

PROGRAMA "EN COMUNIDAD. LA COLABORACIÓN EXPANDIDA"

COMUNIDAD DE PRÁCTICAS *LATIENDO X2*



EQUIPO PARTICIPANTE

María del Mar Velázquez Valero

María Dolores García Pérez

Eva Isabel Zambrana López

Lorena Espadero Márquez

José Miguel Díaz Chaves

Antonio Jesús Laure Larrubia

José Ignacio Pardo González de Quevedo

Manuel Niño Cárdenas

Belén Quirantes Sierra

María José Valenzuela Sánchez

ÍNDICE

Página 4 Resumen

Página 5 Introducción

Página 6 Objetivos

Página 7 Anexo 1 Presentación Reanimación Cardiopulmonar

Página 22 Anexo 2 Presentación Primeros Auxilios

Página 42 Anexo 3 Teoría para el asistente

Página 45 Anexo 4 Hojas de evaluación

Página 47 Anexo 5 Preguntas frecuentes

RESUMEN

Es indudable la importancia que tiene recibir conocimientos y formación sobre primeros auxilios. Resulta imprescindible saber cómo actuar ante una situación de emergencia, pero también es necesario saber qué es lo que no se debe hacer puesto que una medida mal aplicada puede tener consecuencias graves para el accidentado.

Del mismo modo, cabe señalar que las paradas cardiorespiratorias no solo se dan en los hospitales. Pueden suceder en cualquier momento y cualquier lugar. En estas situaciones el tiempo es crucial y, actuar correctamente, puede salvar una vida. Con una buena formación en reanimación cardiopulmonar (RCP), los ciudadanos pueden contribuir a disminuir el número de fallecimientos a causa de paradas cardíacas extrahospitalarias.

Siguiendo estas líneas, los sanitarios (médicos y enfermeros del trabajo) que prestamos servicio en los Centros de Prevención de Riesgos Laborales desarrollamos talleres grupales de formación y entrenamiento en RCP básica y primeros auxilios dirigidos a trabajadores de la Administración General, Educación y Justicia.

INTRODUCCIÓN

Las personas que formamos parte de la comunidad de prácticas “**Latiendo x 2**”, dada nuestra trayectoria profesional, tenemos experiencia en formación en reanimación cardiopulmonar (básica, intermedia o avanzada, de adultos o pediátrica) y primeros auxilios en el ámbito de la Administración Pública, Sistema Andaluz de Salud, Servicios de Prevención Ajenos y otras empresas privadas.

Siendo inicialmente algunos compañeros más, finalmente quedamos 10 integrantes, incluidas las dinamizadoras, comenzando nuestro trabajo en febrero 2022 y finalizando en octubre 2022.

Todas las reuniones fueron altamente participativas y, el entusiasmo y las ganas por hacer cosas nos han llevado a ampliar y hacer más de lo que nos planteamos inicialmente.

En principio la idea fue poner en común las dudas y los casos más frecuentes con los que nos hemos encontrado en los talleres de formación en RCP básica y, tras cada reunión, fuimos añadiendo el desarrollo de más material de apoyo: puesta en común de las presentaciones en clase, incluir formación en primeros auxilios a la RCP básica, aportar nociones sobre la RCP pediátrica, compartir nuestra metodología de evaluación y ponerla en común de acuerdo a las directrices del Plan Nacional RCP, así como elaborar un material resumido para dar al alumnado en los talleres y que éste sea común en nuestros cursos.

Todos estos recursos estarán a disposición de los miembros de la COP pero también de todo aquél que desee impartir esta formación.

El resultado de este proyecto ha sido el aprendizaje y desarrollo profesional. Creemos que el tiempo invertido en este proyecto ha sido con creces rentabilizado ya que nos ha dado la oportunidad de reflexionar sobre cómo mejorar nuestras condiciones de trabajo y en general consideramos que se han cumplido los objetivos planteados.

Entendemos que la comunidad ha resuelto la mayoría de nuestras necesidades planteando y actualizando nuestros métodos de enseñanza. Incluso, dada la extensión e importancia del tema que hemos abordado, es posible la continuidad de la COP en el futuro.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Elaborar un documento común para todos los compañeros que impartimos formación en Reanimación cardiopulmonar y Primeros auxilios en los CPRL.

Objetivos secundarios

- Puesta en común de dudas frecuentes y experiencias vividas en los talleres de RCP.
- Compartir los conocimientos que cada integrante de la COP tiene en el campo de la RCP y primeros auxilios.
- Actualizar nuestros propios conocimientos en este campo, consultando nuevas guías de práctica clínica y bases bibliográficas.
- Revisar nuestra experiencia y la metodología seguida en las diferentes ediciones de estos talleres.

CÓMO SE HA OBTENIDO EL PRODUCTO: METODOLOGÍA DE TRABAJO

Aprovechando las herramientas de Google, hemos compartido una carpeta de material mediante Google Drive. Según se implementaban y aumentaban las propuestas en cada reunión, añadíamos nuevo material a la carpeta compartida. Incluimos fuentes de información oficiales y comunes y, a partir de éstas, elaboramos cada documento:

Anexo 1- Presentación en ppt para las clases de RCP.

Anexo 2- Presentación en ppt para las clases de primeros auxilios.

Anexo 3- Teoría para el alumnado del curso.

Anexo 4- Hojas de evaluación.

Anexo 5- Preguntas más frecuentes.

Cada uno de los integrantes desarrolló una sección, elegida de entre la extensa temática de los materiales de las presentaciones. Las herramientas de trabajo han permitido la actualización del contenido cada vez que alguien lo modificaba por lo que facilitó en gran medida la colaboración simultánea.

En las reuniones se hacía la puesta en común de lo trabajado con el resto del equipo y, en ese momento es cuando surgían nuevas opiniones y modificaciones de los documentos hasta que obtuvimos el producto final.

ANEXO 1

PRESENTACIÓN RCP

Reanimación Cardiopulmonar, manejo de DESA y primeros auxilios

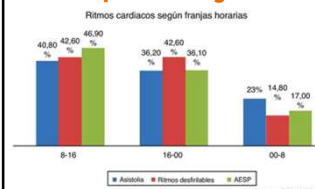
— Área de Vigilancia de la Salud CPRL —

Índice

- Epidemiología parada Cardiorrespiratoria
- Conducta PAS
- Cadena de Supervivencia
- Manejo del DESA
- Soporte Vital Básico Pediátrico

Epidemiología Parada CR

Parada Cardiorrespiratoria. Epidemiología

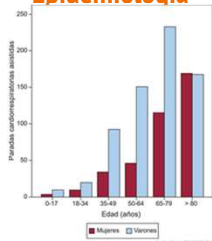


- Cardiopatías son la causa principal de muerte en el mundo desde hace más de 20 años.

Casi 9 millones en 2019.

- En 2020, 29654 muertes por enfermedades isquémicas del corazón.

