados generalmente a personas muy involucradas en el asunto, al cargo por ejemplo de actividades grupales, que han recibido o reciben cursillos periódicos. Nuestro propósito es más modesto pero igual de importante, ya que pretendemos orientar a quienes son legos en la materia, que no tienen ningún tipo de formación sanitaria ni han recibido un cursillo relacionado con el tema, pero que pueden encontrarse ante una situación de emergencia en cualquier momento. Y lo hacemos en un formato ameno y fácil de leer, en forma de fichas independientes, sin dar largos listados de protocolos o decisiones que deben seguirse, sino destacando una serie de “ideas de fuerza” que deberemos recordar en cada situación. Hemos incluido también cómo proceder ante algunas situaciones comunes que, sin ser propiamente una emergencia, conviene saber cómo reaccionar.

Así es como ha surgido la primera edición de esta guía OCU Primeros auxilios. Qué hacer ante una emergencia. En ella hemos hecho una recopilación de los diferentes temas publicados a lo largo de los últimos años en nuestra sección de primeros auxilios de la revista OCU Salud, y que sabemos con seguridad que es una de las mejor valoradas por nuestros socios.

De ella, podemos rescatar tres ideas principales: mantener la calma, activar la cadena de socorro y evitar en todo lo posible causar más daño.

En cualquier situación de emergencia de la que seamos testigos, lo primero y fundamental es mantener la calma y establecer nuestra propia seguridad.

Desgraciadamente, son muchos los casos de víctimas mortales atropelladas al intentar auxiliar a un accidentado de tráfico, de personas ahogadas por querer rescatar a un nadador, de fallecidos por inhalación de humo al tratar de ayudar en un incendio, etc. Todos los especialistas coinciden en la importancia vital de dedicar los primeros momentos a asegurar, inspeccionar y señalar el terreno (y a nosotros mismos) y tomar conciencia de nuestras posibilidades de ayudar. No sobrevalore, en este sentido, sus capacidades reales.

Una segunda idea, tan importante como la primera, consiste en activar cuanto antes la cadena de socorro, la acción más eficiente casi en cualquier situación de emergencia. Si se encuentra, por ejemplo, en un lugar donde debe existir algún servicio de emergencia (socorristas en playas, personas al cargo de reanimadores automáticos en grandes instalaciones públicas, etc.), asegúrese de que hay alguien que corre a solicitar su asistencia mientras usted auxilia a la víctima (o viceversa).

En cualquier caso, telefonee al 112 cuanto antes, transmita la información realmente importante y siga paso a paso sus instrucciones. Incluso en las situaciones más urgentes (por ejemplo, si asistimos a una parada cardiorrespiratoria) de nada servirá que durante unos pocos minutos hagamos unas maniobras de reanimación “perfectas” si no llega de forma inmediata la asistencia profesional.

Por último, la tercera idea es especialmente importante cuando el que presta los primeros auxilios es una persona sin conocimientos sanitarios. Se trata de

la máxima médica *primum non nocere*: ante todo, no hacer daño. En muchas ocasiones, sobre todo en casos de accidente, la actitud más adecuada es la de asegurarse de que el accidentado no sufre daños mayores que los que ya ha sufrido y dejar la asistencia médica propiamente dicha a los profesionales. Si, por ejemplo, existiera una lesión de columna, puede suceder que al movilizar a la persona agravemos su lesión o le causemos otra mayor (como un daño medular). A veces, lo mejor que podemos hacer en estos casos es evitar que otros menos experimentados provoquen daños evitables.

No olvide, por otra parte, que muchos de los consejos dados en esta guía se basan en el consenso de expertos y pueden cambiar con el tiempo. Los protocolos de reanimación ante una parada cardiorrespiratoria, por ejemplo, sufren periódicamente modificaciones que los mejoran, en función de la información acumulada con el paso de los años, lo que no quiere decir que aplicar los protocolos anteriores no sea mejor que no aplicar ninguno. Otros tienen una base puramente empírica, y resulta difícil saber a ciencia cierta su eficacia, como es el caso de la maniobra de Heimlich, aconsejada tradicionalmente para los casos de atragantamiento. Obviamente, no hay datos suficientes para evaluar su eficacia, ya que es imposible estandarizar las condiciones en las que se aplica, diseñar ensayos clínicos para evaluar su efectividad frente a otras posibles maniobras en las mismas condiciones, etc. Muchos especialistas dudan de que en realidad sea más eficaz, por ejemplo, que seguir animando a la persona a toser con fuerza. Aun así, la hemos recogido en esta edición.

Por eso, si el tema de los primeros auxilios le resulta interesante, le animamos a seguir periódicamente algunos de los numerosos cursillos de formación proporcionados por diferentes entidades e instituciones, y que le permitirán estar a la última.

Esperamos que le sea útil.



GUÍAS PRÁCTICAS DE OCU

En relación con esta guía, pueden interesarle también *Un paciente informado. Conozca y reclame sus derechos*, así como *Los medicamentos, del laboratorio al consumidor*, publicadas por OCU.

