

PRIMEROS AUXILIOS EN LA PYME





Subvencionado por:

Consejería de Industria, Comercio y Empleo. Junta de Castilla y León.

Organiza: Confederación de Organizaciones Empresariales de Castilla y León, (CEOE CYL).



CONTENIDO

¿Qué son los primeros auxilios?	4
¿Para qué se realizan?	5
¿Cómo se prestan?	5
Proteger	6
Avisar	7
Socorrer	8
Primer interviniente:	9
Personal de las ambulancias:	9
Personal del centro sanitario:	9
Personal de los servicios de rehabilitación:	9
¿Qué es?	10
¿Cómo se realiza?	10
Conceptos básicos	12
Importancia	13
Clasificaciones	14
Situaciones de inicio y fin de maniobras	17
Protocolo de RCP básica de adulto	18
Singularidades de la RCP en niños y lactantes	24
Obstrucción de Vías Aéreas por Cuerpo Extraño	25
Conceptos básicos	25
Maniobras de desobstrucción	26
Concepto	29
Clasificación	30
Técnicas de primeros auxilios	32
Las heridas	36
Concepto:	36
Clasificación:	36
Primeros auxilios:	37
Las contusiones	38
Concepto:	38
Clasificación:	38
Primeros auxilios:	38
Vendajes	39
Vendaje de muñeca:	39
Vendaje en ocho:	40

Vendaje de mano:	40
Cabestrillo:	41
Fractura	42
Concepto:	42
Clasificación:	42
Signos y síntomas:	43
Primeros auxilios:	43
Esguince	44
Concepto:	44
Clasificación:	44
Signos y síntomas:	45
Primeros auxilios:	45
Luxación	46
Concepto:	46
Clasificación:	46
Signos y síntomas:	46
Primeros auxilios:	46
Concepto	47
Clasificación	48
Quemaduras de primer grado:	48
Quemaduras de segundo grado:	48
Quemaduras de tercer grado:	48
Primeros auxilios	49
Posición decúbito supino	50
Posición decúbito supino con piernas flexionadas	50
Posición de semisentado	51
Posición antishock	51
Posición lateral de seguridad	52

LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA EMPRESA

A diario nos enfrentamos a múltiples riesgos y no sólo en el hogar o en nuestro tiempo libre cuando viajamos por carretera, también en nuestro lugar de trabajo. Aunque dichos riesgos se pretenden evitar, es innegable que en ocasiones se producen accidentes, también durante nuestra jornada laboral. Por ello, debemos conocer unas pautas básicas en materia de primeros auxilios que nos permitan afrontar con seguridad estas emergencias, minimizando también así sus consecuencias.

¿QUÉ SON LOS PRIMEROS AUXILIOS?

Son aquellas técnicas que inicialmente se practican sobre el accidentado o enfermo repentino.

Se practican en el lugar de los hechos (no requieren estas técnicas mover a la persona afectada) y se mantienen hasta la llegada de personal sanitario especializado.



¿PARA QUÉ SE REALIZAN?

Estas técnicas principalmente se realizan para:

- Garantizar el mantenimiento de las constantes vitales de la víctima.
- Evitar el agravamiento de sus lesiones.
- Ganar tiempo hasta que se produzca su traslado a un centro sanitario, si éste es necesario.

¿CÓMO SE PRESTAN?

Para realizar correctamente estas técnicas, debemos:

- Estar tranquilos, evitando que el pánico nos domine.
- Realizar una observación exhaustiva del lugar de los hechos, principalmente para identificar los riesgos que puedan ocasionar nuevas situaciones de emergencia.
- Evitar movilizaciones de la víctima, salvo que sea estrictamente necesario.
- Abstenernos de realizar técnicas propias del personal especializado, aquellas desconocidas o las que requieren medios que no poseemos.

En general, ante una emergencia debemos actuar con tranquilidad, cautela y sobre todo sentido común. Siguiendo este consejo, seremos capaces de tomar oportunas decisiones que eviten resultados desfavorables.

ACTUACIÓN GENERAL ANTE UNA EMERGENCIA

En muchas ocasiones el estrés que sufrimos durante una emergencia no nos permite observar correctamente lo sucedido, identificar aquellas necesidades que debemos atender, ni por supuesto, tomar decisiones acertadas. Por ello es recomendable interiorizar un protocolo, que nos permita automatizar las medidas de actuación que vamos a tomar.

El protocolo al que nos referimos es el protocolo PAS y está formado por las siguientes pautas:

PROTEGER

Con el fin de evitar segundos accidentes o en definitiva, que la situación se agrave, es necesario primeramente garantizar la seguridad en el lugar de la emergencia. Para eliminar o minimizar los riesgos a los que nos enfrentamos nosotros y terceras personas, deberemos utilizar comportamientos y medios adecuados que se ajusten a la situación planteada.



Entre las medidas de protección que podríamos utilizar ante accidentes de tráfico, se encuentran principalmente la de dejar nuestro vehículo en un lugar

seguro, la de llevar puesto un chaleco reflectante o por ejemplo, la de colocar correctamente nuestras señales triangulares de emergencia.

Asimismo, ante una electrocución, deberíamos cortar el suministro de corriente o utilizar un medio aislante para separar al accidentado de esa fuente eléctrica.

AVISAR

Después de tener garantizada la seguridad, deberemos contactar rápidamente con los servicios de emergencia, siendo el teléfono 112 el medio más eficaz para solicitar ambulancias, policía, bomberos, etc.