Parada Cardiorrespiratoria. Epidemiología



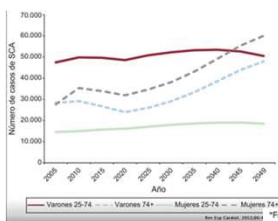
- Parada cardíaca en el domicilio 60,2%
- Parada cardíaca presenciada: 77,8%
- Europa: 67-170/100.000 hab.
- RCP extrahosp. 19/100.000 hab.
- Reasenso año 2050

Parada Cardiorrespiratoria. Supervivencia



- Tiempo medio de llegada del equipo de emergencias: 13 minutos
- Cada minuto: +8-10% mortalidad
- Supervivencia media 5-7%
- Desfibrilación previa por un primer interviniente 56%
- Supervivencia con CP/DESA >49%

Síndrome Coronario Agudo



Principal causa de morbi/mortalidad

- Variable edad/sexo
 - Hombres: mayor incidencia
 - Mujeres: mayor mortalidad
- Incidencia y mortalidad en España: de las más bajas del mundo
- Mayor incidencia en España: Andalucía

Fuente: Epidemiology of Acute Coronary Syndromes in Spain: Estimation of the Number of Cases and Trends From 2005 to 2049. Irene R. Díez, Roberto Elosua, Jaume Marrugat

Síndrome Coronario Agudo



- Prevención:
 - Primaria: Estrategia NAOS (nutrición, actividad física y prevención de obesidad)
 - Secundaria
 - Terciaria

Conducta PAS

Conducta PAS



Son las siglas que indican las actuaciones básicas para atender a un accidentado



Antes de actuar, hemos de tener la seguridad de que tanto el accidentado como nosotros mismos estamos fuera de todo peligro.

- Necesitamos hacer seguro el lugar.
- Si hubiera algún peligro, alejarlo de nosotros y del herido.
- De no ser posible, alejar al accidentado del mismo.

- Lugar exacto del accidente.
- Tipo de accidente.
- Nº de heridos.
- Estado de las víctimas (consciencia, lesiones...).
- Primeros auxilios que se están prestando
- Identificación de la persona que avisa (nombre y teléfono).
- No colgar el teléfono.

Activaremos el sistema de emergencias

112 o 061





Una vez hemos protegido el lugar del accidente y alertado al servicio de emergencias, pasaremos a socorrer a las víctimas en el lugar de los hechos hasta llegada del personal sanitario



Valoración de la víctima

Objetivo:
Reconocimiento de lesiones o situaciones potencialmente peligrosas para la vida

PRIMARIA

Valorar signos vitales en el siguiente orden:

- **Consciencia.**
- **Respiración.**

SECUNDARIA

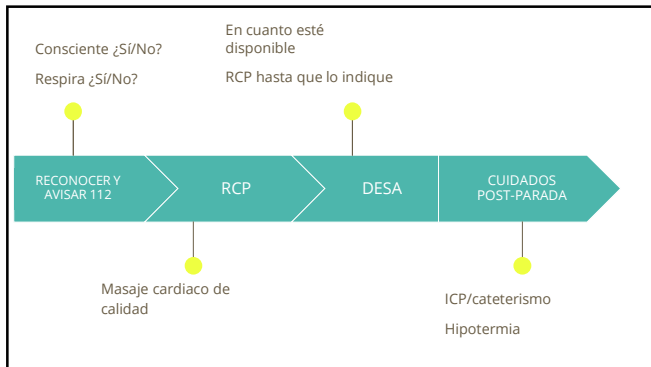
Examinar de cabeza a los pies, en busca de lesiones:
Hemorragias, heridas, contusiones, fracturas...



Cadena de Supervivencia

Parada Cardiorrespiratoria. Cadena de Supervivencia

- Reconocer y avisar
- RCP. Compresiones cardíacas de calidad
- Manejo del DESA
- Cuidados hospitalarios




1º Reconocer situación de PCR

Reconocer: Conciencia

Responde (ojos/voz/se mueve) ¿Sí/No? → Estímulo doloroso


- Sí responde: Posición lateral de seguridad + pedir ayuda
- No responde: Valorar Respiración



*Posición Lateral de Seguridad

- Posición lateral: Previene aspiración
- No movilizar si hubo golpe de alto impacto (tráfico, precipitado)
- Vigilar el nivel de conciencia hasta que llegue la ayuda

- 1 Con el paciente boca arriba, colocaremos el brazo que tenemos más cerca formando un ángulo recto.
- 2 Cruzaremos el otro brazo colocándole el dorso de la mano sobre la mejilla contraria.
- 3 Flexionaremos la pierna que nos queda más alejada y giraremos el cuerpo hacia nosotros.



Reconocer: Respiración

Novedades:

Colocación de **Mascarilla**

(NO Apertura de vía aérea)

NO Ver, oír y sentir la respiración



Reconocer: Respiración

Apertura vía aérea

Posición de olfateo

Tracción mandibular (si se sospecha lesión vertebral)

Ver la respiración sin acercarnos a la boca



Reconocer: Respiración

Respira con **normalidad** → Avisar y Posición lateral

No respira con normalidad → RCP

- Respiración **Gasping** → Agónica
- Duda



2º Pedir ayuda

Solicitamos ayuda a nuestro entorno más cercano

- Dando voz de alarma para que acudan personas cercanas de nuestro entorno.
- Ayuda para:
 - Llamar al 112/061
 - Que alguien traiga el DESA
 - Ayuda para el masaje cardiaco



Llamar al 112



Es un número gratuito
Se usa en todas la Unión Europea

Organiza a todos los sistemas de protección y salud (policía, bomberos, sistema sanitario...)

Información:

1. Dónde estamos
2. Persona inconsciente que no respira

Pedir a alguien que traiga el DESA



- La Desfibrilación Precoz, es uno de los principales factores determinantes de la supervivencia
- El único tratamiento de la parada cardíaca por Fibrilación Ventricular, es la Desfibrilación Eléctrica

3º Realizar RCP

RCP: Compresiones de Calidad



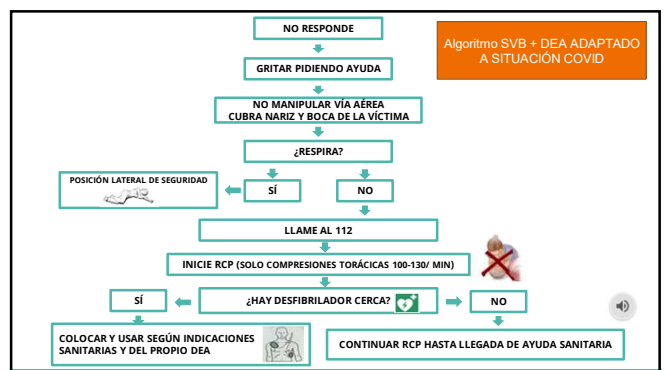
SÓLO COMPRESIONES TORÁCICAS



Tercio inferior del esternón
Talón de la mano



Frecuencia: 100-120/min
5-6 cm de profundidad
Tiempo compresión-relajación
Cambio de reanimador /2min



4º Desfibrilación Precoz

Empleo DESA



En cuanto esté disponible:

1. Enciende
2. Coloca electrodos
3. Sigue indicaciones

Mínimas interrupciones de Compresiones Torácicas



Funcionamiento

No tocar a la víctima mientras: "analiza ritmo"

Descarga indicada: AVISAR que nadie toque y pulsar botón descarga

Si no reacciona, reanuda inmediatamente Compresiones Torácicas hasta que DEA avise a los 2 minutos



Desfibrilador

Batería no recargable

No retires parches

Mantenimiento adecuado

Parches no caducados



Preparación del paciente

Superficie dura, lejos del agua y de objetos metálicos

Pega bien electrodos (evita bolsas de aire)

Parches de medicación: retiralos y limpia zona



Aspectos Legales

R.D 365/2009 del 20 de marzo

Decreto 22/2012 del 14 de febrero

Orden 4 de junio 2013

Orden de 8 de abril de 2021

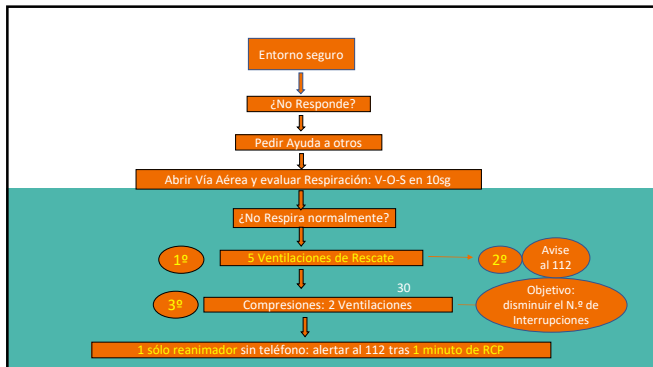
Soporte Vital Básico Pediátrico

Resucitación Cardiopulmonar Niños

Causa mayoritaria de Parada:
respiratoria

Lo primordial son las Ventilaciones

- 5 insuflaciones de rescate
 - Continuar inmediatamente con el 30:2
-



Resucitación Cardiopulmonar Niños

• Responde: estimulación verbal y táctil

• No responde:

Apertura de la Vía Aérea: maniobra Frente – Mentón (extensión de cuello según edad)

Evalúa Respiración (máx.= 10 seg) → No respira normal

a) 2 o más reanimadores → Reanimador N.º 1: 5 ventilaciones de rescate

Avisar inmediatamente al 112 (altavoz de teléfono móvil) → Reanimador N.º 2

Traer un DEA

Resucitación Cardiopulmonar Niños

b) 1 sólo reanimador **con** teléfono móvil

1º) 5 ventilaciones de rescate

2º) Active al 112: móvil en modo altavoz

3º) Continúe RCP mientras espera respuesta del 112

4º) Aplique DEA si colapso súbito presenciado

Resucitación Cardiopulmonar Niños

c) 1 sólo reanimador **sin** teléfono disponible

Realice 1 min. de RCP antes de avisar al SEM

d) No puede o no quiere ventilar:

Compresiones continuas y

Añade Ventilaciones lo antes posible

Resucitación Cardiopulmonar Niños

- **No Respira normal:** 5 Ventilaciones de rescate

Se mueve, tos: ha salido de la Parada Respiratoria (cesa las compresiones)

No se mueve ni tose: **PCR**, 30:2 (si está sólo: 1 min. RCP, luego avise al 112)

circulación

Interrumpe RCP sólo si

Signos claros de

Estás exhausto

Resucitación Cardiopulmonar Niños

Ventilaciones

- Insufla de forma constante y al ritmo adecuado en boca (o en boca-nariz del lactante)
- Durante 1 sg lo suficiente para que el pecho se eleve visiblemente
- **No** logras respiración eficaz: posible Obstrucción de Vía Aérea → Elimina la obstrucción

No realices "barrido digital a ciegas"



Recoloca cabeza o ajusta apertura de la vía aérea

Resucitación Cardiopulmonar Niños

Compresiones Torácicas (de buena calidad)

- 100-120/min. (niños y lactantes)
- Mitad inferior de esternón
- Profundidad: 1/3 diámetro anteroposterior del tórax (máx.= 6 cm)
- Reexpansión del tórax
- Comprima sobre una superficie firme
- Cambio frecuente del reanimador que comprime



Resucitación Cardiopulmonar Niños

Compresiones Torácicas

- Tiempo sin compresiones debe ser el mínimo posible
- Sólo quítale la ropa si obstaculiza gravemente las Compresiones Torácicas
- Niño pequeño: Talón de 1 sola mano (abre vía aérea con la otra)
- Lactantes
 - a) 2 pulgares rodeando el pecho (preferible)
 - b) 2 dedos de una mano: alterne manos



Desfibrilación Niños

- PCR en niños: inicio inmediato de RCP (no usar DEA de forma rutinaria si causa traumática)
- Aplica DEA rápidamente (si colapso repentino presenciado) y Avisa al 112
 - Niños > 8 años: parches de adultos
 - Niños de 1- 8 años: parches pediátricos
 - Niños < 8 años: utiliza si es posible un DEA con atenuador pediátrico
- Un electrodo en el tórax y el otro en la espalda (la corriente atraviesa el corazón)



Desfibrilación Niños

- Limita el tiempo sin compresiones al usar el DEA
 - Después de la descarga: Reinicia RCP inmediatamente
 - No se aplica descarga: RCP inmediata
 - Coloca parches: Con interrupción mínima o nula de RCP

Obstrucción de la vía aérea en niños

Obstrucción de Vía Aérea

- Sospecha de OVACE (no presenciada): aparición muy repentina de síntomas respiratorios (tos, estridor, angustia) y no hay otros signos de enfermedad
 - Niño tose con eficacia: anímalo a toser
 - Tos del niño es **ineficaz** (disminuye la conciencia, tos silenciosa, incapacidad para respirar, cianosis) pero todavía está **consciente**
 - a) Pide ¡Ayuda! y determina nivel de conciencia
- Reanimador nº2: llama al 112 (altavoz del móvil)

Obstrucción de Vía Aérea

b) Maniobras de rescate

1º) Golpes en la espalda

2º) No se soluciona la OVACE

Lactante: 5 Compresiones Torácicas

Niño: 5 Compresiones Abdominales-Heimlich

- Continúa secuencia y no lo abandone (mientras que no lo expulse y siga consciente)

Obstrucción de Vía Aérea

- Objeto se expulsa o moviliza con éxito:

Evalúa el estado clínico del niño

Si Compresiones Abdominales: Seguimiento médico urgente

- Niño deja de respirar: algoritmo de SVBP

ANEXO 2

PRESENTACIÓN PRIMEROS AUXILIOS

Primeros auxilios

— Área de Vigilancia de la Salud CPRL —

Primeros Auxilios Índice

- atragantamiento
- hemorragias
- quemaduras
- picaduras
- fracturas e inmovilizaciones

Obstrucción de vías aéreas. Atragantamiento



CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN
DE LAS VÍAS AÉREAS




Signo universal de atragantamiento

SÍNTOMAS, TIPOS Y GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN

- Puede hablar, toser y respirar.
- Hay imposibilidad de hablar, toser y respirar. Tras un tiempo sin respiración, se pierde la consciencia.

