

SOPORTE VITAL BÁSICO Y PRIMEROS AUXILIOS EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS

16 ENE	PAUTAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE INSPECCIÓN 
13 FEB	TECNOLOGÍA Y ROBÓTICA EN EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN Y CUIDADOS. PROPORCIONANDO AUTONOMÍA Y BIENESTAR  
13 MAR	CÓMO ACTUAR EN CASO DE INCENDIO. USO DE EXTINTORES SEGÚN EL TIPO DE FUEGO  
10 ABR	SOSTENIBILIDAD Y AHORRO: INTEGRANDO INSTALACIONES SOLARES EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA  
13 MAY	COCINA A BAJA TEMPERATURA 
12 JUN	CENTROS LIBRES DE SUJECCIONES  
17 JUL	SOPORTE VITAL BÁSICO Y PRIMEROS AUXILIOS  
18 SEP	GESTIÓN ADECUADA DE LA ROPA DE LAS PERSONAS USUARIAS: ETIQUETADO, CLASIFICACIÓN, LAVADO, ORGANIZACIÓN Y REEMPLAZO  
16 OCT	COLABORACIÓN EN LA MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y DEAMBULACIÓN DE USUARIOS  
13 NOV	SUPERVISOR/A 

HORARIO:

DE 17:30 A 19:30

TALLERES PRESENCIALES:

CENTRO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DE GALENO

Calle Doña Jimena, 9 - 33011 Oviedo

Los talleres presenciales están identificados con este icono 

WEBINARIOS:

Los webinarios están identificados con este icono  y se desarrollarán en modalidad online.

Las grabaciones de todos los talleres estarán disponibles en el área de socios de nuestra página web

ORGANIZA:



IMPARTE:

galeno 2.0

TARIFAS:

SOCIOS AARTE: GRATIS

CLIENTES GALENO: 30€

RESTO DE ASISTENTES: 50 €

RECONOCIMIENTO DE LAS SITUACIONES DE RIESGO: PROTOCOLOS Y NORMAS SOBRE CUÁNDO INTERVENIR. AVISOS A LOS PROFESIONALES



«Los talleres que impartimos en modalidad online los grabamos para poder contar con el material en otras ocasiones y la grabación de cada uno de ellos se subirá posteriormente a la página web de AARTE, al área privada al que solo tienen acceso (a través de un usuario y una contraseña) los centros Asociados. Si alguno de vosotros no está conforme que avise antes de iniciar la grabación y apague el micro y la cámara para no intervenir»

INTRODUCCIÓN



Primeros auxilios: conjunto de actuaciones, tratamientos y cuidados de emergencia y de carácter no profesional que se dan a una persona de forma inmediata y provisional en caso de accidente o enfermedad repentina. La persona que los aplica debe ante todo evitar “producir más daño”.

Se prolongan solamente hasta la llegada de personal sanitario especializado. Tienen como objetivo mantener la vida.

INTRODUCCIÓN

Debemos tener presente que “los primeros auxilios no son tratamientos médicos. Son actuaciones de emergencia para reducir los efectos de las lesiones y estabilizar el estado del accidentado”.

ORDEN DE ACTUACIÓN

EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA DEBEMOS SEGUIR LAS SIGUIENTES PAUTAS:

(P) Proteger: Proteger a la víctima y al resto de personas (tú incluido) del foco que origina el daño.

(A) Avisar: Pedir ayuda; esto es, avisar al equipo de emergencias sanitarias.

(S) Socorrer: Se trata de poner en práctica las medidas de auxilio imprescindibles para mantener con vida a la persona y dejar el resto de acciones a los profesionales.

PROTOCOLO

EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA DEBEMOS SEGUIR EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO, PROTOCOLO:

1. **Conservar la calma:** es fundamental para poder actuar de forma correcta.
2. **Evitar aglomeraciones** que podrían empeorar el contexto en que se encuentra el herido (exceso de calor, falta de ventilación o luz,...) y dificultar la actuación de los sanitarios.
3. **Imponer nuestra autoridad** en beneficio del bienestar del accidentado.
4. **No mover al paciente,** muy especialmente si ha sufrido traumatismos, a menos que sea necesario para realizar las maniobras

de RCP.

PROTOCOLO

5. **Llamar** a los servicios de emergencia a la mayor brevedad.
6. Realizar un **primer examen** al accidentado para evaluar si está en riesgo de muerte inmediata para, de ser así, intentar mantenerle con vida hasta la llegada de los servicios médicos.
7. **Tranquilizar** al paciente.
8. **Mantener al enfermo caliente**, especialmente si hay pérdida de sangre.
9. **Traslado adecuado**, evitar el traslado del herido en coche particular, podríamos agravar sus lesiones.
10. **No medicar**, sólo el médico puede medicar al paciente. **Tampoco le daremos nada de comer ni beber (ni siquiera agua).**

EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL ACCIDENTADO

PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL ACCIDENTADO DEBEMOS SEGUIR LAS SIGUIENTES PAUTAS:

Por norma, en un primer momento, deberemos realizar **una evaluación del estado del accidentado**; esto significa recabar toda la información que nos sea posible respecto al paciente y el accidente ocurrido para orientar nuestra actuación y facilitar la de los equipos médicos que posteriormente le va a atender.



EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL ACCIDENTADO

La evaluación tendrá dos fases complementarias y consecutivas:

a) Evaluación inicial del estado de la persona accidentada y del accidente ocurrido. Valoraremos sus constantes vitales:

- **Consciencia:** si está consciente o no.
- **Respiración:** comprobaremos que respira y si lo hace con alguna dificultad.
- **Circulación sanguínea:** examinaremos la actividad del corazón (si late con normalidad) y si hay hemorragias.

b) Evaluación secundaria; se trata de un examen más detenido del estado del accidentado. Comprobaremos si existen lesiones importantes: buscaremos fracturas de miembros o columna vertebral; y golpes recibidos en la cabeza tórax o espalda que pudieran producir lesiones o hemorragias internas.

