

CAPÍTULO 24

PRIMEROS AUXILIOS

OBJETIVOS DE ESTE CAPÍTULO

Este capítulo pretende establecer las bases teóricas de las intervenciones en el auxilio de víctimas en cualquier tipo de incidente. Todos los primeros auxilios descritos en este capítulo suponen la intervención de los bomberos, como socorristas, hasta tanto se presenta en la escena un servicio médico.

Los bomberos deben solicitar al inicio de cada intervención ayuda médica especializada, pero no siempre esta ayuda estará disponible, o no llegará a tiempo. Por ello es fundamental que todo bombero conozca los procedimientos básicos para prestar auxilio a una víctima en peligro.

FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS PARA BOMBEROS

Aunque algunos Servicios de Bomberos disponen de su propio departamento sanitario que acude también a los incidentes para atender a posibles víctimas, hay muchos otros Servicios que no disponen de este tipo de unidades. En tales casos, debe siempre solicitarse la presencia de un servicio médico ajeno en la escena del incidente, y deben tenerse acuerdos de colaboración mutua con las entidades que dispongan de ellos.

Los servicios de emergencia médica deben ser avisados inmediatamente que se tenga conocimiento de la presencia de cualquier tipo de víctima. No obstante lo anterior, en la intervención en emergencias con víctimas, los bomberos pueden ser los primeros en llegar a la escena del incidente.

Por ello todo bombero debe tener, al menos, unos conocimientos mínimos para conseguir estabilizar y/o reanimar a una víctima, hasta tanto se hagan cargo de ella los servicios de emergencia médica. Todo bombero debe ser consciente de que su intervención puede producir un agravamiento de las lesiones de una víctima si su actuación es incorrecta, por lo que debe procurar asistencia médica inmediata y no confiar en sus conocimientos sobre primeros auxilios, que debe emplear con máxima precaución.

En algunas circunstancias no se dispondrá de un servicio de emergencia médica extrahospitalaria, y deberá trasladarse a la víctima al hospital para que allí reciba los cuidados médicos. No sólo será este el caso de una zona que no esté cubierta por servicios sanitarios ex-



Figura 24.1. El bombero debe tener conocimientos de primeros auxilios, porque a veces no habrá personal sanitario en la escena de un incidente.

trahospitalarios, sino que también puede ser el caso de incidentes con múltiples víctimas en los que los servicios sanitarios se vean desbordados, o en casos de grandes catástrofes.

No obstante puede existir la posibilidad de conseguir asesoramiento médico por teléfono, para asegurar que la atención a una víctima se realiza con garantías cuando no hay personal sanitario en la escena.

Si no es posible esperar la llegada de un servicio de emergencia médica a la escena del incidente y hay que efectuar el traslado a un hospital sin apoyo médico, la movilización de la víctima debe realizarse con suma precaución, tratando de evitar un agravamiento de las lesiones. Debe tenerse especial precaución con víctimas que puedan haber sufrido un traumatismo a nivel del cuello. Si ha habido fractura de vértebras y la manipulación es incorrecta, puede producirse un seccionamiento de la médula que puede resultar fatal o producir parálisis irreversibles.

El bombero siempre debe considerar prioritaria su propia seguridad y solo debe comprometerla en casos muy extremos.

Uno de los riesgos a tener en cuenta cuando se atiende a cualquier víctima es la posibilidad de contagio de una enfermedad infecciosa por el contacto con sangre o fluidos corporales de la víctima. Para evitarlo se deben tener en cuenta las precauciones universales citadas en el capítulo sobre la seguridad en las intervenciones.

La actuación de los bomberos ante una víctima debe responder al esquema siguiente:

- Asegurar la escena. Si es preciso realizar una extracción de emergencia
- Cerciorarse de que la ayuda médica está en camino
- Evaluar a la víctima, comprobando si tiene alguna hemorragia importante y contenerla, si la tiene.
- Si la víctima está consciente, completar la evaluación, colocar en posición de seguridad y esperar la ayuda médica.
- Si la víctima está inconsciente, comprobar la respiración y pulso:
 - Si respira y tiene pulso, colocar en posición de seguridad y esperar la ayuda médica.
 - Si no respira, pero sí tiene pulso, hacer reanimación respiratoria.
 - Si no respira ni tiene pulso, hacer reanimación cardiopulmonar.

Aunque el rescate de víctimas debe ser siempre prioritario, ello no debe significar que se anteponga el rescate a la seguridad.

Si no se actúa con precaución, una víctima puede sufrir un agravamiento de sus lesiones y un bombero puede llegar a transformarse también en víctima.

Así pues, la actuación de los bomberos ante la asistencia a una víctima debe comenzar por la supresión de

todo peligro o riesgo remanente que pueda ocasionar accidentes secundarios.