LEVE 

GRAVE 



ACTUACIÓN ANTE UNA OBSTRUCCIÓN LEVE

ACTUACIÓN ANTE UNA OBSTRUCCIÓN GRAVE MANIOBRA DE HEIMLICH

Colocar un puño sobre el ombligo del individuo con el lado del pulgar hacia el abdomen

Cubrir el puño con la otra mano y presionar hacia adentro y hacia arriba, con suficiente fuerza como para hacer que se levanten del suelo los pies de la víctima



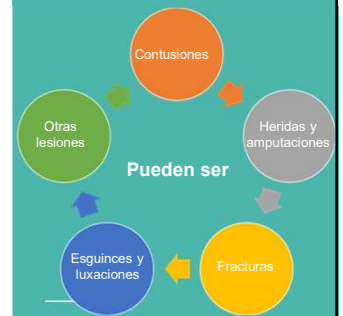

Traumatismos



Traumatismos

Son lesiones que se producen en el organismo debido a la acción de un agente externo.

OBJETIVO: evitar su empeoramiento y activar el sistema sanitario de forma adecuada y precoz (no es realizar un diagnóstico de la lesión)



Heridas



Heridas

Una herida consiste en la rotura de la superficie de la piel o mucosas, por donde puede salir sangre y quedar una puerta abierta a las infecciones.



Heridas

Clasificación

SEGÚN CAUSA:
PUNZANTE
INCISA
CONTUSA
LACERACIÓN

SEGÚN GRAVEDAD:
LEVES O GRAVES

Junta de Andalucía
Comunidad de Castilla-La Mancha
Comunidad de Madrid

Heridas

Una herida se considera **GRAVE** cuando:

- Es muy extensa.
- Es muy profunda.
- Está muy sucia (tierra u otros elementos extraños).
- Sangrado pulsátil (chorro intermitente). Indica afectación arterial.
- Cuando sangra mucho y la hemorragia no para tras comprimirla durante 5 min.

Junta de Andalucía

Heridas

CÓMO ACTUAR

- Lavarse las manos y ponerse guantes si es posible.
- Lavar la zona con abundante agua o suero fisiológico, arrastrando la suciedad.
- Limpiar desde dentro hacia afuera.
- Comprimir la zona en caso de sangrado con un paño limpio o gasa estéril.
- En caso de hemorragia en extremidad, es útil levantarla mientras se presiona.
- Comprobar si se está correctamente vacunado contra el tétanos, en el caso de heridas sucias, mordeduras o quemaduras

Junta de Andalucía

Heridas

A TENER EN CUENTA:

En HERIDAS LEVES:

- Aplicar antiséptico y cubrir la herida con material estéril o limpio.

En HERIDAS GRAVES:

- Cubrir con gasas limpias.
- No retirar cuerpos enclavados y fijarlos para evitar que se muevan durante el traslado.
- Traslado a un centro sanitario vigilando las constantes vitales.

Junta de Andalucía

Heridas

- No manipular la herida con las manos sucias.
- No utilizar algodón.
- No dejar la extremidad en declive.
- No retirar objetos clavados, ya que se pueden producir más daños al sacarlos.
- En caso de herida grave, avisar al servicio de urgencias.



Amputaciones



Amputaciones

Son las pérdidas de extremidades o de alguna de sus partes, siendo frecuentes las que afectan a los dedos por máquinas y herramientas de corte.



ACTUACIÓN:

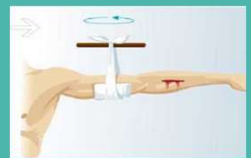
1. Compresión de la herida con gasas
2. Mantener la extremidad elevada
3. La parte amputada se envolverá con gasas estériles o apósitos limpios y se colocará en una bolsa de plástico y esta dentro de un recipiente/bolsa con agua fría y/o hielo.
4. El hielo nunca estará en contacto directo con la parte amputada.
5. Traslado al centro sanitario.



Torniquete

DEBE REALIZARLO UN PROFESIONAL

- En la raíz del miembro afectado.
- Anotar la hora de colocación
- Utilizar una banda ancha (5-10 cm.).
- Ejercer presión controlada, solo la necesaria para detener la hemorragia.
- Aflojarlo cada 10 minutos



Contusiones



Contusiones

Todo golpe sobre la superficie corporal que no produce una herida abierta.



LEVES

- Afectación superficial y la zona se encuentra enrojecida.
- Dolor e inflamación.

GRAVES

- Aparición de hematoma por rotura de vasos.
- Posible afectación de músculos, nervios o huesos
- Dolor, inflamación e impotencia funcional.

Contusiones



ACTUACIÓN:

- Aplicaremos frío (bolsa con hielo) para disminuir la inflamación y el hematoma en la zona durante 10-20 minutos.
- Evitar el contacto del hielo directo sobre la piel.
- Si la zona afectada es una extremidad, la elevaremos por encima del nivel del corazón para evitar el edema.
- En las contusiones más graves que afecten a una extremidad, deberá inmovilizarse.

Contusiones

- Nunca se intentará pinchar los posibles hematomas con intención de vaciarlos



Esguinces y luxaciones



Esguinces y luxaciones

Son lesiones que afectan a articulaciones.

Se dan cuando una articulación efectúa un movimiento forzado o distinto a su movimiento natural.

Son muy dolorosas y pueden llegar a ocasionar impotencia funcional.



Esguinces

Torcedura o distensión violenta de los ligamentos que estabilizan una articulación

sin pérdida de la congruencia articular (no



SÍNTOMAS:

- Dolor a nivel de la zona afectada de intensidad variable.
- Inflamación sin deformidad.
- Pueden aparecer hematomas
- Impotencia funcional (dificultad para realizar los movimientos), de intensidad variable según gravedad.

Luxaciones

Es la pérdida del contacto o desplazamiento de los huesos que forman las articulaciones.



SÍNTOMAS:

- Dolor intenso.
- Inflamación
- Deformidad.
- Pueden aparecer hematomas
- Impotencia funcional

Esguinces y luxaciones



ACTUACIÓN:

- Inmovilización respetando la posición que tenga la víctima.
- Aplicar frío local, que ayudará a disminuir la inflamación.
- Si la zona lo permite, se mantendrá la extremidad elevada.
- En caso de luxación **NUNCA REDUCIR** y valorar coloración, pulso y sensibilidad.
- Traslado a un centro sanitario para su reducción y tratamiento definitivo por personal cualificado

Fracturas



Fracturas

Es la rotura de un hueso por causa generalmente traumática.



CLASIFICACIÓN

Cerradas

Se rompe el hueso pero la piel que le rodea sigue intacta.

Abiertas

Rotura del hueso y de la piel de la zona, pudiendo asomar algún fragmento óseo.