CADENA DE SUPERVIVENCIA

- Ante situaciones de emergencias, es de gran valor conocer lo que se denomina cadena de supervivencia.
- Con este término, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) define “las acciones que conectan a la víctima de un paro cardíaco súbito con su supervivencia” e incluye la siguiente secuencia de a continuación.



CADENA DE SUPERVIVENCIA

SECUENCIA DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

1. Rápida **identificación** de la situación de urgencia y petición de ayuda a los servicios de emergencia.
2. Rápida aplicación de técnicas de **resucitación** cardiopulmonar (RCP).
3. **Desfibrilación**. Ya es bastante normal en instituciones y empresas contar con un Desfibrilador Externo Semi-Automático (DESA) que reconoce el ritmo cardíaco del paciente y puede realizar la desfibrilación en caso necesario.
4. **Soporte Vital Avanzado** (SVA) y tratamiento posterior a la resucitación. Tendrán como objetivo el mantenimiento de las funciones vitales, centrándose, muy especialmente, en el corazón y el cerebro. Será siempre realizado por personal sanitario con los recursos materiales necesarios.

PRINCIPIOS ÉTICOS FUNDAMENTALES

Al intervenir en una situación de emergencia se deben recordar siempre los principios éticos fundamentales que en todo momento habrán de respetarse y que son universalmente conocidos:

-Beneficencia: El móvil prioritario de la actuación es la conservación de la vida, considerándose ésta como un valor fundamental del ser humano.

-No maleficencia: Evitar toda acción que pueda tener efecto negativo sobre el bien deseado para el paciente.

-Autonomía: Respetar las decisiones del individuo sobre las actuaciones que vamos a realizar si las tuviese tomadas de antemano. En caso contrario, prevalece la decisión de los profesionales médicos.

- Justicia: Con un uso racional de los recursos al respecto de la supervivencia, pero con un respeto permanente de que “ante la duda, siempre hacer RCP (Reanimación Cardiopulmonar Básica)”.

TÉCNICAS DE ACTUACIÓN URGENTE EN CASO DE INGESTIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS, ATRAGANTAMIENTO



INTRODUCCIÓN

El atragantamiento es la **obstrucción** de la vía aérea por un cuerpo extraño. Se trata de una emergencia que puede producir la muerte en pocos minutos si no se actúa rápidamente. Impide que el oxígeno llegue a los pulmones y, por tanto, al cerebro; y la falta de oxígeno en el cerebro durante más de cuatro minutos puede provocar daño cerebral o muerte, por lo que es fundamental ser capaz de reconocer un atragantamiento y saber cómo actuar en caso de que éste se produzca.

Las **causas más comunes** de la obstrucción de la vía aérea son:

- La caída de la lengua hacia atrás durante la pérdida de conocimiento.
- La PCR (parada cardiorrespiratoria);
- La obstrucción por cuerpos extraños, como alimentos, dentadura, vómitos, sangre, etc.

MEDIDAS PARA EVITAR ATRAGANTAMIENTOS

En los adultos, generalmente se puede evitar el atragantamiento si se adoptan algunas precauciones como:

- Cortar los alimentos en trozos de un tamaño adecuado.
- Comer despacio y en un ambiente relajado.
- Masticar bien los alimentos antes de intentar tragarlos.
- Procurar no hablar ni reír mientras se mastica o traga.
- Al comer, sentarse con la espalda recta.
- Evitar movimientos bruscos de cabeza mientras se mastica y traga.
- Evitar el consumo excesivo de alcohol antes y durante las comidas.

INTERVENCIÓN CUANDO SE PRODUCE UN ATRAGANTAMIENTO

Procedimiento a aplicar en caso de obstrucción de las vías aéreas:

- En un primer momento, animar al sujeto a toser. La tos aumenta la presión en la vía aérea y puede provocar la expulsión del cuerpo extraño.
- Cuando la tos es ineficaz, se deben dar 5 golpes en la espalda entre los omoplatos o interescapulares. Para ello, el profesional debe colocarse al lado y ligeramente detrás del paciente, inclinándolo a éste hacia delante y sujetándole con un brazo por la cintura.
- Si no se resuelve, se realizará la **maniobra de Heimlich**.

INTERVENCIÓN CUANDO SE PRODUCE UN ATRAGANTAMIENTO

MANIOBRA DE HEIMLICH



- El sanitario se coloca detrás de la persona rodeándola con los brazos por debajo de las costillas.
- Pondrá el puño de una mano a la altura del epigastrio; esto es, entre el ombligo y el apéndice xifoides (final del esternón), con el lado del pulgar apoyado sobre el abdomen.
- Con la otra mano, debe sujetar el puño así colocado.

INTERVENCIÓN CUANDO SE PRODUCE UN ATRAGANTAMIENTO

A continuación, comprimirá el abdomen con un impulso rápido y enérgico hacia atrás y hacia arriba. La compresión aumenta indirectamente la presión intratorácica, imitando el mecanismo de la tos. Produce una reducción del espacio torácico haciendo que los pulmones expulsen el aire, lo que debe ayudar a la salida al exterior del cuerpo extraño.

- Esta técnica se debe repetir 5 veces, alternando con las palmadas interescapulares si la vía aérea siguiera obstruida, hasta la expulsión del cuerpo extraño.