Tener presente los principios de seguridad en un incidente con víctimas asegurará una protección eficaz del bombero, de la víctima y de los demás.

Como en toda intervención, la primera tarea será evaluar cuidadosamente la situación.

A continuación deberá asegurarse la escena.

Por ejemplo en un accidente en carretera será preciso disponer los vehículos propios en la vía de modo que generen un espacio de seguridad para los bomberos, evitando que otro vehículo pueda arrollar a alguien que esté trabajando en la escena. A continuación habrá que prevenir otros riesgos secundarios: de incendio, desconectando la batería y teniendo a mano un extintor, y de lesiones por movimientos inesperados del vehículo donde está la víctima asegurando éste si está en una posición inestable.

Las tareas de estabilización de la escena pueden simultanearse con las de estabilización de la víctima, en función de lo observado en la evaluación inicial.

La formación del bombero en primeros auxilios también debe servir para proporcionar información adicional

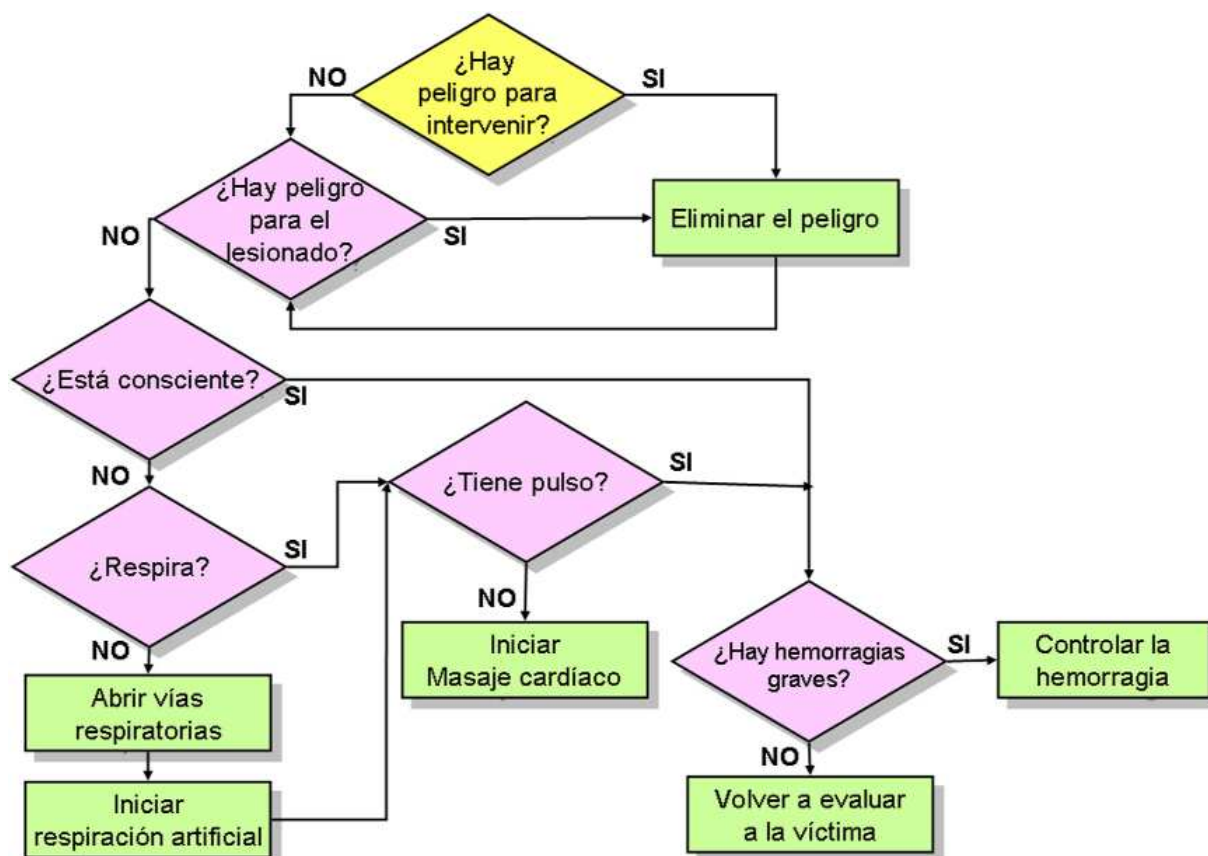


Figura 24.2. Diagrama de flujo correspondiente a las tareas a realizar para tratar a un accidentado.

a los servicios médicos que están en camino a la escena del incidente.

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE EMERGENCIA DE LAS VÍCTIMAS

No se debe desplazar a una víctima sin adoptar medidas para evitarle lesiones, a no ser que exista una razón de urgencia.

