

2014

Agrupación Municipal de
Voluntarios de
Protección Civil

Ayuntamiento de Ávila



IES Vasco de la Zarza

PRIMEROS AUXILIOS

Para Alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y
Bachillerato

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN

Contacto

Fernando Nieto Hernández

Calle Jorge Ruíz de Santayana s/n (junto al parque de Bomberos)

E-mail: proteccioncivil@ayuntavila.com

Twitter: @ProteCivilAvila

Teléfonos:

- Sede: 920 354 035
- Móvil: 630 365 304



INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS

Concepto

Los *Primeros Auxilios* son el conjunto de normas de actuación dirigidas a mejorar o limitar el pronóstico de un accidentado.

El *socorrismo* es el arte de aplicar correctamente estas normas, es decir, los primeros auxilios.

La importancia de los primeros auxilios reside en que es la primera ayuda que recibe una persona que se encuentra herida o accidentada por lo que normalmente es prestada por personal no especializado en emergencias. Se basan en simples maniobras manuales que aseguran el mantenimiento de las funciones vitales del paciente hasta la llegada del personal médico o sanitario especializado.

Decálogo del socorrista

1. Estar tranquilos pero actuar rápidamente.
2. Hacer una composición del lugar.
3. Dejar al herido acostado sobre la espalda.
4. Manejar al herido con gran precaución.
5. Examinar bien al herido.
6. No hacer más que lo indispensable.
7. Mantener al herido caliente.
8. No dar de beber a una persona inconsciente.
9. Tranquilizar al enfermo.
10. Asegurar la evacuación del herido en las mejores condiciones.

Objetivos y premisas

Los objetivos principales de los primeros auxilios son:

- No agravar el estado de la víctima.
- Asegurar el traslado a un centro sanitario en las mejores condiciones posibles.

Si cumplimos con estos dos objetivos estamos asegurando la eficacia de nuestra actuación. Para cumplir con estos objetivos debemos:

- Hacer una composición completa del lugar incidente/accidente.
- Mantener la calma en nuestras actuaciones y proporcionar tranquilidad, tanto a las víctimas como a la gente que se encuentra en la escena.
- Evitar realizar actuaciones intempestivas que, lejos de solucionar el problema, solamente aumentará las posibilidades de cometer errores.

Aspectos generales

Urgencia es la necesidad de recibir atención sanitaria inmediata sin especificar si la misma compromete o no la vida del sujeto. Es una sensación subjetiva del paciente, por lo tanto, lo que para el paciente puede ser una urgencia para nosotros no puede serlo, y viceversa.

Emergencia es la situación determinada por la agresión a un individuo que le causa la pérdida de salud, brusca y violenta, con afectación cierta o potencial de algún órgano vital, y que de no ser asistidos de forma inmediata ponen en grave riesgo su vida.

Catástrofe es un suceso que altera notablemente el orden normal de las cosas y que provoca puntualmente una trágica desproporción entre las necesidades y los medios disponibles.

Desastre es la situación en la que la pérdida de vidas y bienes es desproporcionada y que desborda las capacidades de la comunidad local y regional e incluso nacional.

Conducta P.A.S.

La conducta P.A.S. es una sistemática de actuación que aplicaremos a todas las situaciones en las que debemos prestar los primeros auxilios.

Con esta sencilla regla, nos aseguramos prácticamente el éxito de la actuación, sin agravar las lesiones ya existentes.

En estos casos, tan importante es lo que debemos hacer, como lo que “**no debemos hacer**”. De esta manera si no estamos totalmente seguros de lo que vamos a hacer, es mejor no hacerlo.

Proteger

La conducta P.A.S. empieza por la “P” de *Proteger*. Lo primero que deberemos de proteger es a nosotros mismos: **AUTOPROTECCIÓN**.

Además debemos procurar dar estabilidad en el lugar del incidente/accidente para evitar nuevos accidentes o daños. También tenemos que garantizar la seguridad de las víctimas, de los intervinientes y de todas las personas que se encuentran en el lugar. Para ello deberemos señalizar correctamente el siniestro y crear un área de intervención bien delimitada donde nadie pueda acceder.