Si el cuerpo extraño es accesible se hará un barrido digital(con los dedos)por la garganta del paciente, usando el dedo índice a modo de gancho. Antes de iniciarla hay que estar seguro de que sabremos ponerla en práctica ya que, de lo contrario, se corre el riesgo de introducir mas el cuerpo extraño.

INTERVENCIÓN CUANDO SE PRODUCE UN ATRAGANTAMIENTO

Si el individuo pierde el conocimiento, también se puede poner en práctica la maniobra de Heimlich, esta vez con el paciente en el suelo en decúbito supino; colocaremos la mano a la altura del epigastrio y presionaremos con fuerza para intentar la expulsión del cuerpo extraño.

INTERVENCIÓN CUANDO SE PRODUCE UN ATRAGANTAMIENTO

Si el paciente no reacciona

Se harán maniobras de SVB o soporte vital básico:

- Se tumbará a la persona en decúbito supino.
- Se pedirá ayuda y se alertará a los servicios de emergencia.
- Seguidamente, el reanimador debe comenzar con las maniobras de RCP .



TÉCNICAS DE ACTUACIÓN URGENTE EN CASO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA



INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria o PCR es una de las causas más frecuentes de muerte en Europa.

Conocer el protocolo básico de actuación ante dicha emergencia, contribuirá a salvar vidas.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) Se define como “el cese de la actividad mecánica cardíaca” acompañada de “falta de consciencia, pulso y respiración”.

La reanimación (o resucitación) cardiopulmonar o RCP es el conjunto de maniobras realizadas para reemplazar la función cardíaca y respiratoria de una persona que se encuentra en PCR.

INTRODUCCIÓN

Dos niveles de actuación:

- El **soporte vital básico**. No requiere equipamiento alguno y consiste en la aplicación de las siguientes técnicas: apertura de vías aéreas, ventilación boca a boca y masaje cardíaco. Incluye la alerta a los servicios de emergencia y la actuación ante otras situaciones tales como hemorragias, atragantamiento, pérdida de conocimiento y traumatismo grave.
- El **soporte vital avanzado**. Se emplean técnicas que sólo pueden ser desarrolladas por personal sanitario cualificado, como canulación venosa, intubación orotraqueal, ventilación mecánica y administración de fármacos.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

El Soporte Vital Básico (SVB) lo constituyen las actuaciones encaminadas a sustituir las funciones respiratorias y circulatorias.

Su objetivo fundamental es simplificar al máximo el algoritmo de actuación para que sea sencillo y fácil de recordar. Así, se aplica una regla nemotécnica a la que se denomina el “ABC” de la reanimación, la cual ha incluido también actuaciones a realizar bajo la letra “D”.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

“**A**” - Apertura de las vías aéreas para que se mantengan permeables.

“**B**” - Boca-boca, para proporcionar un soporte a la respiración.

“**C**” - Circulación o masaje cardíaco manual.

“**D**” - Desfibrilar.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

Secuencia de SVB en adultos.

1. Valoración del estado de consciencia. Actuación.

Antes de ayudar a nadie es necesario asegurar la escena, evitando riesgos para el paciente y también para el reanimador.

Inicialmente se comprueba el nivel de consciencia. El reanimador se aproxima y habla al paciente. Le pregunta “¿Cómo está?” “¿Qué le ha ocurrido?”

Si no responde, se insistirá elevando más la voz (incluso gritando) y sacudiéndole los hombros. Si responde y las respuestas son incoherentes, estaremos ante un estado de consciencia alterado y, posiblemente, ante una persona en grave riesgo.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Por tanto, el reanimador se puede encontrar dos situaciones, debiendo actuar de forma diferente ante cada una de ellas:

1.1. El paciente está consciente y responde. En este caso, el reanimador deberá:

1. Dejar al paciente en la posición en la que se le encontró SIN moverle.
2. Alertar al servicio de urgencias.

Se reevaluará la situación frecuentemente.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

1.2. El paciente no está consciente (no responde). En este caso el reanimador deberá:

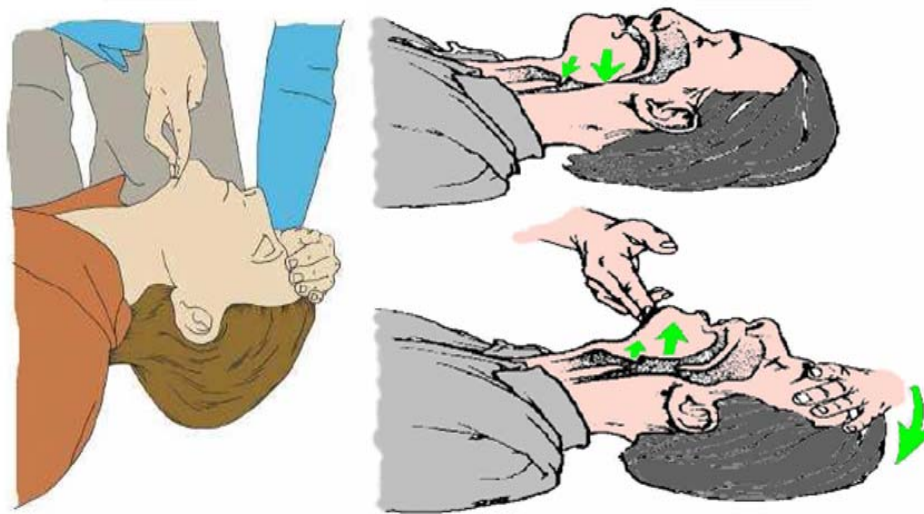
1. Pedir ayuda y alertar al servicio de urgencias.