Las técnicas de extracción de urgencia son peligrosas y por eso no deben utilizarse salvo para alejar a una víctima de un peligro vital, real e inminente. Por ejemplo, en el caso de un vehículo en llamas, si no se puede apagar el incendio rápidamente, habrá que sacar a la víctima.

Pero el riesgo de incendio que supone una fuga de gasolina no debe ser motivo suficiente, si no hay garantías de extraer a la víctima sin lesiones; deben tomarse medidas para que el riesgo de incendio no se materialice en un incendio real, por ejemplo desconectando la batería, evitando cualquier fuente de ignición y teniendo a personal con extintores preparados.

Una extracción rápida es también aconsejable cuando la víctima está en parada cardíaca, ya que la reanimación con masaje cardíaco debe hacerse estando la víctima sobre un plano duro.

Cualquier movilización de una víctima accidentada debe realizarse intentando que el cuello no se mueva, o que se mueva lo mínimo posible. Si hay fractura cervical, una movilización incorrecta puede producir un secionamiento de la médula espinal cuyas consecuencias pueden ser parálisis irreversibles, o incluso puede ser fatal.

Uno de los casos en los que puede ser necesaria una extracción de urgencia de una víctima puede ser un accidente de tráfico en el que haya peligro inminente para el conductor o un pasajero, si por alguna circunstancia excepcional no se puede realizar una maniobra de rescate convencional.

En el caso de que haya que realizar una extracción de urgencia del conductor de un vehículo accidentado, debe ante todo tenerse en cuenta no ponerse uno mismo en peligro. En esta caso, la actuación del bombero que actúe como socorrista debe seguir las siguientes pautas:

- Deberá liberar los pies de la víctima, si están bloqueados por los pedales, y soltar, o cortar el cinturón de seguridad.
- Se situará agachado a la altura del asiento del vehículo, perpendicular a la víctima.

- Pasará la mano izquierda bajo la axila izquierda de la víctima, tratando de sujetar su mentón en una pequeña horquilla formada por el pulgar y el índice para evitar movimientos del cuello que puedan ocasionar una lesión cervical irreversible.
- A continuación apoyará la cara sobre la mejilla de la víctima para bloquear la cabeza de ésta, de modo que se mantenga siguiendo el eje del cuerpo.
- Pasará el brazo derecho por detrás de la espalda de la víctima, pasando bajo la axila derecha, para sujetarla por la cintura, bloqueando la cabeza de la víctima con el hombro propio.
- Hará girar a la víctima un cuarto de vuelta, y se enderezará haciendo fuerza con los muslos.
- Sacará entonces a la víctima del asiento, tirando hacia atrás, para llevarla a una zona de seguridad.
- En lugar seguro sentará a la víctima, agachándose, de modo que la rodilla del mismo lado que la mano que sostiene su mentón, se apoye en el suelo, y la cara interna del muslo opuesto sirva de respaldo a la víctima.
- A continuación la mano que sostiene su cintura, se suelta y se coloca bajo su nuca.
- El muslo, que soporta su espalda se aparta y se estira a la víctima con precaución, manteniendo su mentón y su nuca bloqueados, respetando el eje: cabeza, cuello, tronco.
- Finalmente, evaluará el estado de consciencia de la víctima.



Figura 24.3. Maniobra de inmovilización para extracción de urgencia del conductor de un vehículo.

Páginas suprimidas en esta muestra

Si hay dos bomberos y la víctima no tiene lesiones cervicales puede realizarse el transporte por las extremidades:

- un bombero se coloca junto a la cabeza de la víctima, y el otro junto a los pies
- el bombero de la cabeza se arrodilla y desliza sus brazos bajo los brazos de la víctima y alrededor del pecho, sujetando con una mano su otra muñeca,
- el bombero de los pies se arrodilla entre las piernas de la víctima, sujetándola bajo las rodillas,
- a la orden del bombero de la cabeza, los dos se levantan simultáneamente y transportan a la víctima a una zona segura.

Si la víctima tiene lesiones de columna su traslado puede hacerse con una tablero espinal, una camilla rí-

gida o incluso con la hoja de una puerta, pero se necesitarán cuatro bomberos para un traslado seguro al tablero:

- un bombero se sitúa a continuación de la cabeza de la víctima y mantiene una tracción axial de la cabeza; preferiblemente otro bombero debe poner un collarín cervical, mientras los otros preparan el tablero a un lado de la víctima
- los otros tres bomberos se arrodillan al lado de la víctima contrario al del tablero



Figura 24.8. Transporte entre dos socorristas de una Víctima sin lesiones cervicales. Pasos 1 y 2.



Figura 24.9. Víctima con posibles lesiones cervicales. Paso a tablero espinal.