En el transcurso de nuestras actuaciones deberemos hacernos una composición del lugar lo más completa posible, incluyendo el número total de heridos y su estado aproximado, recursos que vayamos a necesitar, etc.

Alertar

Una vez que hemos “protegido” podemos pasar al segundo punto de la conducta P.A.S., la “A” de *Alertar*.

Debemos alertar a los servicios de emergencias correspondientes. Todo el tiempo que nos demoremos en realizar la llamada es tiempo añadido de espera para las víctimas.

El **1-1-2** es el número de Emergencias para toda Europa, por lo que el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) de cada Comunidad Autónoma activará los recursos necesarios para cada emergencia, como Servicios Sanitarios, Seguridad Ciudadana, Servicios de Extinción de Incendios y Salvamento, Protección Civil,...

Durante la llamada al 112 debemos observar que:

- Debemos ser breves y dar información concreta y concisa.
- Ser educados con nuestro interlocutor.
- Explicarle quién somos.
- Mantener la calma. El nerviosismo puede hacer que no demos información válida.
- Especificar claramente el lugar exacto del suceso, si es posible, con puntos de referencia.
- Especificar el tipo de suceso y los posibles riesgos derivados del mismo.
- Especificar el número total de víctimas y su estado aparente.
- Facilitar un número de teléfono donde nos puedan localizar para pedirnos más información.
- Solicitar, si es adecuado y necesario, la presencia de otros cuerpos de intervención o de seguridad.
- Dar cualquier otra información que se nos solicite.
- Colgar después que nuestro interlocutor, asegurándonos que ha entendido el mensaje.

Socorrer

Después de haber protegido la zona y a todas las personas involucradas y de haber alertado a los servicios de emergencia, el siguiente paso es la “S” de *Socorrer*.

Como hemos dicho anteriormente solo vamos a realizar aquellas maniobras de las que estemos completamente seguros. **Si no estás completamente seguro de lo que vas a hacer, no lo hagas.**

Debemos mantener a los heridos en las mejores condiciones posibles hasta la llegada del personal médico especializado. Para ello realizaremos:

- Solamente aquellas maniobras de las que estemos completamente seguros.
- Sólo aquellas maniobras imprescindibles para preservar la vida.
- Si es posible y disponemos, realizarlas con el material adecuado.
- Intentando no agravar el estado de las lesiones.

SOPORTE VITAL BÁSICO

Introducción

Las PCR extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cada 20 minutos, ocasionando cuatro veces más muertes que los accidentes de tráfico. Más del 80% de las PCR súbitas en el adulto en España son de origen cardíaco. De este 80%, el 85% de las paradas, el responsable inicial es la fibrilación ventricular (FV).

Importancia de la DF y la RCP

Como hemos dicho anteriormente, la FV es la responsable inicial de hasta un 85% de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) extrahospitalarias. La experiencia acumulada demuestra que la efectividad de la desfibrilación temprana en la recuperación de un ritmo cardíaco eficaz es del 90% cuando es posible efectuarla en el primer minuto de evolución de la FV. De no ser así, la FV evoluciona en muy pocos minutos en asistolia, ritmo muy difícil de recuperar.

Como es difícil proporcionar la desfibrilación antes del primer minuto, se hace indispensable realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP) hasta la llegada del desfibrilador. Según se puede observar en la curva de Drinker, por cada minuto que

pase sin realizar un soporte vital (SV) la supervivencia desciende en un 7-10%; de esta manera a los 4-5 minutos de haberse producido una PCR la supervivencia desciende un 50%, si no se ha realizado ningún tipo de, y a los 10 minutos la supervivencia es prácticamente nula.



Conceptos

Parada cardiorrespiratoria (PCR): es el cese *brusco, inesperado y potencialmente reversible* de la respiración y circulación espontáneas. Si no se soluciona rápidamente evolucionará a la muerte biológica.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): es el conjunto de maniobras destinadas a sustituir primero la respiración y circulación espontáneas para, en una segunda fase, lograr su restablecimiento y así mantener una función cerebral adecuada.