Durante dicha llamada telefónica es importante estar tranquilo, escuchar atentamente, contestar todo lo que nos pregunten y no colgar el teléfono hasta que nos lo indiquen.

Normalmente, deberemos informar sobre:

- El lugar concreto donde se produjo la emergencia.
- Nuestro nombre, apellidos y número de teléfono.
- Las características del accidente.
- El número de víctimas y su gravedad aparente.
- La asistencia que están recibiendo los heridos.

SOCORRER

Una vez asegurado el lugar y tras avisar a los servicios de emergencia, ya estaremos en disposición de realizar aquellos procedimientos de primeros auxilios que dominemos y para los que tengamos el material necesario.

Entre las técnicas que podríamos emplear ante hemorragias, está la que se muestra en la fotografía.



CADENA ASISTENCIAL

Para que entendamos la importancia de la labor del primer interviniente, primero debemos saber que al accidentado, desde el inicio de la emergencia y hasta su conclusión, le asisten numerosas personas que si bien no están con él todo el tiempo, sí desempeñan en un momento concreto una labor primordial. Al conjunto de estaciones por las que va pasando la víctima hasta su llegada al centro sanitario, es a lo que se denomina cadena asistencial. Esta cadena está formada por cuatro eslabones:

PRIMER INTERVINIENTE:

Presta los primeros auxilios al necesitado de auxilio con los pocos medios de que dispone y con los conocimientos básicos con que cuenta. Su labor resulta de vital importancia por depender de él el resto de los eslabones.

PERSONAL DE LAS AMBULANCIAS:

Utiliza conocimientos y medios más especializados. De él depende la asistencia de la víctima desde el lugar de los hechos y hasta la llegada al centro sanitario.

PERSONAL DEL CENTRO SANITARIO:

Por razones obvias, además de contar con mejores recursos materiales posee una mayor especialización.

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:

Aunque no en todos los casos su labor es imprescindible, en ocasiones resulta necesaria para que el afectado recupere su normalidad y por ende, su calidad de vida.

EVALUACIÓN DEL ACCIDENTADO

Tras avisar al 112 y hasta la llegada de los servicios de emergencia, debemos auxiliar a las víctimas, utilizando con ellas los procedimientos asistenciales más propicios y es por lo que para ello, antes debemos identificar las lesiones del accidentado en un proceso breve pero riguroso, denominado “evaluación del accidentado”.

¿QUÉ ES?

La evaluación del accidentado es la valoración general de su estado, la cual se realiza periódicamente y en el lugar de los hechos. En ocasiones se realiza a la vez que se llevan a cabo algunas maniobras de primeros auxilios.

¿CÓMO SE REALIZA?

El proceso de evaluación del accidentado, comprende las siguientes fases:

- **Exploración primaria:** Aunque se engrana esta fase con la siguiente, en ésta el fin que perseguimos es verificar la presencia de los principales signos vitales, es decir, de consciencia y respiración (ver capítulo 5 para conocer cómo se comprueban la consciencia y la respiración)
- **Resucitación y/o mantenimiento de las constantes vitales:** Tras confirmar la ausencia de signos vitales, en esta fase se iniciarían las maniobras tendentes a su recuperación. Si estuvieran presentes ambas constantes vitales, procederíamos a reevaluar periódicamente las mismas por si cambiase la situación de éstas.

- **Exploración secundaria:** Una vez que el accidentado respira con normalidad, se iniciaría esta valoración con el fin de identificar lesiones de carácter no vital. Para ello y de forma rigurosa, realizaríamos una observación minuciosa con vista y tacto de todo el cuerpo del afectado, analizando todos aquellos signos y síntomas que resulten de interés y que nos aporten datos sobre el tratamiento más idóneo para la víctima.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Una vez que hemos asumido la importancia de la evaluación del accidentado, vamos a centrarnos en el engranaje que forman la exploración primaria y la fase de resucitación y/o mantenimiento de las constantes vitales, por ser éste justamente el que tendremos que poner en marcha ante situaciones de extrema urgencia, en donde la vida del paciente se desvanece rápidamente. (Aunque no sólo estas técnicas constituyen el “Soporte Vital Básico”, lo cierto es que éstas sí son el epicentro del mismo)

CONCEPTOS BÁSICOS

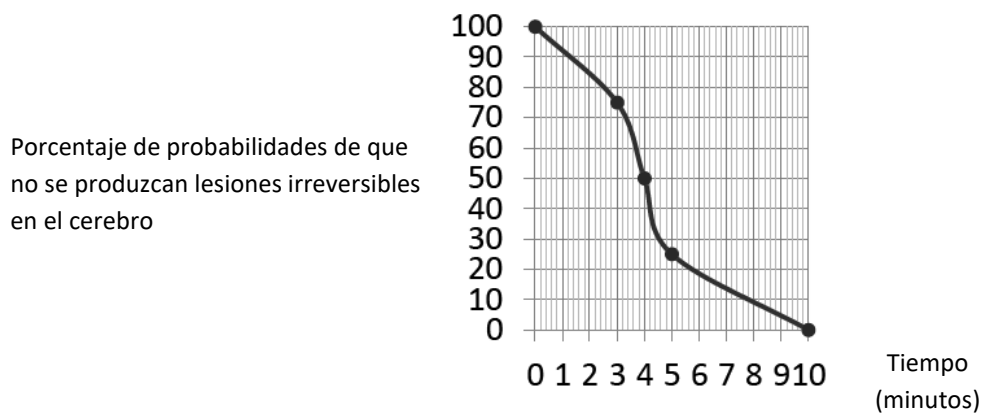
A continuación se exponen dos conceptos básicos para entender el capítulo que a continuación se expone:

- **Parada cardiorrespiratoria (PCR):** Interrupción de las funciones vitales de la víctima, manifestada por la ausencia de consciencia y respiración (la inconsciencia junto con la presencia de boqueadas también es considerada PCR).
- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** Conjunto de maniobras realizadas para reemplazar la función cardíaca y respiratoria de una persona que se encuentra en PCR.