Fracturas



SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor intenso.
- Hinchazón.
- Deformidad.
- Impotencia funcional.
- Acortamiento de la extremidad afectada

Fracturas



ACTUACIÓN:

- Inmovilizar la zona de fractura abarcando hueso lesionado y articulaciones adyacentes.
- En miembros superiores, se pueden fijar al tórax y los inferiores al miembro opuesto.
- Aplicar frío local.
- Vigilar coloración y pulso de la extremidad.
- Las fracturas abiertas se cubrirán con apósitos estériles o lo más limpios posibles.
- No administrar medicación ni alimentos por vía oral.
- Se evacuará a la víctima a un centro médico de urgencias para su atención.

Fracturas

- NO MANIPULAR NI MOVILIZAR innecesariamente
- Si se realiza vendaje de una extremidad, NO APRETARLO DEMASIADO
- NO DAR DE COMER O BEBER al accidentado



Inmovilizaciones

Su propósito es impedir que se movilice la zona lesionada para evitar agravar las lesiones producidas



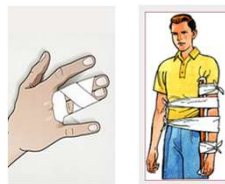
CABESTRILLO

En fracturas de la extremidad superior (clavicula, brazo y antebrazo).

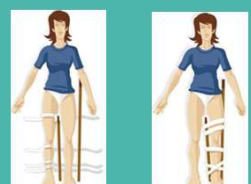
1. Apoyar el antebrazo en un pañuelo o tela, anudando los dos extremos en el cuello de forma que la mano quede más elevada que el codo.
2. El codo debe estar doblado en un ángulo recto.
3. Si el cabestrillo se colocó correctamente, el brazo de la persona debe descansar de manera cómoda contra el pecho con las puntas de los dedos expuestas.

Inmovilizaciones

MIEMBROS SUPERIORES



MIEMBROS INFERIORES



Otras lesiones

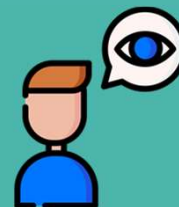


Lesiones oculares

Son aquellas que causan un daño en los ojos.

Pueden producirse de forma:

- **Física** (golpes, cuerpos extraños, elementos proyectados sobre el ojo,, etc.),
- **Química** (sustancia abrasiva en contacto con el ojo).



Lesiones oculares



SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Molestias.
- Picor y escozor.
- Irritación.
- Inflamación.
- Dificultad para abrir los ojos.
- Lagrimeo.
- Sangrado.
- Dolor intenso.
- Pérdida de visión o visión borrosa.
- Heridas o ulceraciones.

Lesiones oculares

Actuación

En general:

- Adecuada higiene de manos para evitar infectar el ojo.
- Si lleva lentillas, retirarlas si es posible.

Producto químico en contacto con el ojo:

- Irrigar a chorro con agua o suero el ojo afectado durante unos 10-20 min.
- **IMPORTANTE:** Conocer el teléfono del Servicio de Información Toxicológica: **91 562 04 20**

Cuerpo extraño en el ojo

- Irrigación del ojo.
- Si no se consigue extraer o sea una esquirola metálica debemos taponar el ojo (con gasas húmedas preferiblemente) y trasladar a un centro sanitario para valoración y extracción.

Golpes: Aplicar hielo envuelto en un pañuelo limpio.

Lesiones oculares



QUÉ NO HACER:

- No dejar que la víctima se frote el ojo.
- No administrar colirios o medicamentos.
- No ejercer presión sobre el ojo.
- No intentar extraer los cuerpos extraños o que estén enclavados.

Traumatismos en cabeza

Afectan a **cara, cuello o cráneo**, ya sean contusiones, heridas o fracturas.



ACTUACIÓN:

- En caso de fractura o contusión, aplicar hielo
- En caso de hemorragia, taponar y realizar vendaje compresivo circular.
- Observar aparición de convulsiones
- Vigilar el estado de consciencia y constantes vitales del accidentado.
- Avisar al 112 o traslado a centro sanitario según proceda

Traumatismos en cabeza



QUÉ NO HACER:

- × No dar de comer o beber al accidentado/a.
- × No dejar a la víctima sola aunque los síntomas desaparezcan.
- × No movilizar el cuello, aunque el golpe no sea directamente ahí.
- × No taponar el oído si sale líquido o sangre por él.
- × No quitar el casco del motorista si no es absolutamente necesario.

Traumatismos columna vertebral

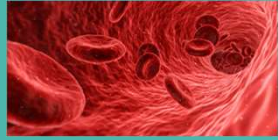
Pueden producirse por fuerte golpe en la cabeza y espalda; caídas desde una altura considerable y accidentes con impactos violentos.



ACTUACIÓN:

- Presumir gravedad cuando haya perdido movilidad y/o sensibilidad en extremidades o dificultad respiratoria.
- No movilizar si no es absolutamente necesario.

Hemorragias



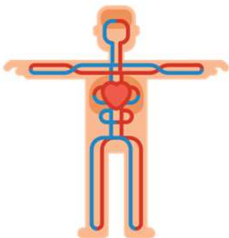
Hemorragias



Se definen como la salida de sangre de sus cauces habituales como consecuencia de la rotura de un vaso sanguíneo.

Pueden llegar a ser causa de emergencia, por lo que deben ser controladas, actuando de forma rápida y decidida.

Hemorragias



La **GRAVEDAD** de la hemorragia está relacionada con:

- El volumen de sangre perdido.
- La velocidad de la pérdida.
- El tiempo transcurrido.
- La edad del trabajador que la sufra.

Hemorragias



CLASIFICACIÓN

Según el origen

CAPILARES

Son superficiales y las más leves.

VENOSAS

Han afectado a una vena. La sangre es oscura y hay un sangrado continuo y lento. La gravedad dependerá de la vena afectada.

ARTERIALES

Se ha dañado una arteria. La sangre es de un color rojo brillante y sale a presión coincidiendo con cada latido cardíaco. Son muy graves.

Hemorragias



CLASIFICACIÓN

Según el destino

INTERNAS: La sangre no fluye hacia el exterior sino que se vierte al interior del organismo (tórax, abdomen, cráneo).

EXTERNAS: La sangre se vierte en el exterior como consecuencia de una herida abierta en la piel.

EXTERIORIZADAS: La sangre se vierte al exterior a través de orificios corporales naturales (nariz, oído, boca, ano, vagina).

Hemorragias

CÓMO ACTUAR

- Sentar o tumbar al accidentado.
- Realizar presión directa, colocando gasas en el punto sangrante.
- Mantener la presión hasta el cese del sangrado.
- Vendaje compresivo de la herida por encima de las gasas.
- Si la herida se produce en una extremidad, elevarla por encima del nivel del corazón.
- En caso de mareo o inconsciencia, poner en posición antishock

Hemorragias

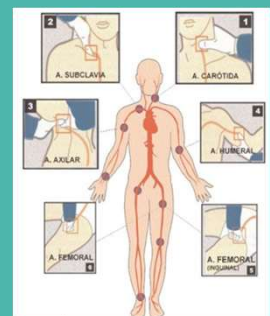
Posición antishock



Hemorragias

Compresión digital

Si no cede el sangrado, aplicar compresión digital sobre la arteria que irriga la zona, comprimiéndola con los 4 dedos o con el puño.