Soporte vital (SV): es un conjunto de acciones protocolizadas, de desarrollo secuencial, utilizadas en el tratamiento de la PCR con el objetivo de reinstaurar la respiración y la circulación espontáneas. Incluye además la prevención de la PCR, la alerta a los SEM, la intervención precoz y la educación y difusión de conocimientos. Existen tres tipos de SV dependiendo de los objetivos y del material necesario:

- Soporte Vital Básico (SVB): su objetivo es garantizar el aporte de oxígeno a los órganos vitales hasta la reinstauración de la respiración y circulación espontánea o hasta el inicio de las maniobras de SVA. En este tipo de soporte no se dispone de ningún tipo de material, a excepción de material de protección, como pueden ser guantes y mascarillas de RCP.
- Soporte Vital Básico Instrumental (SVBI).
- Soporte Vital Avanzado (SVA).

¿Cuándo comenzar y terminar las maniobras de SV?

Las maniobras de SV se iniciarán en caso de PCR. Las excepciones para comenzar con estas maniobras son:

- Signos indudables de muerte (como la decapitación).
- Ante posibles lesiones al reanimador.

Las maniobras de SV se suspenderán cuando haya:

- Recuperación de la respiración y circulación espontáneas o haya signos de vida (habla, abre los ojos, se mueve).
- Por agotamiento del reanimador/es, riesgos ambientales o peligro para el reanimador/es u otras personas.
- Cuando el responsable de la RCP considere la PCR irreversible

Cadena de supervivencia

Es la sucesión de circunstancias favorables que, de producirse, hacen más favorable que una persona sobreviva a una situación de emergencia.

1. **Activación precoz del SEM:** el reconocimiento temprano de la emergencia médica y solicitud de auxilio a través del sistema 112 es esencial ya que una respuesta rápida y efectiva podría prevenir un paro cardíaco.
2. **RCP Básica precoz:** una RCP inmediata puede duplicar o triplicar la supervivencia de una PCR súbita, ganando tiempo hasta la realización de la DF.
3. **DF precoz:** la DF es la única medida que puede permitir recuperar un latido cardíaco efectivo en caso de FV. La RCP más la DF en los primeros minutos de producirse la PCR aumenta de manera significativa las tasas de supervivencia.
4. **SVA efectivo:** el SVA y los cuidados postreanimación son fundamentales para recobrar una adecuada calidad de vida.

Es importante saber que el paso de un eslabón a otro no debe ser superior a los cuatro minutos, ya que de ser así, la supervivencia disminuiría considerablemente. De esta manera, desde la alerta precoz hasta la RCP básica no deben pasar 4 minutos, desde esta hasta la DF no deben pasar 8 minutos, y hasta el SVA no deben pasar 12 minutos.



Soporte Vital Básico

Identificación de la situación

Como hemos dicho, lo primero que tenemos que hacer ante cualquier situación es seguir la **conducta P.A.S.**

Posteriormente deberemos de **identificar la situación**. Para ello nos acercaremos al accidentado y le preguntaremos en voz alta: ¿Está usted bien? Al mismo tiempo que le estimulamos a la persona sacudiéndole ligeramente por los hombros.

Tras esta estimulación, dependiendo si nos responde o no, nos encontraremos con dos situaciones:

1. Persona consciente.
2. Persona inconsciente.

La **consciencia** es el primer y más claro indicativo del estado general del paciente, y para comprobarla nos servimos de la regla nemotécnica **AVDN**:

- **Alerta:** es el estado normal de consciencia. El paciente nos sigue con la vista cuando nos movemos y mantiene los ojos abiertos espontáneamente.
- **Verbal:** el paciente no se encuentra alerta, pero responde a estímulos verbales. Para ello preguntaremos cómo se encuentra, qué le ocurre, o algo similar. Abrirá los ojos.
- **Dolor:** El paciente no se encuentra alerta, ni responde a los estímulos verbales. Para obtener respuesta necesitamos provocar estímulo en alguno de los puntos de dolor. Es una práctica habitual en los pacientes simuladores.
- **No respuesta:** El paciente no responde a ningún tipo de estímulo. Sólo en este caso se considera que está inconsciente.