IMPORTANCIA

La importancia de estas técnicas radica en comenzarlas sin demora, tras estar declarada la PCR. Está más que probado que a medida que pasa el tiempo desde el inicio de la PCR, aumenta también la probabilidad de lesión cerebral irreversible, por lo que empezar cuanto antes dichas maniobras resulta de vital importancia.

Para entender la importancia de iniciar a la mayor brevedad posible la RCP, es importante fijarse en la Curva de Drinker:



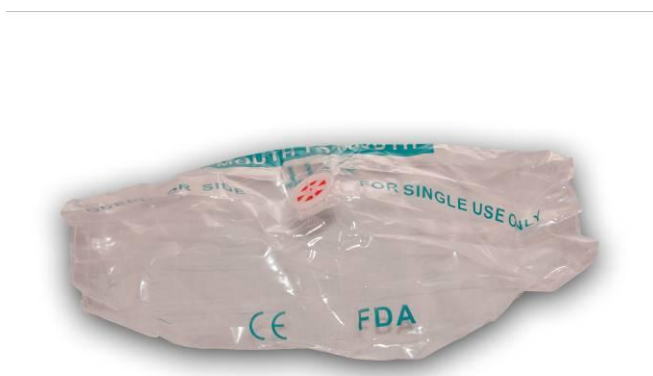
Tal y como se observa en la anterior gráfica, si la víctima se pasa 10 minutos en PCR sin recibir las técnicas de RCP, lo más probable es que se produzca la muerte biológica por lesiones irreversibles en el cerebro.

CLASIFICACIONES

Para aumentar la eficacia de las maniobras de reanimación es importante considerar la formación y el material que poseemos en materia de primeros auxilios, así como la edad de la víctima. Por ello existen dos clasificaciones:

Según la formación y el material de primeros auxilios de que disponemos, se distinguen:

- **RCP básica:** Se realiza con conocimientos básicos de primeros auxilios y sin material (sólo se contempla la posibilidad de utilizar como medio de autoprotección, los dispositivos de barrera que evitan el contacto directo durante las insuflaciones) Es la que se realiza en el lugar de los hechos por la primera persona que atiende al herido.



En la imagen anterior puede verse un modelo del dispositivo de barrera antes citado. Según las Guías para la Resucitación de 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC), su uso es recomendable cuando conocemos que el accidentado presenta una infección importante.

- **RCP instrumental:** Se realiza con conocimientos más técnicos en materia de RCP, utilizando durante dichas técnicas material específico de emergencias, como el balón resucitador. Es por ejemplo, la que se implementa en una ambulancia de soporte vital básico.



En la imagen anterior puede verse un modelo del balón resucitador antes citado. Su uso evita contactar directamente con los labios del accidentado, al tiempo que permite aumentar la riqueza de oxígeno administrado.

- **RCP avanzada:** Se realiza con conocimientos y recursos médicos. Es la que se realiza en una ambulancia de soporte vital avanzado.
 - Según la edad de la víctima:
 - RCP de adulto: Es la que se aplica a aquellas personas de una edad que va desde la pubertad en adelante.
 - RCP de niño: Se aplica a edades comprendidas entre el año y la pubertad.
 - RCP de lactante: Aplicada a bebés cuya edad no supera el año de vida.

Por poseer normalmente conocimientos y medios básicos en materia de primeros auxilios y por ser más probable la PCR en adultos (más aún en la mayoría de los ámbitos laborales) a continuación se destaca principalmente la RCP básica de adultos.

SITUACIONES DE INICIO Y FIN DE MANIOBRAS

Se comenzará la RCP ante la ausencia de consciencia y de respiración normal (tanto la ausencia de respiración como la respiración a boqueadas, requieren el uso de estas técnicas), salvo en algunos casos, entre los que destacan:

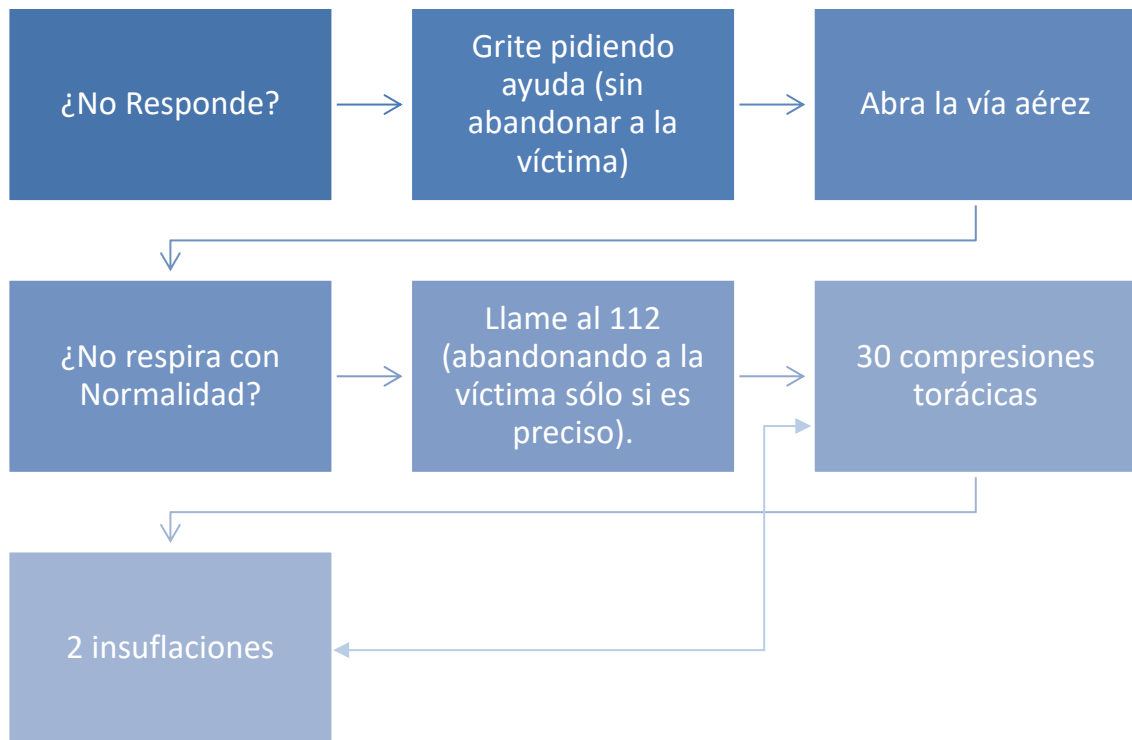
- El sujeto presenta signos inequívocos de muerte que no permiten la posibilidad de recuperación.
- La víctima lleva demasiado tiempo en parada cardíaca y esto hace ya irreversible su situación (con ciertos pacientes y sobre todo en ciertas circunstancias como la hipotermia, las probabilidades de recuperación son mayores)

Una vez empezada la reanimación cardiopulmonar, no la detendremos salvo que:

- La víctima recupere una respiración normal.
- Un médico certifique su defunción.
- Otra persona nos releve.
- Quedemos agotados, sin posibilidad de continuar.

PROTOCOLO DE RCP BÁSICA DE ADULTO

Una vez asegurado el lugar de actuación (de tener garantizada la seguridad propia, la de la víctima y la de terceras personas), el protocolo de RCP básica de la víctima adulta comprende la siguiente secuencia de acciones:



1. En primer lugar verificaremos la consciencia, sacudiéndole suavemente en sus hombros, mientras se le pregunta en voz alta ¿Se encuentra bien?



Si responde: no le moveremos, salvo que su vida corra peligro. A continuación intentaremos averiguar qué problema tiene y pediremos ayuda, si la situación lo requiere. Hasta la llegada de la ambulancia, reevaluaremos al accidentado periódicamente.

2. Si no responde: gritaremos pidiendo ayuda desde el lugar del accidente y sin abandonar a la víctima.

3. A continuación y con la víctima decúbito supino, abriremos la vía aérea usando la maniobra frente- mentón (hiperextensión de cuello).



4. Después, manteniendo la vía aérea abierta, procederemos a ver, oír y sentir la respiración del sujeto (durante no más de 10 segundos).
Si respira con normalidad: le colocaremos en posición lateral de seguridad (ver capítulo 11 para conocer cómo se coloca al accidentado en esta posición), avisaremos a una ambulancia y hasta que llegue, le reevaluaremos periódicamente.
5. Si no respira con normalidad (no respira o respira a boqueadas), llamaremos al 112 para solicitar una ambulancia (si nadie lo ha hecho previamente) Si para avisar, tenemos que abandonar al accidentado, le dejaremos sólo el tiempo mínimo imprescindible.

6. Al regresar junto al accidentado, haremos 30 compresiones torácicas, haciéndolas de la siguiente forma:
- a. Desde un lateral y de rodillas.
 - b. Entrelazando las manos (de forma que el talón de la mano de arriba quede encima de la mano de abajo y el talón de ésta sobre el centro del pecho, en la mitad inferior del esternón)



- c. Manteniendo los brazos rectos (evitando presionar sobre las costillas, en la parte alta del abdomen o en la parte final del esternón)
 - d. Descendiendo verticalmente el pecho de la víctima, al menos 5 cm (pero no más de 6 cm) y descomprimiendo totalmente, a una frecuencia de al menos 100 compresiones por minuto (pero no más de 120 compresiones por minuto)
 - e. Intentando que las compresiones y las descompresiones duren lo mismo.
7. Después haremos 2 insuflaciones en no más de 5 segundos (sólo 2 intentos, entre o no el aire) y de la siguiente forma:

- a. Manteniendo la maniobra frente- mentón.
- b. Utilizando la técnica del boca a boca.
- c. Pinzando nariz.
- d. Colocando nuestros labios alrededor de los suyos.
- e. Introduciendo firmemente aire hasta lograr que el pecho se eleve.
- f. Retirando nuestra boca al tiempo que el pecho desciende, conforme sale el aire.



Tras realizar las 2 insuflaciones (hayan sido o no efectivas), deberemos regresar a las 30 compresiones torácicas y así sucesivamente.

Como ya se ha indicado, es importante no detener la reanimación, salvo llegue ayuda profesional y nos reemplace, quedemos exhaustos o que la víctima comience a despertarse (se mueva, abra los ojos y respire normalmente)

Si otro reanimador puede relevarnos, sería conveniente que lo hiciera cada 2 minutos para evitar la fatiga.