2. Realizar la apertura de la vía aérea (boca, faringe, laringe, tráquea y pulmones) para garantizar que el paciente pueda respirar. Se trata de mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, para lo que se pondrá en práctica la maniobra frente-mentón. En la maniobra frente-mentón se coloca al paciente en decúbito supino (boca arriba, con la espalda apoyada sobre plano horizontal y con los miembros extendidos) apoyando una mano sobre la frente para echar la cabeza hacia atrás, hiperextendiendo el cuello y, con el dedo índice y medio o corazón de la se eleva el mentón para abrir la vía aérea.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

MUY IMPORTANTE

- NUNCA se realizará la maniobra frente-mentón cuando se sospeche que puede existir traumatismo con afectación de columna.
- En este caso, solamente se realizará tracción de mandíbula(empujaremos suavemente la mandíbula hacia abajo para favorecer la permeabilidad de las vías aéreas, no se realizara tracción alç



SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

2. Valoración de la ventilación y de la actividad cardíaca. Actuaciones.

Manteniendo la maniobra frente-mentón, se comprueba durante unos 10 segundos si el paciente respira, intentando no confundir las bocanadas o respiración agónica con una respiración efectiva. Para dicha comprobación, el reanimador debe aproximar la mejilla a la boca del paciente para ver, oír y sentir:

- Ver cómo se eleva el tórax.
- Oír la salida del aire.
- Sentir en la mejilla el aire espirado.
- En este momento, el reanimador se puede encontrar ante distintas situaciones. Según cada una de ellas, deberá actuar de forma distinta.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS



2.1. El paciente respira pero está inconsciente. Se actuará de la siguiente forma:

- Colocar al paciente en posición lateral de seguridad.
- Pedir ayuda a los servicios de urgencias.
- Controlar la respiración de manera frecuente.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

Como colocar al paciente en posición lateral de seguridad.

1. Retirar todos los objetos que puedan causar lesión a la persona que está siendo atendida (ej. gafas).
2. El reanimador se colocará de rodillas al lado del paciente, que estará en decúbito supino con las extremidades en extensión y alineadas.
3. Colocar el brazo del paciente más próximo al reanimador en ángulo recto al cuerpo, con el codo doblado también a 90° y la palma hacia arriba.
4. Cruzar el otro brazo del paciente sobre el pecho, poniendo la palma de su mano sobre el hombro contrario.
5. Flexionar la pierna del paciente que se encuentre más alejada del reanimador, apoyando el pie en el suelo.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

Como colocar al paciente en posición lateral de seguridad.

6. Colocar una mano en la rodilla recién flexionada del paciente y otra en su hombro más alejado, volteando al paciente hacia el reanimador, sobre un eje que pasaría por su columna.
7. Poner la mano del paciente bajo su mejilla a modo de almohada.
8. Colocar la pierna superior del paciente de tal forma que tanto la cadera como la rodilla queden el ángulo recto.
9. Comprobar que la cabeza del paciente queda ligeramente hacia atrás, para mantener la vía aérea permeable.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

2.2. Si el paciente no respira.

1. Pedir ayuda y llamar a los servicios de emergencias.

2. El reanimador debe comenzar la RCP cuando verifique que la víctima está inconsciente (no responde a la llamada) y no observe una «respiración normal», sin necesidad de comprobar la existencia o no de pulso. Para aclarar este punto, nos referiremos al hecho de que se ha demostrado que la detección del pulso por personal no profesional es inexacta, pudiendo llegar a retrasar el inicio de la RCP (que siempre debe comenzar por las compresiones y no por las ventilaciones) ante las dudas que pudieran surgir al reanimador por su falta de conocimientos y experiencia.

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

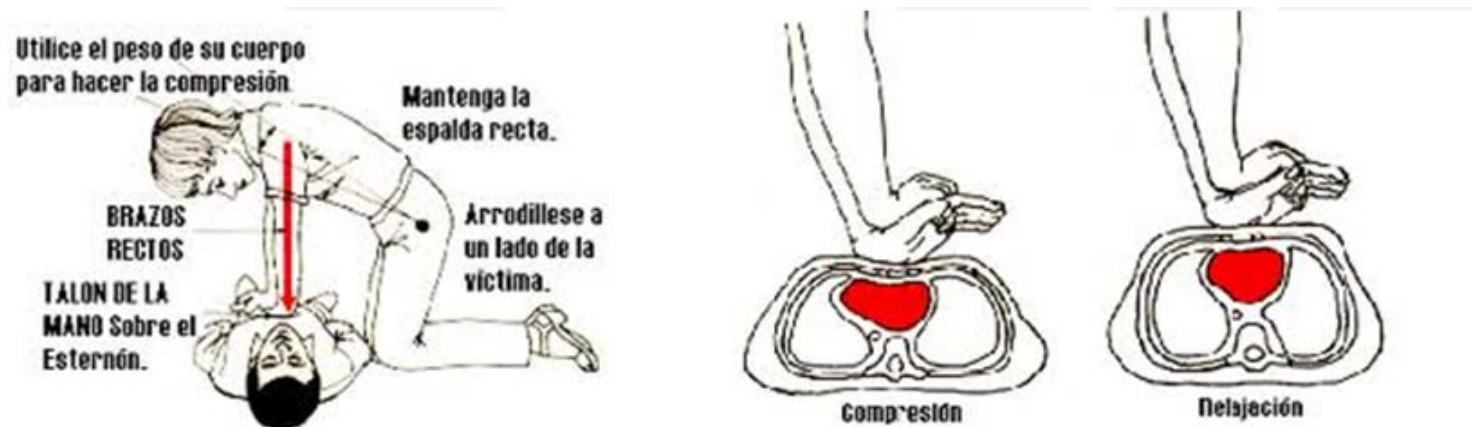
Se actuará de la siguiente forma:

- Colocar al paciente en decúbito supino sobre superficie lisa y dura.
- La persona que esté haciendo la reanimación se situará de rodillas junto al paciente, descubriéndole tórax y colocando el talón de una mano en el centro del pecho sobre el tercio inferior del esternón.
- El talón de la otra mano debe situarse sobre la mano ya colocada, entrecruzando los dedos de ambas, para realizar la compresión exclusivamente sobre los talones.
- Posteriormente, el reanimador debe situarse en la vertical del paciente con los brazos estirados, presionando sobre el esternón para hundirlo unos 4 ó 5 cm, utilizando para ello su propio peso.
- Entre las compresiones, el reanimador debe relajar su cuerpo sin perder el contacto con el pecho del paciente.
- El ritmo debe ser de 100 compresiones/minuto.
- Cada 30 compresiones, se deben realizar dos ventilaciones efectivas (secuencia 30:2)

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

MUY IMPORTANTE

- Se recomienda continuar la RCP o reanimación cardiopulmonar, hasta que lleguen los servicios de emergencia o el paciente se recupere.
- Si existen dudas sobre si la respiración es normal o no, se debe actuar como si NO lo fuera.
- Si hay más de un reanimador, es conveniente que se vayan alternando para evitar la fatiga.



SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

MUY IMPORTANTE

- Si el paciente hubiese sufrido un traumatismo o una contusión **NUNCA** se le moverá, ni siquiera para colocarle en posición de seguridad.

Se procederá a avisar inmediatamente a los servicios de emergencia.

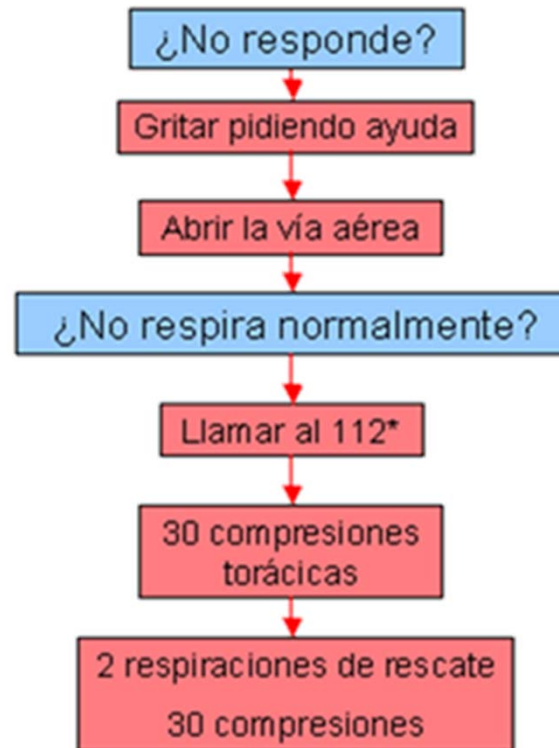
- Los procedimientos a aplicar para el SVB deberían ser conocidos por toda la población; especialmente por los profesionales que, sin ser sanitarios, podrían encontrarse con cierta probabilidad ante personas que requirieran de esta asistencia, como policías, bomberos, o trabajadores de centros asistenciales.



SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB). SECUENCIA DE SVB EN ADULTOS

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Soporte vital básico de adultos



*o al número de emergencias nacional

EL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO (DESA)

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

En muchos lugares (aeropuertos, gimnasios, lugares de trabajo...) se dispone ya de un desfibrilador externo semiautomático (DESA), el cuál puede ser utilizado por personal no sanitario que, eso sí, deberá recibir formación para aprender su manejo. Además, el DESA suele dar de forma hablada las instrucciones a seguir para su utilización una vez se halle conectado.



EL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO (DESA)

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Con el DESA, normalmente, se pueden realizar las siguientes actuaciones:

- Medir el ritmo cardíaco.
- Proporcionar una descarga al paciente si es necesario.
- Recibir instrucciones habladas sobre lo que la persona que aplica la desfibrilación debe hacer.

EL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO (DESA)

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Ante una parada cardíaca, deberemos actuar según los siguientes pasos que detallamos:

- Si el paciente está inconsciente y no respira, conectaremos el DESA y seguiremos las instrucciones que el aparato nos irá transmitiendo de forma hablada.
- Colocaremos los parches autoadhesivos directamente sobre el pecho de la persona en contacto directo con la piel seca (si el paciente lleva ropa, se la retiraremos; si el tórax está mojado, lo secaremos). Uno de los parches se colocará bajo la clavícula derecha; el otro, en el costado izquierdo a unos 10 cm por debajo de la axila.
- El DESA comenzará por analizar el ritmo cardíaco del paciente y, si éste indica fibrilación ventricular o alguna otra anomalía, dará la instrucción de presionar el botón para administrar una descarga.

SOPORTE VITAL BÁSICO Y PRIMEROS AUXILIOS EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO (DESA)

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Ante una parada cardíaca, deberemos actuar según los siguientes pasos que detallamos:

- El DESA procederá a una nueva valoración del ritmo cardíaco. Por su parte, el reanimador iniciará de nuevo las maniobras de RCP.
- De forma inmediata, y antes de cualquier otra actuación, se alertará al sistema médico de emergencia llamando al 112 o al número local de emergencias.
- A continuación, y sin perder tiempo, se iniciarán las compresiones torácicas alternando con las ventilaciones, en secuencia 30:2 (30 compresiones - 2 ventilaciones).
- Si el paciente está inconsciente y no respira, conectaremos el DESA y seguiremos las instrucciones que el aparato nos irá transmitiendo de forma hablada.