Entre en
www.ocu.org/guiaspracticas,
e infórmese de cómo conseguir estas guías.



Pérdida de
consciencia

**VALORE
CADA CASO**

Pueden ir desde
una simple lipotimia
hasta una parada
cardiorrespiratoria.

PÉRDIDAS DE CONSCIENCIA Y REANIMACIÓN

POSTURA DE SEGURIDAD

La postura de seguridad (también conocida como posición lateral de seguridad) solo es adecuada para una persona que está inconsciente, pero que respira de forma estable y en la que no hay sospecha de daños en la columna. En el caso, por ejemplo, de los accidentados de tráfico, o si alguien se cae de una gran altura, es mejor no manipularlo sin ayuda profesional porque el posible daño en la columna puede agravarse y dar lugar incluso a una lesión medular irreversible.

Sin embargo, esta postura sí es adecuada cuando la persona, por ejemplo, se ha desvanecido y no recupera la consciencia, pero mantiene estables el pulso y la respiración; o si vuelve a respirar después de haberle realizado maniobras de reanimación cardiopulmonar, o justo después durante una crisis convulsiva. Por este motivo, abrimos con ella la guía, ya que se mencionará en diversos momentos a lo largo de la misma.

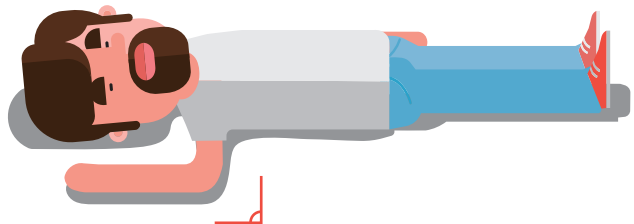
¿Por qué es importante la postura de seguridad? Se trata de la posición que evita la obstrucción de la vía respiratoria con la propia lengua (que al perder el tono muscular, tiende a desplazarse hacia atrás), aunque la persona esté inconsciente. En esta posición, además, en caso de que se produzca un vómito, el riesgo de aspiración (es decir, que el contenido vomitado o regurgitado se desvíe hacia los pulmones y produzca una peligrosa neumonía) es mínimo.

Cómo actuar

1

SITÚE A LA VÍCTIMA BOCA ARRIBA

Coloque a la persona inconsciente boca arriba, abra uno de sus brazos formando un ángulo recto con el cuerpo y flexiónelo por el codo para

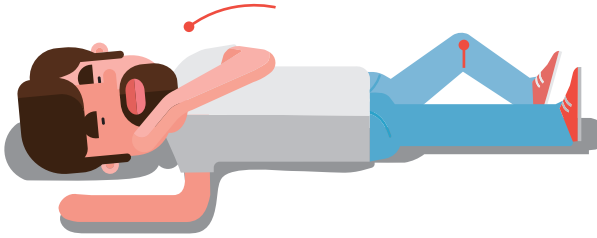


que la palma de la mano, abierta hacia arriba, descansa a la altura aproximada de la cabeza.

2

COLOQUE LAS EXTREMIDADES

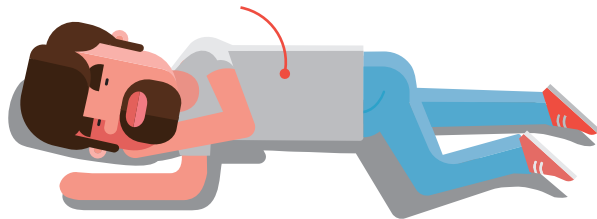
Coloque ahora el brazo y la pierna del lado contrario. Cruce el brazo sobre el tórax, poniendo el dorso de la mano contra la mejilla de la víctima. Flexione la pierna, elevando la rodilla y manteniendo el pie sobre el suelo.



3

GIRE SOBRE EL COSTADO

Tire de la rodilla hacia usted, para girar a la víctima y hacerla descansar sobre el costado. Eche la cabeza ligeramente hacia atrás, adelantando así un poco su mentón, para que la vía aérea se mantenga abierta. Pida ayuda médica si nadie lo ha hecho aún.



Sepa que...

Hasta ahora se recomendaba acostar a la persona sobre su lado izquierdo, para evitar que el contenido gástrico se regurgitase hacia el esófago. Hoy se sabe que esto es indiferente, pero sí se recomienda para las mujeres embarazadas, para que el peso del útero no comprima la vena cava inferior, que está ligeramente desplazada hacia la derecha.

DESVANECIMIENTO, SÍNCOPE O LIPOTIMIA

El desvanecimiento, desmayo o lipotimia (son diversos los términos que se utilizan para denominarlo) es una breve pérdida de consciencia que sucede como consecuencia de una disminución brusca y transitoria del aporte de sangre al cerebro.

En la gran mayoría de los casos se trata de un episodio benigno, de escasa trascendencia, que se produce cuando el sujeto se encuentra en un ambiente muy caluroso, está en medio de una aglomeración de personas, de pie durante mucho tiempo, ha sufrido una emoción intensa, una visión o experiencia desagradable, sufre un dolor muy agudo, etc. A este cuadro se le llama en medicina "síncope vasovagal".