Si no estamos entrenados en la técnica de las insuflaciones o no deseamos realizarlas, haremos sólo compresiones torácicas de manera continuada de la forma que se ha descrito.

SINGULARIDADES DE LA RCP EN NIÑOS Y LACTANTES

Si carecemos de conocimientos específicos de reanimación cardiopulmonar pediátrica, podemos utilizar la secuencia de adultos, pero incorporando los siguientes cambios en cuanto a las técnicas implementadas:

		Adulto	Niño	Lactante
Apertura de la Vía Aérea	Maniobra	Frente – mentón (hiperextensión del cuello)	Frente – mentón (extensión del cuello)	Frente – mentón (Posición neutra)
	Maniobra	Boca - boca	Boca - boca o Boca - nariz	Boca – boca nariz
Compresiones Torácicas	Maniobra	2 manos	1 mano	2 dedos
	Lugar	Mitad inferior del esternón (centro del pecho)	Mitad inferior del esternón (un dedo por encima del apéndice xifoides)	Mitad inferior del esternón (un dedo por encima del apéndice xifoides)
	Depresión	Al menos 5 cm, no más de 6 cm.	Aproximadamente 5 cm.	Aproximadamente 4 cm.

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) o más conocida como “el atragantamiento” es una causa poco común pero factible de muerte accidental, en donde un objeto, alimento o similar, impide el paso del aire para realizar adecuadamente la función ventilatoria.

Por ser situaciones muy cotidianas y además sencillas de resolver, es imprescindible conocer en qué consistirá nuestra actuación ante las mismas.

CONCEPTOS BÁSICOS

Ante estas situaciones deberemos considerar no sólo la edad de la víctima o el estado de la consciencia, sino también el tipo de obstrucción sufrida. Así en función del tipo obstrucción, se distinguen:

- **Obstrucción incompleta, parcial o leve:** En ella el afectado aunque puede respirar, hablar y toser, lo hace con cierta dificultad.
- **Obstrucción completa, total o grave:** Al contrario que en el caso anterior, la víctima es incapaz de respirar, hablar o toser.

MANIOBRAS DE DESOBSTRUCCIÓN

Para liberar la vía aérea del cuerpo extraño, primero deberemos analizar con rapidez las características del caso observado, realizando a continuación las maniobras correspondientes.

Los casos más frecuentes y sus maniobras son los siguientes:

- **Víctimas conscientes con obstrucción incompleta:** Deberemos animar a seguir tosiendo, con la intención de que el flujo de aire generado expulse el cuerpo extraño. En este caso no son eficaces maniobras como la de provocar el vómito o la de administrar alimentos o bebidas.
- **Víctimas conscientes con obstrucción completa:** Se alternarán 5 golpes en la espalda con 5 compresiones abdominales, hasta que la vía aérea se libere o el afectado quede inconsciente (en lactantes de menos de un año se sustituirán las compresiones abdominales por compresiones torácicas, para evitar lesiones de importancia en la parte superior del abdomen)