EL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO (DESA)

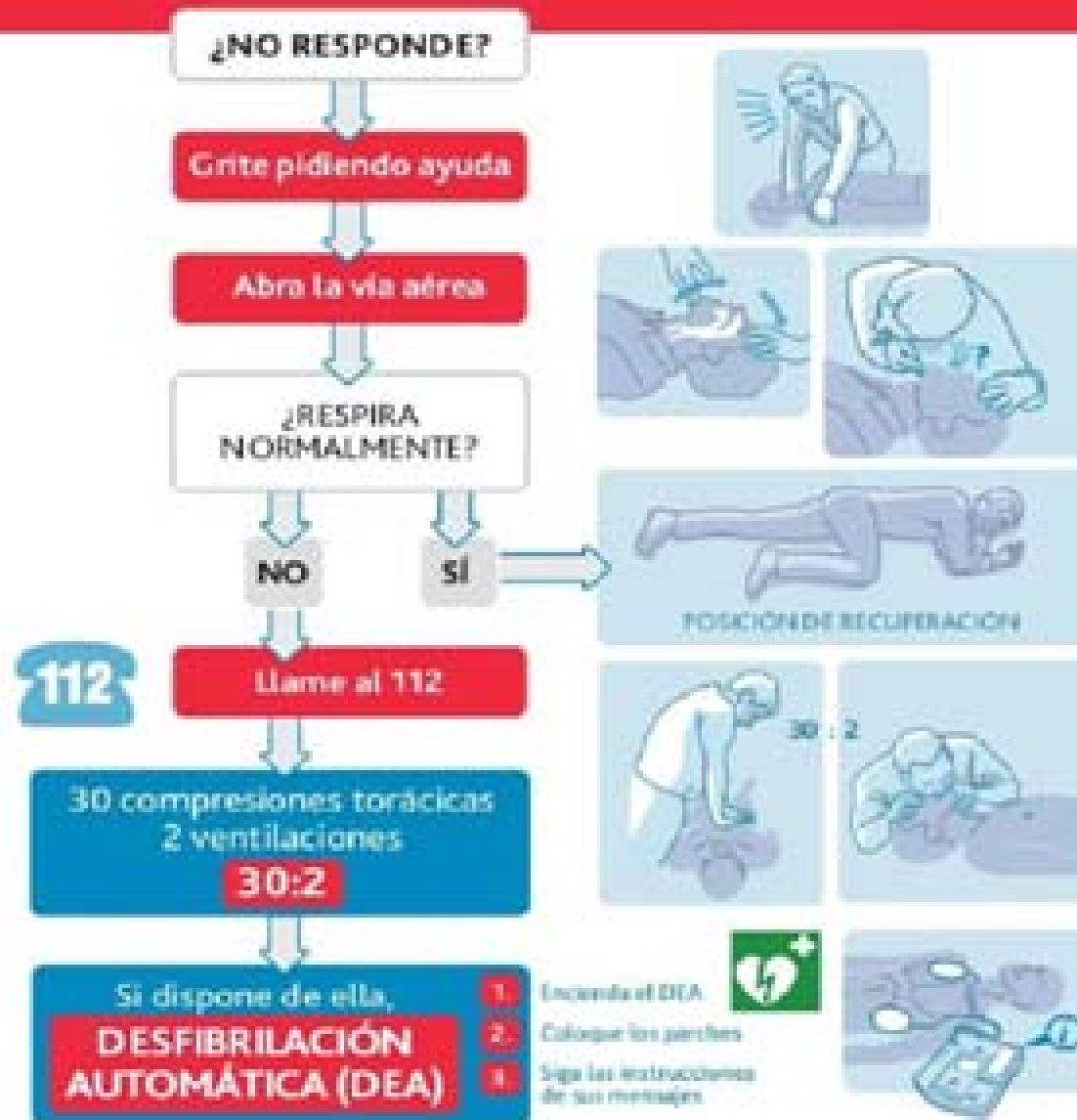
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

PRECAUCIONES:

- Antes de realizar la descarga, el reanimador se asegurará de que ninguna persona esté en contacto con el paciente.
- El paciente no está en contacto con nada metálico.
- Mientras el DESA está analizando el ritmo cardíaco o va a desfibrilar nadie debe estar tocando al paciente.
- Si el paciente posee parche de medicación, debe ser retirado.
- Si el paciente es portador de un marcapasos o desfibrilador interno, colocar el electrodo a 10 cm de distancia de dicho dispositivo.

Soporte Vital Básico

(SEGÚN RECOMENDACIONES 2010 DEL EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL)



TÉCNICAS DE ACTUACIÓN URGENTE EN CASO DE TRAUMATISMOS. VENDAJES E INMOVILIZACIONES



INTRODUCCIÓN

El sistema osteomuscular humano está formado por los huesos, las articulaciones y los músculos que, de forma conjunta, nos permiten realizar movimientos.



INTRODUCCIÓN

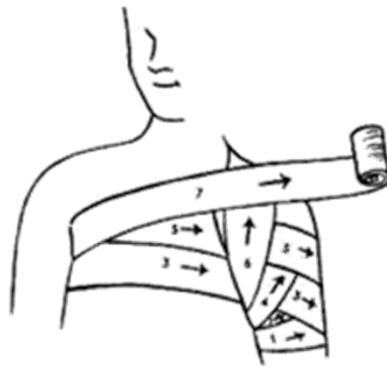
Se habla de **traumatismo** cuando el organismo sufre una lesión como consecuencia de una agresión por parte de un agente físico o mecánico, generalmente externo.