Persona consciente

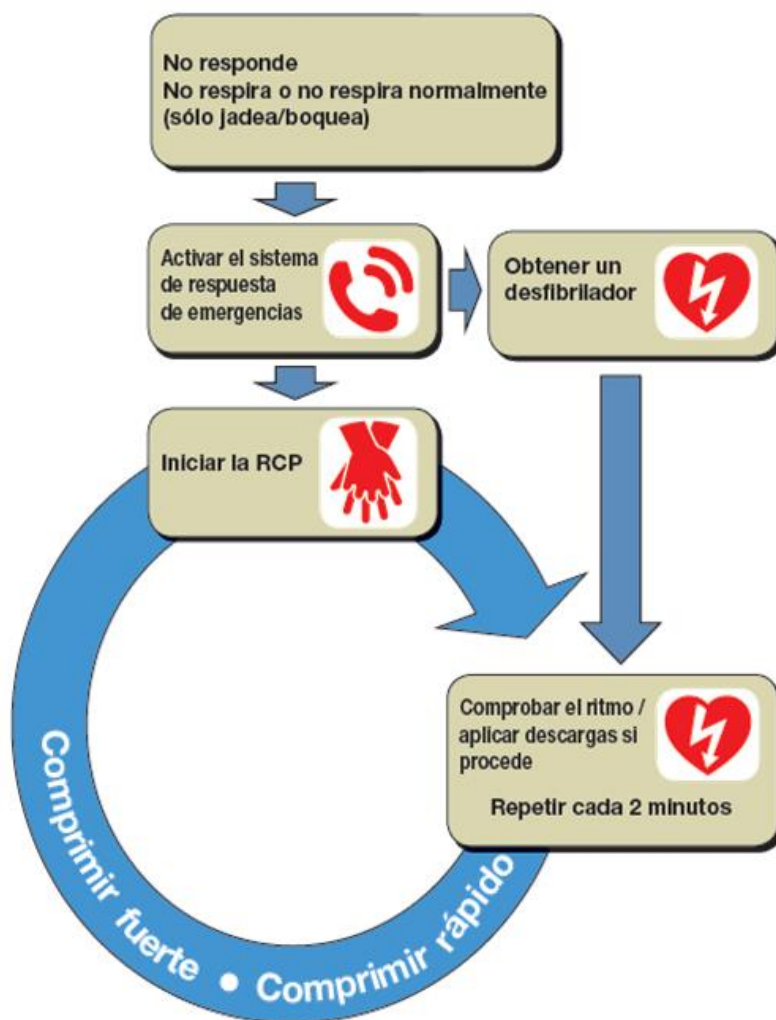
La persona contesta o intenta contestar, por lo tanto, respira y tiene pulso.

Las acciones que deberemos de realizar son:

- Observar a la víctima, sobre todo su respiración, ya que puede haber sufrido un atragantamiento por lo que pasaremos a realizar el protocolo de OVACE.
- Buscar anomalías, como fracturas, deformidades o signos de hemorragia (sangrado externo activo, palidez, sudoración, debilidad en el pulso).
- Pedir ayuda lo antes posibles si no se ha hecho todavía.

Persona inconsciente

Es aquella persona que ante la estimulación verbal y dolorosa no ha respondido. Es una situación grave que precisa de soporte vital avanzado.



Ante una persona inconsciente lo primero que tenemos que hacer, si no lo hemos hecho antes, es alertar al 1-1-2.

En caso de que haya más de un reanimador, lo apropiado sería mandar a alguien a buscar un DESA y a activar el 1-1-2 y quedarse otro reanimador con el paciente.

Posteriormente vamos a seguir tres pasos, el denominado **CAB** según sus siglas en inglés, aunque nosotros sólo vamos hacer la **C**:

- **C** (circulation): valoración de la circulación, incluyendo las compresiones.
- **A** (airway): vía aérea, incluyendo su apertura.
- **B** (breathing): respiración, incluyendo la ventilación artificial.

Compresiones torácicas.

Tras comprobar que la víctima no respira deberemos de comenzar a realizar las compresiones torácicas. Para comprobar la respiración nos acercaremos a la cara de la víctima y veremos si respira o no o no respira normalmente (jadea o boquea).