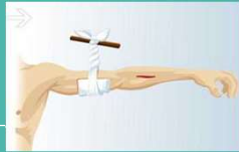
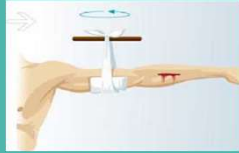
Hemorragias

Torniquete

Solo cuando fallen los métodos anteriores. **!**
Indicación básica: amputaciones.

ACTUACIÓN

- En la raíz del miembro afectado.
- Anotar la hora de colocación
- Utilizar una banda ancha (5-10 cm.)
- Ejercer presión controlada, solo la necesaria para detener la hemorragia
- Aflojarlo cada 10 minutos



Hemorragias

QUÉ NO HACER:

- No retirar las gasas empapadas, colocar las nuevas sobre éstas.
- No intentar extraer cuerpos extraños enclavados.
- Torniquete solo como última opción.



Hemorragias

Hemorragias internas

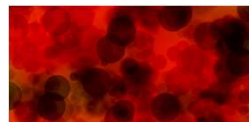
Suelen precederse de traumatismos violentos. No se ven pero pueden sospecharse porque el paciente suele presentar signos y síntomas de **shock**.

SHOCK HIPOVOLÉMICO

- Palidez.
- Piel fría y sudorosa
- Taquicardia (pulso rápido y débil)
- Respiración agitada, rápida y poco profunda
- Hipotensión (Sensación de mareo, pérdida de conocimiento)

Hemorragias

Hemorragias internas



ACTUACIÓN

- Vigilar constantes vitales y signos de shock hipovolémico.
- Avisar a los servicios médicos.
- Tumbar al accidentado en posición antishock.

Hemorragias

Hemorragias exteriorizadas: EPISTAXIS

Es la salida de sangre a través de los orificios nasales.



ACTUACIÓN

- Inclinar la cabeza hacia delante.
- Presionar el orificio sangrante sobre el tabique nasal con los dedos durante al menos 2 min. (recomendables 5-10 min.)
- Si la hemorragia no cesa, se puede realizar taponamiento externo con algodón impregnado de agua oxigenada.
- Si no cede, valorar el traslado a un centro hospitalario.



No inclinar la cabeza hacia atrás.

Hemorragias

Hemorragias exteriorizadas: OTORRAGIA

Es la salida de sangre por el oído.



ACTUACIÓN

Se colocará al trabajador sobre el lado del oído sangrante.



No taponar el oído afectado

Quemaduras



Quemaduras

Una quemadura es una lesión de los tejidos que resulta del contacto directo con llamas, líquidos, gases o superficies muy calientes, cáusticos químicos, electricidad o radiación.

Si bien puede producirse en cualquier lugar del organismo, es mucho más frecuente en la piel. Son muy dolorosas.



Quemaduras

CLASIFICACIÓN

QUEMADURA DE PRIMER GRADO

QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO

QUEMADURA DE TERCER GRADO



Quemaduras

VALORACIÓN

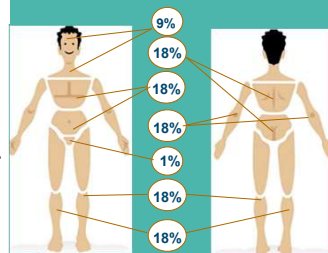
- Grado de la quemadura: más gravedad a mayor grado.
- Localización: más gravedad en zonas como manos, pies, cara o genitales.
- Edad de la víctima.
- Patologías de la víctima: diabetes, alteración de la coagulación...
- Extensión % de superficie corporal quemada: más gravedad a mayor extensión quemada.



Quemaduras

La regla de los 9 de Wallace

Utilizada fundamentalmente para valorar grandes superficies en adultos.



Quemaduras

Regla del 1 o de la palma de la mano:

Empleada normalmente para evaluar quemaduras poco extensas.

Se basa en el hecho de que la mano de la persona quemada se corresponde con el 1% de la superficie corporal.



Quemaduras



SIGNOS Y SÍNTOMAS

Enrojecimiento de la piel.

Pérdida de piel.

Ampollas.

Dolor

Inflamación

Si afecta a la vía aérea superior (laringe, boca o nariz) y cara, los síntomas que pueden aparecer son cambios en la voz, dificultad respiratoria o tos.

Quemaduras

CÓMO ACTUAR

- Retirar al trabajador del elemento causante (térmico, químico, eléctrico)
- Si las ropas arden, apagar la llama con mantas, toallas o un material no sintético
- Si la ropa está pegada a la piel, no retirarla
- Llevar a cabo una evaluación primaria y controlar los signos vitales si es posible
- Enfriar el área quemada aplicando agua durante 20-30 min. (no agua muy fría o hielo)
- Retirar ropas, joyas, cinturones, etc., excepto si existe peligro de desgarro



Quemaduras

CÓMO ACTUAR

- Cubrir la lesión con gasas o paños limpios, humedecidos en agua
- Si la zona afectada son manos, pies o algún pliegue de la piel, envuelva cada dedo o pliegue por separado en apósitos diferentes
- Cumplir las medidas higiénicas por el importante riesgo de infección
- Seguimiento del estado del trabajador y sus constantes vitales hasta su atención por un equipo especializado



Quemaduras

CÓMO ACTUAR

- En **QUEMADURAS QUÍMICAS**: Retirar la ropa mojada de productos químicos y lavar con abundante agua durante al menos 20 minutos (si la sustancia no reacciona con el agua). Cubrir con apósitos limpios y trasladar al centro sanitario
- En **QUEMADURAS ELÉCTRICAS**: Si se han producido quemaduras en los puntos de entrada o salida, tratarlas como cualquier otro tipo de quemaduras



Quemaduras

- No comprimir en exceso el vendaje o pegar esparadrapos o tiritas sobre la piel afectada.
- No aplicar cremas, pomadas o remedios caseros sobre la quemadura.
- No enfriar en exceso al trabajador. No aplicar hielo.
- No darle comida o bebida.
- No correr en llamas.
- No neutralizar con otras sustancias en quemaduras por químicos.
- No utilizar algodón para la cura.
- No romper las ampollas o despegar cualquier elemento que esté adherido a la piel.



Golpe de calor

Es importante estar alerta ante los siguientes síntomas

- Sed intensa y sequedad en la boca
- Temperatura mayor a 39° C (medida en la axila)
- Sudoración excesiva
- Sensación de calor sofocante
- Piel seca
- Agotamiento, cansancio o debilidad
- Mareos o desmayo, vértigo
- Calambres musculares
- Agitación
- Estado de confusión, desorientación, delirio o incluso coma o convulsiones
- Dolor de estómago, falta de apetito, náuseas o vómitos
- Dolor de cabeza (sensación de latido u opresión)

Es el aumento de la temperatura corporal por una exposición prolongada al sol o por hacer ejercicio en ambientes calurosos o con poca ventilación.