Según la zona afectada se clasifican en:

- Traumatismos articulares
- Traumatismos óseos

TRAUMATISMOS ARTICULARES

- **Esguince:** Inmovilizar la articulación afectada mediante vendaje ligeramente compresivo. Elevar la articulación afectada y mantenerla en reposo. Aplicar frío local (no directamente sobre la piel). Valoración de personal facultativo y tratamiento definitivo. Separación momentánea de las superficies articulares.
- **Luxación:** Inmovilizar la articulación afectada en la posición en que la encontremos. No intentar reducir la luxación, es decir, no intentar colocar el hueso en su sitio. Separación permanente de las superficies articulares (el hueso se sale de su sitio)



TRAUMATISMOS ÓSEOS

Fractura: Es la pérdida de continuidad en un hueso. Avisar al servicio de emergencias que llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- **Explorar** la movilidad, sensibilidad y pulso distal.
- **Inmovilizar** la fractura con férula rígida (material de inmovilización) si se dispone de ella, desde la articulación anterior hasta la posterior al foco de fractura, sin reducir y evitando movimientos bruscos.
- Si la fractura fuese abierta, **cubrir** la herida con apósito estéril y compresivo.
- **Traslado** del paciente para su valoración y tratamiento por parte de personal facultativo.

TRAUMATISMOS ÓSEOS

Traumatismos de cráneo y cara. Son siempre potencialmente importantes ya que, dependiendo de su gravedad, pueden afectar al SNC y, por tanto, a las funciones vitales.

NO mover al paciente. Retirar anillos y pulseras. Avisar al servicio de emergencias que se encargará de: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea (apertura de las vías respiratorias), con control de la columna cervical. Vigilar constantes vitales (tensión arterial, pulso y respiración). Trasladar al paciente a centro hospitalario para valoración facultativa. En todo momento, los equipos de emergencia manipularán a la persona con sumo cuidado, manteniendo siempre el eje cabeza-cuello-tronco.

TRAUMATISMOS ÓSEOS

Traumatismo de columna vertebral

- **NO mover al paciente.**
- Avisar al servicio de emergencias que se encargará de:
 - Mantener la permeabilidad de la vía aérea (apertura de las vías respiratorias), con control de la columna cervical.
 - Vigilar constantes vitales (tensión arterial, pulso y respiración).
 - Inmovilizar al paciente antes del traslado, que SIEMPRE se realizará sobre superficie rígida y plana.
 - Trasladar al enfermo a un servicio de urgencias para que su evaluación por especialistas facultativos.
 - Se manipulará al paciente manteniendo siempre el eje cabeza-

TRAUMATISMOS ÓSEOS

Politraumatismo

En estos casos, es fundamental realizar una buena valoración inicial del paciente, que será de dos tipos:

- Primaria: consciencia, respiración y circulación.
- Secundaria: Por aparatos, para determinar el alcance de las lesiones, establecer prioridades de actuación (mantenimiento de constantes vitales y RCP si fuese necesario), adoptar las medidas necesarias según el caso (control de hemorragias, estabilizar fracturas, tratar heridas y quemaduras, etc.) y asegurar el traslado a un servicio de urgencias (inmovilizado y sobre superficie rígida y plana).

VENDAJES E INMOVILIZACIONES

Los vendajes son procedimientos que tienen como objetivo cubrir con una venda (porción de gasa, tela o cualquier otro material) una zona lesionada, como heridas o quemaduras. También sirven para sostener e inmovilizar una parte del cuerpo (fracturas, luxaciones y esguinces).

VENDAJES E INMOVILIZACIONES

VENDAJES E INMOVILIZACIONES. TIPOS

Circular



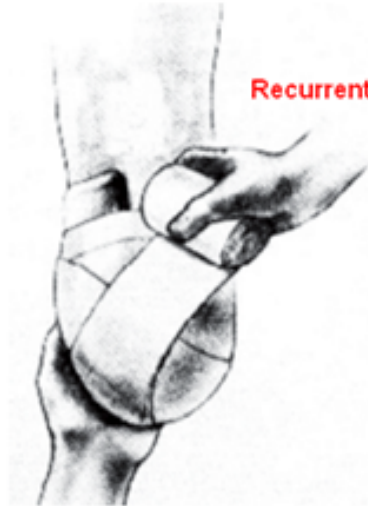
En 8



Espiga



Recurrente



Cabestrillo



Espiral



VENDAJES E INMOVILIZACIONES

Principios básicos de las inmovilizaciones

Las **inmovilizaciones**, para cumplir su función y evitar causar daño al paciente, deberán regirse en todos los casos por una serie de principios básicos, que son:

- **Mantener** las líneas y ejes del cuerpo, así como la posición funcional de las articulaciones.
- Estas **posiciones** funcionales son:
 - Codos. En ángulo recto.
 - Dedos de las manos. En flexión.
 - Muñecas. En discreta flexión.
 - Rodillas. En discreta flexión.
 - Tobillos. En ángulo recto.

VENDAJES E INMOVILIZACIONES

Principios básicos de las inmovilizaciones

- **Colocar** algodón sobre las prominencias óseas.
- **No reducir** fracturas.
- **Inmovilizar** las articulaciones por encima y por debajo de la zona afectada. En caso de fractura en articulación, inmovilizar también los huesos por encima y por debajo.
- La venda no debe estar excesivamente **apretada ni floja**.
- **Si existe herida**, colocar apósito estéril antes de inmovilizar.