En el caso que **respira** colocaremos a esa persona en posición lateral de seguridad (PLS), es decir, en personas inconscientes que respiran.

Posición Lateral de Seguridad

Hay muchas maneras distintas, pero una forma sencilla y rápida de colocar a la víctima en PLS puede ser la siguiente:

1º. Arrodílese al lado de la víctima y asegúrese de que sus piernas están bien estiradas.

2º. Coja el brazo más cercano a usted y colóquelo, doblando el codo, de manera que haga un ángulo recto con su cuerpo con la palma de la mano mirando hacia arriba.



Ponga el brazo más alejado sobre el pecho, cruzándolo.



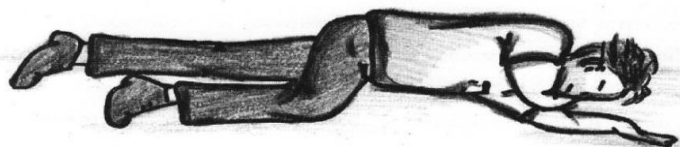
3º. Con su otra mano, coja la pierna más alejada por detrás de la rodilla y levántela, manteniendo el pie en contacto con el suelo.

Tire de la rodilla y del hombro más alejados a usted, hasta colocar al paciente sobre su costado.

Coloque la pierna que queda encima, de forma que tanto su cadera como su rodilla formen ángulos rectos.



4º. Bascule la cabeza hacia atrás, para asegurar que la vía aérea permanece abierta, colocando la mano debajo de su mejilla para mantener la extensión de la cabeza.



Una vez colocada a la víctima en PLS hay que seguirla controlando regularmente hasta que llegue atención avanzada, comprobando su respiración.

Para evitar lesiones por compresión del brazo que está debajo, no debe dejar a la víctima en esta posición más de 30 minutos. Tras este tiempo es conveniente girar a la víctima, colocándola sobre el otro costado.

En el caso que **no respira** o **no respira normalmente** comenzaremos a realizar las compresiones torácicas.

Para realizar dichas compresiones, deberemos de colocar a la víctima tumbada sobre su espalda, si no lo hemos hecho antes, y sobre una superficie horizontal firme, preferentemente el suelo.

El punto de masaje es el punto medio del tórax, para ello colocaremos el talón de la mano en el punto medio de una línea imaginaria que une los dos pezones de la víctima. Una vez colocado el talón de una mano sobre el punto de masaje, ponemos el talón de la otra sobre él. Los dedos de ambas manos se entrelazan para evitar romper costillas.

Los brazos deben de estar completamente extendidos y perpendiculares al suelo, de forma que los hombros queden justo encima de la línea media del tórax de la víctima.

Para que la postura sea lo más estable posible, es recomendable abrir las rodillas y aproximarlas al tórax de la víctima.



Una vez que la víctima y nosotros estamos bien colocados, comenzamos a hacer las compresiones. El esternón de la víctima debe deprimirse entre 5 y 6 cm. Tras cada compresión se debe liberar por completo la presión sobre el esternón.

La frecuencia de las compresiones tiene que ser al menos de 100 por minuto. Además se da gran importancia en comprimir fuerte y rápido.

Se ha comprobado que tras dos minutos la efectividad de las compresiones decae, aunque el reanimador no se encuentre cansado. Por esta razón, si hay más de un reanimador, se recomienda que cada dos minutos cambien de posición.

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)



La OVACE nos la podemos encontrar tanto en víctimas conscientes como inconscientes. Si está consciente, el individuo se llevará las manos al cuello mientras no puede hablar, respirar o toser. Este gesto se conoce como **“signo internacional de asfixia”**.

Un cuerpo extraño es un concepto que incluye muchos elementos distintos, siendo lo más frecuente los alimentos y los juguetes.

La actuación ante una OVACE va a depender de cómo nos encontremos a la víctima. Si el paciente todavía tiene tos efectiva, le animaremos a seguir tosiendo hasta que expulse el cuerpo extraño o hasta que la tos sea inefectiva.