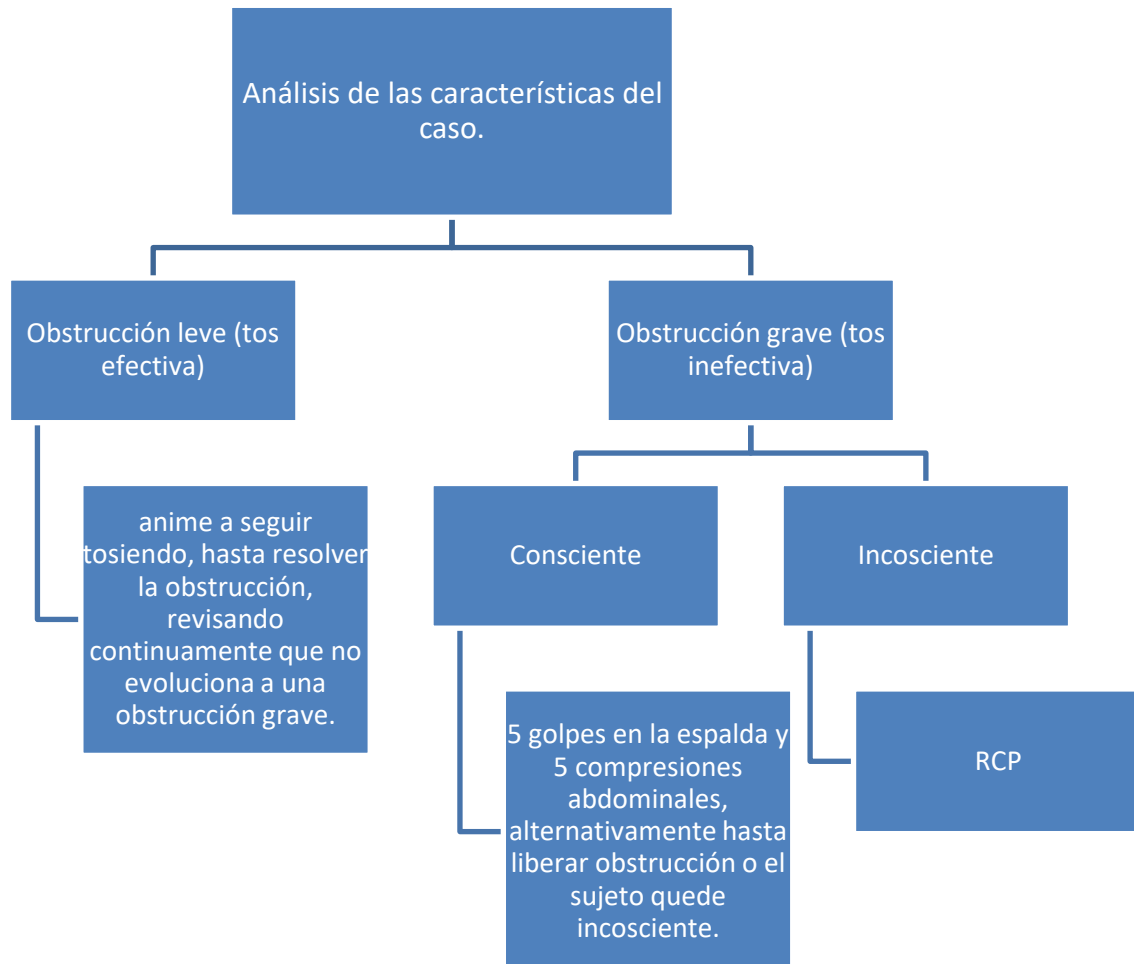


En la imagen anterior puede observarse la técnica de los golpes en la espalda, consistente en realizar golpes secos con el talón de la mano y en la zona interescapular.



En la imagen anterior se muestra la técnica de las compresiones abdominales (Maniobra de Heimlich), realizada con ambas manos, una de ellas cerrada sobre la zona del epigastrio.

- **Víctima inconsciente con obstrucción completa:** Procederemos a realizar la reanimación cardiopulmonar, ya que en este caso el sujeto está inconsciente y no respira (ver capítulo 5)



En el algoritmo anterior se indican los casos más probables de OVACE en adultos, así como sus correspondientes maniobras.

HEMORRAGIAS

Aunque la detención de hemorragias de importancia forma parte de lo conocido como “Soporte Vital Básico”, en este capítulo no sólo se incluyen éstas, sino también las de menor consideración.

CONCEPTO

Una hemorragia es el sangrado producido por la rotura de un vaso sanguíneo, bien hacia el exterior del cuerpo del afectado o bien hacia el interior del mismo.



CLASIFICACIÓN

De entre todas las clasificaciones, la más sencilla y al mismo tiempo la más útil, es la que considera el lugar hacia donde se vierte la sangre. Así tenemos:

- **Hemorragias externas:** En ellas la sangre sale al exterior del organismo a través de una herida.



- **Hemorragias internas:** Al contrario que las anteriores, en este caso la sangre permanece alojada en alguna cavidad del organismo, por lo que deberemos sospechar de su existencia, por ejemplo, ante fuertes traumatismos.



- **Hemorragias exteriorizadas:** En estas hemorragias la sangre sale a través de algún orificio natural. Aunque la más frecuente es la ocasionada como consecuencia de un golpe en la nariz (epistaxis), existen otras menos habituales como la del oído (otorragia) o las de la boca (hematemesis o hemoptisis), ocasionadas por diversas causas.



TÉCNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS

Frente a los anteriores tipos de hemorragias, se aplicarán las siguientes técnicas de primeros auxilios:

1. **Hemorragias externas:** Para detener el sangrado de una herida, utilizaremos de manera gradual las siguientes técnicas hemostáticas:
 - a. Presión directa sobre la herida: Es el principal método de contención de hemorragias y consiste en aplicar gasas o algo de similares características sobre la herida y tras esto, aplicar presión directa sobre la zona lesionada. En el caso de necesitar más gasas por estar las primeras empapadas, colocaríamos las limpias encima de éstas, con el fin de no retrasar la hemostasia.



- b. Elevación de la extremidad: Se realiza con el fin de aliviar la presión sanguínea de la zona. Cuando la herida se localiza en extremidades, suele utilizarse junto con la presión directa.



- c. Compresión sobre la arteria principal del miembro: Cuando las técnicas anteriores son insuficientes, se recurre a comprimir manualmente la arteria principal de la extremidad.



En una hemorragia de consideración localizada en un brazo, comprimiríamos la arteria braquial contra el hueso húmero.

En una hemorragia cuantiosa localizada en una pierna, comprimiríamos la arteria femoral.

Se actuará de tal manera que si por ejemplo, con las dos primeras técnicas lográramos nuestro objetivo, no recurriríamos a la tercera.

En la actualidad, numerosos manuales de primeros auxilios están desaconsejando el uso del torniquete, por conllevar en ocasiones consecuencias fatales y no ser necesario ante la mayoría de las hemorragias.

2. **Hemorragias internas:** Tras sospechar de la existencia de un sangrado interno que no se exterioriza en el exterior, lo único que podremos hacer es lo mismo que haremos ante cualquier hemorragia de importancia, es decir, mantener la presencia de constantes vitales, al tiempo que se previene o trata el shock hipovolémico (colocando al afectado en posición de antishock, evitando la pérdida de temperatura y sin dar nada de comer o beber) hasta la llegada de la ambulancia.

3. **Hemorragias exteriorizadas por orificios naturales:** Las técnicas de primeros auxilios que se emplean ante estas hemorragias, son exclusivas de cada una de ellas y dependen de su origen. Por su frecuencia se explicarán a continuación las pautas a seguir ante la epistaxis:
- a. Inclinar ligeramente la cabeza hacia delante.
 - b. Presionar manualmente ambas alas de la nariz durante aproximadamente 4- 10 minutos.
 - c. En caso de no detenerse la hemorragia y antes de acudir a un hospital, introducir una gasa impregnada en agua oxigenada y reaplicar la compresión nasal. Es importante dejar una parte de la gasa fuera de la nariz, para facilitar después su extracción.