En estas situaciones, el cuerpo tiene dificultades para regular su temperatura por los mecanismos habituales como la sudoración por lo que se produce un aumento de la temperatura corporal. El golpe de calor puede presentarse en el momento o después de varios días de alta temperatura.

Golpe de Calor

¿Qué es?

Es el aumento de la temperatura corporal por una exposición prolongada al sol o por hacer ejercicio en ambientes calurosos o con poca ventilación.

¿Qué ocurre?

El cuerpo tiene dificultad para regular su temperatura por los mecanismos habituales como la sudoración por lo que aumenta la temperatura corporal.



ALERTA ante estos síntomas

- Sed intensa y sequedad en la boca
- Temperatura mayor a 39° C
- Sudoración excesiva
- Sensación de calor sofocante
- Piel seca
- Agotamiento, cansancio o debilidad
- Mareos o desmayo, vértigo
- Calambres musculares
- Agitación, confusión, desorientación, delirio o convulsiones
- Dolor de estómago, falta de apetito, náuseas o vómitos
- Dolor de cabeza



Golpe de Calor

¿Qué hacer?

El golpe de calor es una urgencia vital. En cuanto sea posible, el paciente debe ser trasladado a un centro hospitalario



El objetivo es reducir la temperatura corporal de la persona hasta que se sitúe entre 38 y 39°C. Si no se actúa a tiempo puede conducir al shock e incluso a la muerte.



- Colocar a la persona en el lugar más fresco posible.
- Se le quitará la máxima ropa
- Se procurará enfriarlo mediante compresas de agua fría
- Ofrecer agua fresca (o incluso agua con una cucharadita de sal)
- No administrar medicamentos antifebriles
- No friccionar la piel con alcohol

Golpe de Calor

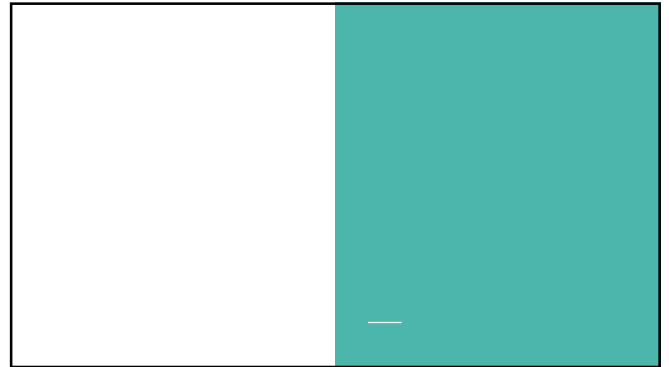
¿Se puede prevenir?

SI

Existen algunas pautas que pueden ayudar a prevenir y evitar que se produzca un golpe de calor.



- Evitar la exposición prolongada al sol y usar siempre fotoprotección.
- No realizar actividad física entre las 12 y las 16 horas.
- Vestir ropa holgada, fresca y de colores claros y usar gorros o sombreros
- Hidratarse regularmente con líquidos y alimentos adecuados.
- Evitar bebidas con cafeína o con azúcar en exceso
- Evitar bebidas muy frías o muy calientes
- Evitar comidas pesadas
- Evitar bebidas con alcohol ya que aumentan las pérdidas de líquido. No es conveniente tomar cerveza ante la sed y el calor
- Buscar la sombra y lugares frescos.
- No dejar nunca a nadie dentro de un coche estacionado.



ANEXO 3

TEORÍA PARA EL ASISTENTE

Reanimación CardioPulmonar Básica (RCP) y manejo de Desfibrilador (DESA)

Centro de Prevención de Riesgos Laborales

Claves

Cada minuto tras una parada: + 10% mortalidad

Supervivencia tras una parada asistida por RCP+DESA: >49%

Lo esencial es restaurar la circulación mediante masaje cardíaco

La Cadena de Supervivencia es la clave para una adecuada reanimación

CADENA DE SUPERVIVENCIA (en adultos)

1) Reconocer la parada

- a) Conducta PAS
- b) Valorar conciencia (estímulo/dolor)
 - i) Sí reacciona: Posición lateral de seguridad
 - ii) No reacciona: Valorar respiración
- c) Valorar respiración (visualmente). Maniobra frente-mentón
 - i) Sí respira con normalidad: Posición lateral de seguridad
 - ii) No respira con normalidad: Pedir ayuda e iniciar RCP con masaje cardíaco inmediatamente

2) Pedir ayuda

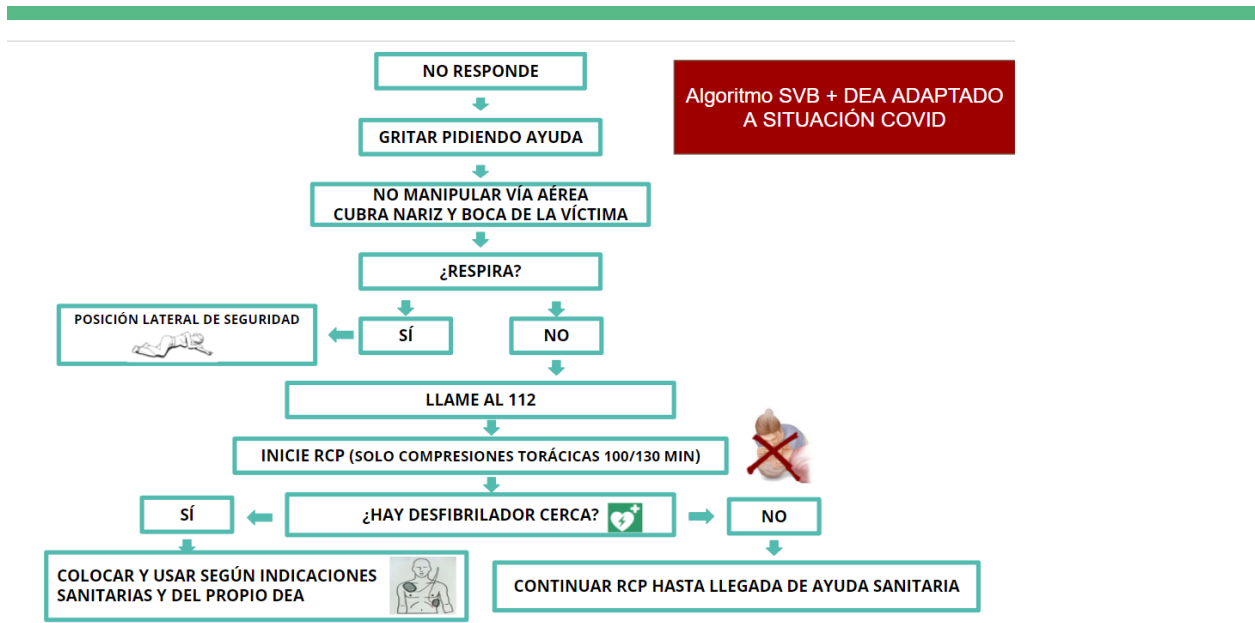
- a) Pedir ayuda a la gente cercana
- b) Pedir DESA
- c) 112:
 - i) Dónde estoy
 - ii) Hay una “persona inconsciente que no respira”
 - iii) Asistencia: Masaje cardíaco y uso del desfibrilador