Si la tos es inefectiva y la persona está consciente, le daremos 5 golpes interescapulares y 5 compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) repitiendo el proceso hasta que el cuerpo extraño salga o la persona quede inconsciente. Para dar los golpes interescapulares colocaremos al paciente inclinado hacia debajo de modo que el cuerpo extraño, si sale, lo haga hacia afuera, y daremos 5 golpes secos con el talón de la mano entre las escápulas.

Maniobra de Heimlich

Consiste en dar compresiones a nivel abdominal con el fin de expulsar el cuerpo extraño que nos está obstruyendo la vía aérea.

Para ello rodearemos a la persona con los brazos, colocando el puño cerrado de una de las manos por debajo del esternón y por encima del ombligo con el pulgar contra el abdomen y la otra mano sobre el puño. Inclinaremos a la persona hacia delante y abajo y haremos 5 compresiones hacia dentro y arriba.



Si la víctima pierde el conocimiento, la colocaremos tumbada sobre su espalda con la cabeza ladeada y actuaremos como si estuviera en PCR.

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Los accidentes de tráfico son la tercera causa de muerte en el adulto en España.

Actuación

Lo primero que tenemos que hacer es la **conducta P.A.S.** protegiendo a los lesionados, evitando nuevas víctimas, alertando a los SEM y socorriendo a los heridos, hasta que éstos sean atendidos por los equipos de emergencia cualificados.

Cuando se produce un accidente existe un elevado riesgo de producirse un segundo accidente y por tanto de nuevas víctimas. Por ello debemos conocer las medidas básicas de seguridad.

Tiene que estacionar su vehículo fuera de la calzada a 50m del accidente y a favor del viento, con las luces de emergencia encendidas si es de día, y si es de noche además con las de cruce. Hay que colocarse el chaleco reflectante y señalizar el accidente colocando los triángulos de peligro al menos 150m en las calzadas de doble sentido, y

100m en las de un solo sentido. Al mismo tiempo se envía a alguien para que notifique el accidente lo antes posible.

Se observará si existen mercancías peligrosas derramadas, si existe riesgo de explosión o incendio, si existen líquidos inflamables derramados,...

Se debe apagar el contacto del coche siniestrado e intentar desconectar la batería para evitar posibles incendios.

Hay que interrogar a las víctimas conscientes y si pueden andar llevarlos a una zona segura.

Las víctimas inconscientes y las que no pueden andar deben ser extraídas por personal entrenado con dispositivos adecuados pero hay prioridad absoluta en caso de fuego, PCR, inmersión o ambiente tóxico.

Lo más importante de todo es **NO HACERNOS LOS HÉROES**.

LIPOTIMIAS

Es la disminución del estado de consciencia breve, superficial y transitoria debida a una disminución del flujo cerebral.

En este tipo de víctimas nos vamos a encontrar una serie de **signos y síntomas**:

- Sudoración fría y palidez.
- Sensación de mareo y ahogo.
- Taponamiento de oídos y visión borrosa.
- Flojera en las piernas.

Actuación

- Valorar la consciencia y alertar al 112.
- Colocarle en **posición antishock**: se debe colocar a la víctima tumbada y levantarle las piernas unos 45°.
- Aflojar toda la ropa que la pueda oprimir.
- Tratar la causa.

Las lipotimias suelen durar poco y se suelen recuperar sin tratamiento especial.



HERIDAS

Es un traumatismo donde se produce solución de continuidad en los tejidos.

Los **signos y síntomas** asociados a las heridas son:

- Dolor.
- Separación de los bordes de la herida.
- Hemorragia.

Los **criterios de gravedad** van a depender de la profundidad, la localización, la extensión, si contienen cuerpos extraños en su interior, la hemorragia y si han pasado más de seis horas sin tratamiento.