HERIDAS Y CONTUSIONES

Aunque la cura de heridas y el tratamiento de las contusiones no suelen ser medidas de carácter vital, sí es cierto que estos procedimientos son muy corrientes en el ámbito laboral, por lo que repasarlos o matizarlos resulta de interés.

LAS HERIDAS

CONCEPTO:

Una herida es una rotura de la piel, una pérdida de la continuidad de la misma ocasionada por un corte, un golpe o incluso por un mordisco.

CLASIFICACIÓN:

Considerando su aspecto y el agente que las ha ocasionado, destacan principalmente las heridas incisas (las que producen objetos cortantes y conllevan una hemorragia de consideración), las heridas contusas (con bordes de la piel menos nítidos que en las anteriores, son producidas por un objeto que golpea), las heridas punzantes (caracterizadas más por su profundidad que por su extensión, son producidas por un cuerpo que se clava en el organismo), las heridas en colgajo (suelen darse sobre todo en articulaciones como la de la rodilla), las heridas por arrancamiento (como la sufrida en una mano cuando por ejemplo queda atrapada en un engranaje de tipo mecánico) y las heridas con pérdida de sustancia (en el caso anterior el afectado pierde durante dicho accidente parte de sus tejidos)

PRIMEROS AUXILIOS:

Las medidas que aplicaremos para curar una herida serán las siguientes:

1. Colocarnos guantes desechables como medida de autoprotección.
2. Detener la hemorragia con los procedimientos mostrados en el capítulo anterior.
3. Limpiar la herida con agua a chorro, con intención de sacar la suciedad de su interior.



4. Tras secarse, cubrir la herida con un apósito estéril hasta que la misma sea valorada por un médico (si es necesario)

Es importante durante la cura de heridas, no extraer los objetos clavados, así como no utilizar elementos sanitarios muy frecuentes como algodón o alcohol.

LAS CONTUSIONES

CONCEPTO:

Una contusión es aquella lesión producida por el impacto de un objeto sobre el organismo, cuando el mismo no produce la rotura de la piel.



En la imagen anterior puede verse una contusión de segundo grado en la zona media de la pierna, apreciándose el cambio de continuidad generado por un fuerte golpe.

CLASIFICACIÓN:

Considerando principalmente su profundidad, se distinguen las contusiones mínimas (las que presentan un leve enrojecimiento), las contusiones de primer grado (identificadas a simple vista por su equimosis característica), las contusiones de segundo grado (al dañarse vasos sanguíneos mayores, producen los conocidos “chichones”) y las contusiones de tercer grado (al sufrir los tejidos un gran aplastamiento, la piel del afectado se vuelve grisácea e incluso en ocasiones presenta un color negruzco)

PRIMEROS AUXILIOS:

Ante las tres primeras tipologías:

1. Mantendremos en reposo al accidentado.
2. Aplicaremos frío local sobre la zona lesionada (no directamente)

Con respecto a las contusiones de tercer grado, sería conveniente mantener en reposo al afectado hasta que se produzca la preceptiva valoración médica.

VENDAJES

Aunque realizar vendajes nos puede resultar útil en el ámbito laboral ante múltiples lesiones, también es cierto que son más frecuentes ante pequeñas heridas (para asegurar la hemostasia y evitar la infección), ante leves quemaduras (para refrescar la zona y evitar la infección) o incluso ante contusiones de pequeña cuantía (para sostener el frío local, por ejemplo).

A continuación se muestran aquellos vendajes que sólo son útiles para lo arriba expuesto y que destacan en sencillez y eficacia:

VENDAJE DE MUÑECA:

Aunque también es aplicable a otras zonas corporales, es muy frecuente en la muñeca. Se realiza con una venda, tira de tela o similar que se enrolla hasta que cubra el lugar de la herida por ejemplo. Para fijar el vendaje resulta muy útil realizar un nudo con los dos extremos de la venda.



VENDAJE EN OCHO:

Se utiliza para cuando la lesión se localiza en la muñeca o tobillo, reduciendo también algo los movimientos de la zona lesionada.



VENDAJE DE MANO:

Destaca por su simplicidad, se realiza con un vendaje triangular o incluso con una camisa. Es frecuente para cubrir quemaduras o heridas situadas en la palma de la mano.



CABESTRILLO:

Se utiliza para sostener las extremidades superiores. Aunque en la siguiente fotografía se ha empleado un pañuelo, es factible realizarlo con la propia camisa o chaqueta del afectado (fijándolo después con los propios botones o con un imperdible)



TRAUMATISMOS

Sin pretender que el lector de estos apuntes, establezca un diagnóstico del traumatismo sufrido por la víctima, a continuación se describen las fracturas, los esguinces y las luxaciones de forma simple, con el fin de optimizar los resultados de la aplicación de los primeros auxilios.

FRACTURA

CONCEPTO:

Dícese de la rotura o pérdida de la continuidad de un hueso.

CLASIFICACIÓN:

Aunque existen otras clasificaciones, la más corriente es la que distingue fracturas abiertas (el hueso fracturado sale al exterior rompiendo la piel y ocasionando una hemorragia externa) de cerradas (el hueso fracturado no se exterioriza por lo que no ocasiona herida)

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Además de dolor, ocasionan impotencia funcional, crepitación y casi siempre deformidad.



En la imagen arriba expuesta se muestra una fractura de clavícula.