VENDAJES E INMOVILIZACIONES

Principales inmovilizaciones a realizar antes de proceder al traslado del paciente:

A. En la extremidad superior.

- En cabestrillo, con pañuelos triangulares o la ropa de la propia víctima.
- Con soportes rígidos.
- Con ambos sistemas.
- Con férula neumática (se infla con aire) o de vacío (se retira todo el aire con ayuda de un aspirador para hacer vacío), si disponemos de ella.

VENDAJES E INMOVILIZACIONES

B. En la tibia y peroné.

- Con férulas rígidas a ambos lados y acolchamiento de los laterales.
- Con la otra pierna y acolchamiento intermedio.
- Con férula neumática o de vacío.

C. De rótula.

- Con una férula rígida situada en la parte posterior y acolchamiento.
- Con férula neumática o de vacío.

TRAUMATISMOS. VENDAJES E INMOVILIZACIONES

D. De fémur.

- Con férulas rígidas a ambos lados y acolchamiento de los laterales. La férula externa ha de llegar más arriba de la cintura, de forma que permita atarla en la pelvis y en el abdomen.

E. De columna.

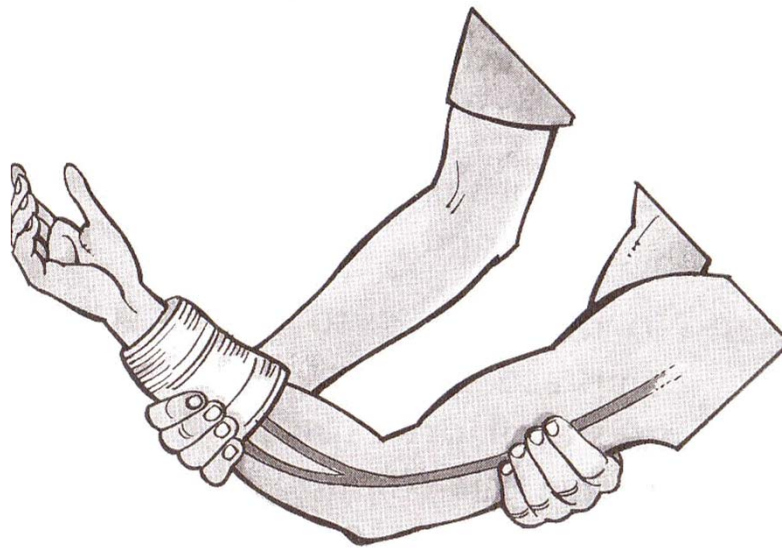
- Con soporte rígido.
- Con collarín cervical y tabla espinal (si disponemos de ellos)

TÉCNICAS DE ACTUACIÓN URGENTE EN CASO DE HEMORRAGIAS EXTERNAS



INTRODUCCIÓN

Se denomina **hemorragia** a la salida de sangre de los vasos sanguíneos que normalmente la contienen y que la transportan por todo el cuerpo; es decir, una hemorragia es la salida de la sangre fuera de su normal continente, que es el sistema cardiovascular, el cual es un sistema cerrado.



INTRODUCCIÓN

Existen tres tipos de hemorragias, según la **salida de sangre**:

- **Externa**: se produce cuando la sangre sale fuera de nuestro organismo, a través de una herida en la piel.
- **Interna**: aquella en la que la sangre queda dentro del organismo.
- **Exteriorizada**: la sangre sale fuera a través de los orificios naturales del cuerpo.

INTRODUCCIÓN

Dependiendo del **vaso sanguíneo lesionado**, las hemorragias se pueden clasificar en:

- **Hemorragia arterial:** la sangre es de color rojo brillante (sangre oxigenada). Su salida es abundante y de forma intermitente, como a borbotones, coincidiendo con cada latido del corazón.
- **Hemorragia venosa:** la sangre es de color rojo oscuro o granate (sangre no oxigenada). Su salida es continua pero sin fuerza, de escasa o abundante cantidad.
- **Hemorragia capilar:** de poca cuantía, se puede controlar fácilmente. Compromete a los vasos sanguíneos superficiales y de fino calibre que irrigan la piel.

INTRODUCCIÓN

La gravedad de una hemorragia va a depender de la **cantidad de sangre y de la duración** de la misma. En este sentido, las hemorragias se pueden clasificar en:

- **Hemorragia aguda**, se pierde gran cantidad de sangre en poco tiempo, siendo muy grave.
- **Hemorragia crónica**, menos grave debido a que el organismo es capaz de adaptarse a ella a través de mecanismos fisiológicos. La cantidad puede ser también grande.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE HEMORRAGIAS EXTERNAS

- Tumbbar al paciente en caso que éste se encuentre de pie, colocándole en una posición cómoda que nos permita trabajar sobre la hemorragia.
- Descubrir la zona donde se encuentra la lesión para poder hacer una valoración de la herida y tipo de hemorragia.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE HEMORRAGIAS EXTERNAS

Para controlar la hemorragia, podremos llevar a cabo distintas actuaciones según las características de ésta y el lugar donde se localice su origen:

- a) Presión directa.
- b) Elevación del miembro, el miembro afecto se elevará por encima del corazón para disminuir la presión en la zona.
- c) Presión directa sobre la arteria. Si el miembro afecto es el superior se comprimirá la arteria braquial, situada en la cara interna del tercio medio del brazo. En el caso del miembro inferior, se aplica la compresión en la arteria femoral, en la parte media del muslo de la ingle. Esto reduce la circulación de la sangre en todo el miembro, no solo en la zona afectada.
- d) Torniquete. Esta contraindicado porque puede provocar lesiones secundarias por falta de riego sanguíneo.