3) Realizar masaje cardíaco de calidad

- a) Tercio inferior del esternón
- b) 5-6 cm
- c) 100-120 compresiones al minuto (1001, 1002, 1003...)
- d) Mínimas interrupciones

4) Colocar DESA en cuanto esté disponible

- a) Informar a 112 al disponer del DESA y seguir sus indicaciones



ATRAGANTAMIENTO

TOS PRODUCTIVA:

No hacer:

- No dar agua
- No dar palmadas
- No agobiar. Animar a toser

TOS NO PRODUCTIVA:

Hacer

- Avisar 112. Posible RCP
- 5 palmadas interescapulares
- 5 maniobras de Heimlich

ANEXO 4

HOJAS DE EVALUACIÓN

Plantilla de Evaluación RCP

Día del curso:

Tiempo de evaluación:

EQUIPO	TIEMPO AVISO 112	TIEMPO MASAJE CARDIACO	TIEMPO PRIMERA DESFIBRILACIÓN	EVALUACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ANEXO 5

PREGUNTAS FRECUENTES

PREGUNTAS FRECUENTES EN TALLERES RCP- PRIMEROS AUXILIOS

1. ¿Se pueden partir costillas con el masaje cardiaco?

Sí, es algo relativamente frecuente y depende de la anatomía de la persona. Cuando se rompen las costillas, los extremos de éstas se deslizan entre sí y facilitan las compresiones cardíacas. También puede romperse el esternón. Se intentará que no ocurra, pero a veces pasa. Se percibe como un crujido bajo las manos.

2. Si se rompen las costillas ¿pueden clavarse en el corazón o los pulmones?

No. Los fragmentos se deslizan uno sobre otro. En el tórax hay estructuras musculares y fibrosas que impiden que eso ocurra.

3. Si me canso del masaje cardiaco y no hay nadie más ¿Se lo puedo dar con el pie?

Nunca. El masaje cardiaco se da como debe hacerse. Si no hay nadie más y el reanimador se cansa, puede parar y volver a intentarlo cuando recupere fuerza. El agotamiento de un único reanimador se contempla como un motivo de no reanimar (literalmente, es que no se puede)

4. ¿Qué hago si después de la desfibrilación la persona abre los ojos (despierta)?

Eso significa que ha salido de la parada cardiaca. El corazón ha salido de la fibrilación y cada fibra cardiaca late al unísono sacando la onda de pulso normal. En ese caso debemos colocar al paciente en posición lateral de seguridad manteniendo los parches. El DESA seguirá dando indicaciones pero no le haremos caso. Nos centraremos en observar a la víctima, tranquilizarla y estar pendiente por si vuelve a quedar inconsciente y dejar de respirar. Una persona que ya ha sufrido una parada tiene más posibilidades de sufrir otra

5. ¿Qué ocurre si la persona que sufre la parada era un enfermo terminal o tenía orden de no reanimar y lo hemos sacado de la parada cardíaca?

Esto es algo que se valorará dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos. Si la víctima no quería reanimación, rechazaba ventilación mecánica, su enfermedad estaba en fase terminal y presenta muy mal pronóstico o bien la evolución en UCI es mala y se prevé gran daño neuronal/cardiaco, siempre se puede optar por recurrir a la limitación del esfuerzo terapéutico o incluso, informada la familia, se puede proceder a la retirada de las medidas de soporte vital. Se retira medicación vasoactiva y respirador y se deja con una sedación paliativa. La naturaleza seguirá su curso y la persona fallecerá sin dolor y habiendo intentado salvar su vida. Esto es algo que ayuda muchísimo al duelo de sus seres queridos. Además, esta persona puede donar órganos o tejidos ayudando, igualmente, a salvar otras vidas.

PREGUNTAS FRECUENTES EN TALLERES RCP- PRIMEROS AUXILIOS

6. ¿Cuándo paro de realizar la RCP?

Cuando la víctima despierta, cuando se agota el reanimador o cuando llega la ayuda (ambulancia). Los compañeros sanitarios preguntarán sobre lo sucedido, cuándo se atendió con masaje cardiaco y si se ha realizado desfibrilación.

7. ¿La fibrilación ventricular tiene algo que ver con la fibrilación auricular?

No, son patologías diferentes. Una fibrilación auricular puede derivarse de problemas valvulares pero no predispone ni aumenta el riesgo de sufrir fibrilación ventricular.

8. ¿Qué hacer si la persona de la parada tiene un marcapasos?

Existen dispositivos colocados en la zona intermedia de la clavícula (a izquierda o derecha) bajo la piel. Pueden ser marcapasos, DAI o resincronizadores. En caso de detectarlos o saber que la víctima lo presenta, no cambia nada el proceder. La RCP se realiza de la misma manera y con los mismos pasos. Aún teniendo un DAI se debe colocar el DESA, ya que la máquina ha podido fallar, quedarse sin batería o los extremos de los cables han podido moverse y no funcionar.

9. ¿Se puede prescindir de hacer insuflaciones?

Las guías clínicas señalan que si el reanimador no tiene un buen entrenamiento de la vía aérea (algo muy difícil de conseguir en 4 horas de formación y que suele olvidarse pronto), se puede prescindir de insuflaciones y reanimar sólo con masaje cardiaco en el caso de RCP básica **en adultos**. En niños es muy diferente. Para ellos sí es muy necesario realizar las insuflaciones.

10. ¿Hasta cuántas veces hay que desfibrilar?

En una reanimación extrahospitalaria, lo habitual es que la ambulancia llegue pronto y como mucho se haya procedido a uno o dos choques. Sin embargo, un corazón que fibrila es un corazón vivo, por tanto hay que desfibrilar toda fibrilación. Hay reanimaciones hospitalarias donde al paciente hay que darle 40 y 50 choques eléctricos (ni mucho menos es habitual esto). Mientras fibrile, se sigue reanimando.

11. ¿Existen causas de parada imposibles de recuperar?

Sí. Especialmente rotura de aorta, disección de aorta, rotura de miocardio, hemorragia cerebral masiva, etc. Hay problemas cuya mortalidad es prácticamente del 100%. Pero eso es algo que se revela ya dentro del hospital o por parte del personal sanitario que acuda con la ambulancia. Ante la duda, siempre vamos a reanimar.

PREGUNTAS FRECUENTES EN TALLERES RCP- PRIMEROS AUXILIOS

12. ¿Si presiono el botón de descarga de un DESA por error, hace la descarga?

No. Solo emite la descarga cuando detecta fibrilación. Se indica cuando el botón parpadea y hay una alarma sonora.

GLOSARIO

DESA: siglas de Desfibrilador Semiautomático

RCP: siglas de Reanimación Cardiopulmonar

DAI: siglas de Desfibrilador Automático Implantable