PRIMEROS AUXILIOS:

Ante estos traumatismos, cohibiremos hemorragias externas e inmovilizaremos la zona lesionada, evitando reducir el hueso fracturado o movilizar innecesariamente al accidentado. En todos los casos de fracturas es necesaria la correspondiente valoración médica.

ESGUINCE

CONCEPTO:

Se refiere a la separación momentánea de las superficies articulares y se produce tras un movimiento para el que la articulación no está preparada. De entre los esguinces más frecuentes, destaca sin lugar a duda el esguince de tobillo que ocasiona una torcedura.



En la imagen anterior se muestra un esguince de tobillo, causado por una torcedura.

CLASIFICACIÓN:

Aunque existen distintos tipos de esguinces en función del grado de afectación de los ligamentos (según estén distendidos o partidos, parcial o totalmente), resulta compleja y no demasiado útil su aplicación, por lo que se ha preferido no describirla.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Ocasionan normalmente menor dolor e impotencia funcional que fracturas y luxaciones. Se caracterizan por el enrojecimiento o amoratamiento que presentan, así como por su inflamación.

PRIMEROS AUXILIOS:

Aunque depende de su gravedad, con los más usuales (que suelen ser de carácter leve) inmovilizaremos la articulación lesionada en un plano elevado y aplicaremos frío local para minimizar la inflamación.

LUXACIÓN

CONCEPTO:

Se refiere a la separación permanente de las superficies articulares. De entre las luxaciones más frecuentes, destaca la de hombro.

CLASIFICACIÓN:

Aunque existen distintas tipologías de luxaciones según el grado de separación de dichas superficies, desde un punto de vista práctico esta distinción carece de interés.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Presentan un aspecto y una sintomatología similar a la de los esguinces, aunque más acusada. Se diferencian de los mismos por la deformidad tan notoria que presentan.

PRIMEROS AUXILIOS:

Ante estos traumatismos inmovilizaremos la articulación afectada (sin reducirla) y esperaremos hasta que se produzca el traslado del herido.

Para la diferenciación de fracturas, esguinces y luxaciones es fundamental el análisis del mecanismo lesional que produjo el traumatismo de que se trate.

QUEMADURAS

Aunque ciertos puestos de trabajo como los de fontanero o electricista están más expuestos a estas lesiones, lo cierto es que las quemaduras son lesiones muy cotidianas que incluso se sufren en nuestro ámbito doméstico. Conocer la atención que requieren nos resultará de gran utilidad.

CONCEPTO

Una quemadura es aquella lesión producida por calor en cualquiera de sus formas (rozamiento, electricidad, radiación solar, etc.)



CLASIFICACIÓN

La clasificación más conocida de las quemaduras es aquella que considera su profundidad. Así se diferencian:

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO:

Afectan a la epidermis y se identifican por el enrojecimiento que presentan. Ejemplo: La clásica quemadura solar.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO:

Afectan también a la dermis y se caracterizan por las ampollas que aparecen en la zona quemada. Ejemplo: Una escaldadura producida por leche hirviendo.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO:

Afectan ya a estructuras internas como músculos o huesos, presentan un color negruzco y aunque inicialmente son las más graves, no generan ya dolor en el afectado. Ejemplo: Quemaduras sufridas por grandes quemados.

PRIMEROS AUXILIOS

Aunque nuestra actuación se deberá ajustar al agente que las ha originado, también en ella influirán diversos factores como la profundidad, la extensión o incluso su localización.

Por su frecuencia y por pretender ser escuetos, a continuación únicamente se describen las acciones a seguir ante quemaduras físicas, térmicas producidas por calor:

1. Apagar al quemado con intención de evitar un mayor contacto con la fuente de calor.
2. Enfriar la zona quemada con agua limpia y fresca.



3. Retirar la ropa caliente que no esté adherida a su piel, así como anillos, pulseras u otros accesorios que pudieran dificultar la circulación.
4. Cubrir la zona quemada con gasas o pañuelos húmedos.

Hasta que llegue la ambulancia (si la situación lo requiere) es importante seguir las pautas descritas, evitando romper las ampollas generadas o aplicar pomadas sobre la zona lastimada.

POSICIONES DE ESPERA

Además de reevaluar cada cierto tiempo al accidentado durante la espera que realizamos en el lugar de los hechos, es importante que la víctima adopte una posición segura conforme a las lesiones que sufre. Por ello, a continuación se muestran las principales posiciones de espera, así como la utilidad de las mismas.

POSICIÓN DECÚBITO SUPINO

Es la que aplicaremos ante paradas cardiorrespiratorias para realizar la RCP.



POSICIÓN DECÚBITO SUPINO CON PIERNAS FLEXIONADAS

Consiste en flexionar las piernas del afectado, manteniéndole boca arriba. Se recomienda para dolencias de tipo abdominal. Ejemplo. Intoxicación por la ingesta de un producto químico.



POSICIÓN DE SEMISENTADO

Posición utilizada para víctimas con patologías torácicas, como las que causan dificultad respiratoria, dolor precordial, etc. Ejemplo. Síndrome coronario agudo.



POSICIÓN ANTISHOCK

Utilizada para facilitar el riesgo sanguíneo del cerebro. Muy frecuente en lipotimias, situaciones también conocidas como mareos o desmayos.



POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

Resulta de especial interés por ser parte del “Soporte vital básico”. Se aplica en víctimas inconscientes que respiran con normalidad. Evita la caída de la lengua sobre la faringe, evitando también la broncoaspiración.