Actuación ante heridas leves

- Lo primero que tenemos que hacer es descubrir la herida.
- Después explicaremos lo que vamos a hacer e intentaremos tranquilizar a la víctima.
- Nos lavaremos nuestras manos. Intentaremos preservar en la manera de lo posible la higiene.
- Tomaremos las medidas de autoprotección necesarias (guantes estériles).
- Limpiaremos la herida con agua y jabón o suero fisiológico a chorro. Utilizaremos gasas limpias y de un solo uso, siempre limpiando desde dentro hacia fuera de la herida.
- Desinfectaremos la herida con Povidona yodada (Betadine[®]), en caso de que no sea alérgico al yodo ni a ninguno de sus componentes.
- Cubriremos la herida con un apósito estéril.
- Si creemos necesario alertar al 1-1-2.

Es preciso saber:

- No explorar ni tratar heridas complicadas.
- No se retirará ningún objeto clavado.
- No usar algodón ya que dificulta la curación y favorece la infección.
- No usar pomadas ni polvos ya que pueden provocar reacciones alérgicas.
- No usar alcohol ni agua oxigenada ya que puede provocar quemaduras en los bordes.

Recomendaciones a la persona: lavar la herida con agua y jabón una vez al día y cambiar el apósito. Evitar la exposición directa con el sol.

HEMORRAGIAS

Una *hemorragia* es la salida de sangre del torrente circulatorio debido a la rotura de los vasos sanguíneos.

Clasificación

- **Arterial:** la sangre es roja brillante que sale a borbotones coincidiendo con el pulso.
- **Venosa:** el sangrado es más continuo y la sangre es de color rojo oscuro.
- **Capilar:** es escaso y en forma “de sábana”.



Signos y síntomas de shock

- Piel pálida y fría.
- Pulso acelerado.
- Pulso débil.
- Respiración acelerada.
- Confusión.

Actuación

- Avisar al 112 si lo creemos necesario.
- Tranquilizar a la víctima, e informarle de todo lo que vamos realizando.
- Colocar a la víctima en posición para prevenir lipotimias, o incluso con la cabeza más baja que el resto del cuerpo.
- Valorar y detectar el punto de sangrado, observando la velocidad y características del sangrado.
- **Presión directa:** uso de guantes y mediante apósitos comprimir en el punto de sangrado. Si el sangrado es venoso en unos minutos estará resuelto y si es arterial, en caso de que se empape de sangre las gasas que taponan la herida, nunca quitarlas sino pondríamos más gasas encima de las primeras.
- **Elevación del miembro afectado.**
- El uso del torniquete está totalmente contraindicado en las hemorragias salvo en amputaciones traumáticas sangrantes.

INTOXICACIONES

Es el conjunto de signos y síntomas producidos por la acción de un tóxico introducido en el organismo de forma accidental o voluntaria.

Un *tóxico* es cualquier sustancia que incorporada al organismo es capaz de producir graves alteraciones orgánicas o funcionales e incluso provocar la muerte.

Intoxicación por vía digestiva

Este tipo de intoxicación puede ser causada por alimentos en mal estado (intoxicación alimentaria), fármacos,...

Actuación específica

- Alertar al 1-1-2.
- Identificar el tipo y el origen de los alimentos contaminados.
- Recoger muestras del vómito y recoger el envase del tóxico, si lo tuviera.
- No provocar el vómito.
- No tratar de neutralizar el tóxico.

Intoxicación por piel o mucosas

Puede ser causada por hidrocarburos, organofosforados, ácidos, álcalis,... la mayoría en el trascurso de trabajos agrícolas o industriales. Estos productos pueden destruir los tejidos, los pueden inflamar o quemar.

Actuación específica

- Alertar al 1-1-2.
- Retirar la ropa que está en contacto con el tóxico.
- Airear la zona.
- Lavar con abundante agua o con suero fisiológico.

Intoxicación por vía respiratoria

Puede estar producida por vapores (cloro), gases (CO o CO₂), humo,...

Los **signos** y **síntomas** que se producen son irritación ocular, de vías respiratorias o partes húmedas del cuerpo (axilas, ingles), hipo o hiperventilación, alteraciones del SNC.

Actuación específica

- Alertar al 1-1-2.
- Separar a la víctima del ambiente tóxico.
- Ventilar el lugar.
- Aflojar las ropas que le puedan oprimir.
- Valorar el nivel de consciencia.

Intoxicación etílica

Se trata de un síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia de la persona.