Otra posible causa de síncope es la hipotensión ortostática, una caída de la presión arterial que se produce en respuesta a cambios rápidos en la postura corporal, como ocurre cuando uno está tumbado y se pone bruscamente en pie. Es un fenómeno que todo el mundo puede presentar de forma puntual, pero que es frecuente en personas que sufren diabetes o ciertas enfermedades neurológicas.

El síncope vasovagal suele estar precedido por síntomas anunciadores: palidez, náuseas, sudoración, zumbido de oídos, visión borrosa, etc. El sujeto, que normalmente se encuentra de pie, experimenta una sensación de desvanecimiento próximo que le hace sentarse o tumbarse antes de perder la consciencia. Finalmente tiene lugar una pérdida de conocimiento breve que se recupera espontáneamente. La pérdida del conocimiento viene acompañada de una pérdida del tono muscular: si al sujeto no le ha dado tiempo a buscar apoyo, caerá al suelo.

En muchos casos no llega a perderse el conocimiento, pero sí se produce todo el conjunto de síntomas que lo preceden, que el sujeto relatará posteriormente como un mareo. En estos casos algunos médicos prefieren hablar de "pre-síncope" en lugar de síncope.

Cómo actuar

1

SÍNTOMAS

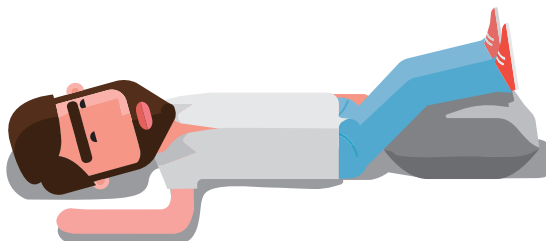
Es normal que quien está a punto de sufrir un síncope empiece a palidecer, a sudar o a tener náuseas y trate de sentarse o tumbarse, al tiempo que se le nubla la vista y le zumban los oídos. Si aprecia esos síntomas en alguien próximo, dele apoyo para que pueda tenderse en el suelo sin caerse ni golpearse.

2

LEVANTE SUS PIERNAS

Tumbe a la persona boca arriba en un sitio plano, sin almohada, y eleve sus piernas para que estén a más altura que la cabeza.

Si eso no es posible, también puede sentarse con la cabeza entre las piernas, lo más baja posible. Procure despejar el entorno de gente y refrescar el ambiente.



Afloje la ropa que pueda resultar opresiva: el cinturón, la corbata, el cuello de la camisa, etc.



3

CONSTANTES VITALES

Compruebe sus constantes vitales para confirmar que se trata de un síncope y no de una parada cardiorrespiratoria, algo radicalmente distinto (véase Reanimación cardiopulmonar). La víctima debería

reaccionar, aunque sea con balbuceos, o leves movimientos, a su nombre o a un estímulo físico. Si no responde, compruebe su pecho y acerque la oreja a su boca. Debería oír cómo el aire pasa por la nariz o la boca, el pecho sube y baja y sentir el aliento al aproximar la mejilla.

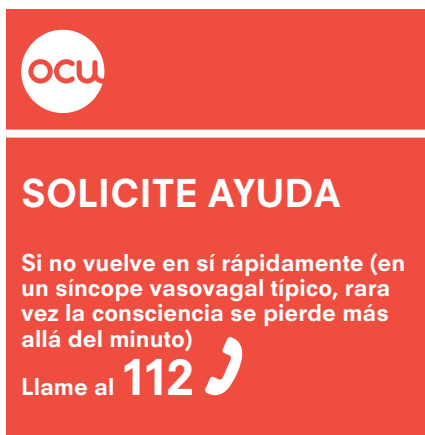


4

RECUPERACIÓN

Cuando la persona se recupere, haga que permanezca tumbada unos minutos y ayúdela a incorporarse despacio.





Sepa que...

En algunos casos, el síncope puede ser la manifestación de un problema más serio, como una arritmia cardíaca. En estos casos ya no se habla de síncope vasovagal, sino de síncope “cardiogénico”.

Cuando es así, no suelen darse los síntomas precedentes típicos de la lipotimia (la pérdida de consciencia puede ser brusca y casi sin notar el “mareo” previo), puede ocurrir al estar acostado o tumbado (lo que es raro en otros tipos de síncope) y acompañarse de otros síntomas como palpitaciones, dolor en el pecho o dificultad respiratoria, que normalmente no se dan en el síncope vasovagal. Todas estas circunstancias deben comentarse al médico, ya que pueden ponerle sobre la pista de algún trastorno específico. También si los episodios ocurren muy frecuentemente y sin desencadenante aparente.

Otra posible causa de pérdida de conocimiento es una crisis convulsiva (véase Crisis convulsiva), durante la cual se producen movimientos anormales, la persona puede morderse la lengua y perder el control de los esfínteres. Las crisis convulsivas y el síncope vasovagal rara vez se confunden, pero puede suceder que, si un síncope se prolonga más allá de unos pocos minutos, se acompañe de movimientos convulsivos creando dudas sobre cuál es el verdadero problema.