Los **signos** y **síntomas** que acompañan a este tipo de intoxicación son la disminución del nivel de consciencia, depresión respiratoria, hipotermia, hipoglucemia, deshidratación y convulsiones.

Actuación específica

- Colocarle en PLS si existe disminución del nivel de consciencia.
- Vigilancia del nivel de consciencia.
- Abrigarle para evitar la hipotermia.
- Vigilar la aparición de posibles convulsiones.
- No inducirle el vómito.

QUEMADURAS

Son lesiones provocadas en el organismo provocadas directamente por la acción de la temperatura o del calor.

Las quemaduras también pueden ser provocadas por agentes químicos o biológicos.

Actuación

- Si la víctima está ardiendo, evitar que corra. Hay que enrollarlo en una manta o abrigo o hacerlo rodar por el suelo para sofocarlo.
- Valoración de la consciencia. Avisar al 112.
- Valorar la quemadura y a la víctima para determinar la gravedad.
- Desvestir a la víctima, salvo que la ropa esté pegada.
- Retirar todos los objetos (anillos, pulseras,...) que puedan comprimir los tejidos.
- Si la quemadura es pequeña, mojar la quemadura con agua templada por periodos breves de tiempo (10-15 minutos).

- Nunca sumergir o aplicar agua fría a una víctima con quemaduras extensas, ya que podríamos provocarle una hipotermia.
- Abrigar a la víctima ya que al perderse la integridad cutánea se produce pérdida de calor.
- No poner apósitos adhesivos directamente sobre la quemadura.
- Cubrir la quemadura con apósitos estériles.
- No romper las ampollas.
- No aplicar antisépticos, pomadas o ungüentos en la zona quemada, ni remedios caseros.
- No dar de comer ni de beber a la víctima.

ELECTROCUCIÓN

Es la alteración producida por el contacto con la electricidad.

Signos y síntomas

- Generales: los que están en relación con el shock eléctrico.
 - o Lesiones a nivel del corazón como FV.
 - o Parálisis del centro respiratorio.
 - o Tetanificación de los músculos.
- Locales:
 - o Por el calor: al producirse un arco voltaico que desprende calor se origina quemaduras.
 - o Por la corriente: puede haber una puerta de entrada y otra de salida originando quemaduras circunferenciales y profundas.

Actuación

- Alertar al 1-1-2.
- Seguir la conducta **PAS**:
 - o Cortar la corriente y apartar a la víctima de la fuente.
 - o En caso de no poder cortar la corriente alejar a la víctima protegiéndonos con material aislante no conductor (palos, papel de periódico,...) nunca usando objetos metálicos.
 - o Cuando la fuente sea alta tensión, debe evitarse la aproximación a la víctima hasta que interrumpa la corriente por expertos.
- Valorar la consciencia.
- Evitar la pérdida de calor, abrigando a la víctima.
- En caso de PCR comenzar con las medidas de SVB.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Salvamento Acuático y Primero Auxilios, 391-520. Federación Española de Salvamento y Socorrismo.
- ✓ Manual de Primeros Auxilios Avanzados. Protección Civil Ávila.
- ✓ García, Mónica, y Juan González. Soporte Vital Básico y Avanzado en el paciente adulto. FCST, 2007.
- ✓ Perales, Narciso, et al. Guía de resucitación cardiopulmonar básica y desfibrilación semiautomática, 5a. Elsevier Masson, 2006.
- ✓ Familiares y Amigos, RCP. American Heart Association, 2010.
- ✓ Intervenciones en Urgencias y Emergencias I. Logoss.
- ✓ <http://www.112.jcyl.es/web/jcyl/112/es/>
- ✓ Manual de procedimientos del Samur-Protección Civil.
- ✓ Manual de asistencia sanitaria en accidentes de múltiples víctimas. SACYL.
- ✓ Ley 2/1985 de 21 de enero, sobre Protección Civil.
- ✓ Curso de Primeros auxilios, 2a. DYA, 1994.
- ✓ <http://www.ctv.es/USERS/sos/otrasitu.htm>
- ✓ Actuación ante accidentes de tráfico. Enfermería de Urgencias, volumen 13, número 2, marzo 2010.