Páginas suprimidas en esta muestra

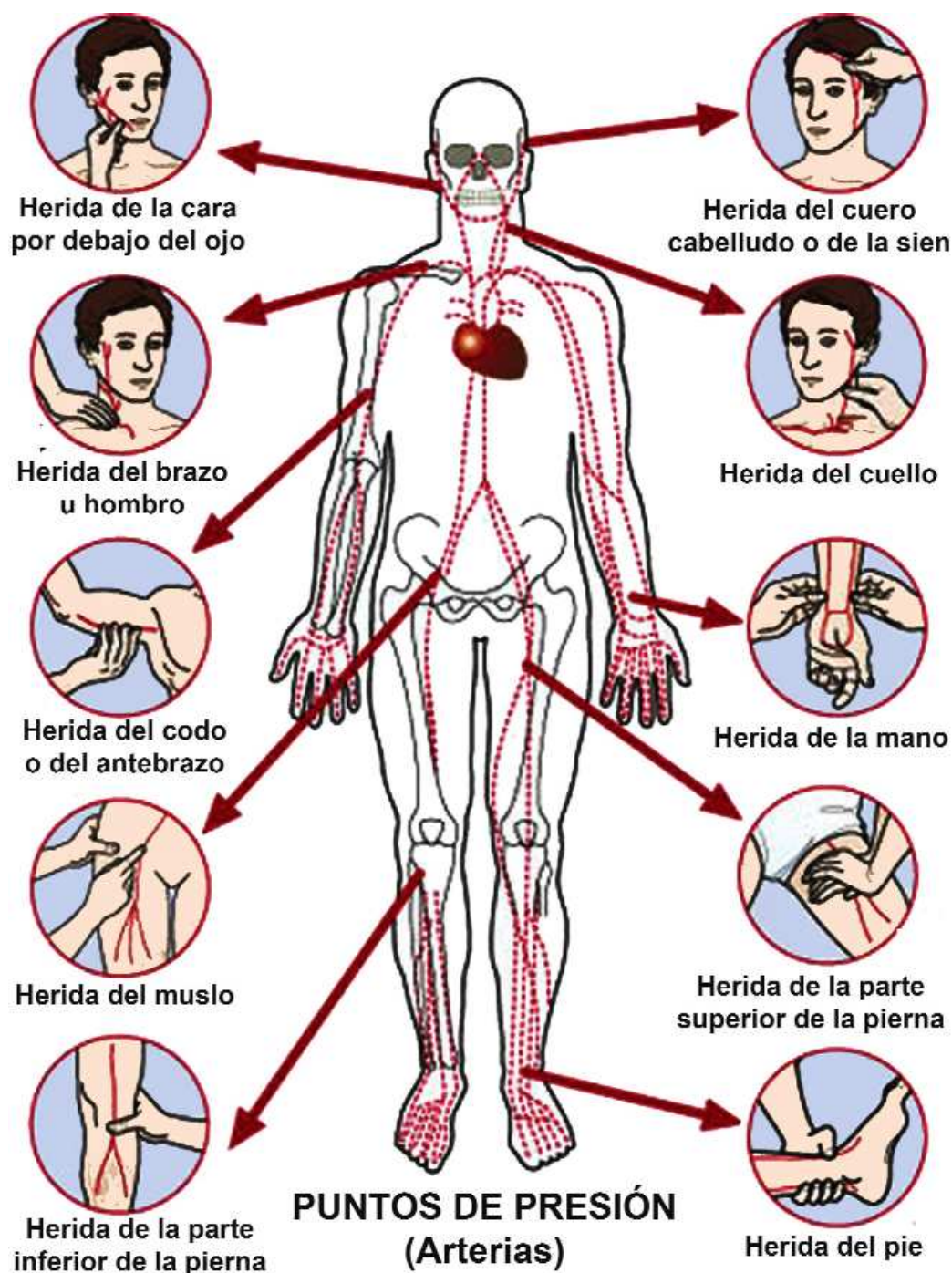


Figura 24.14. Puntos de presión para control de hemorragias.

Si el punto de compresión es ineficaz, o imposible de realizar, deberá sustituirse la presión directa por un torniquete.

También habrá que realizar un torniquete si circunstancialmente solo hay un socorrista, si hay más víctimas o si aún no se ha dado la alarma y hay que hacerlo.

Los torniquetes se hacen en los puntos de presión de brazos o piernas citados y nunca se pueden hacer en el cuello.

Para un torniquete se utiliza un trapo largo, como una corbata o similar, para comprimir de forma continua los vasos sanguíneos contra un hueso, entre la herida hemorrágica y el corazón, interrumpiendo la circulación del miembro afectado.

Para hacer el torniquete, el trapo o la prenda a usar se dobla en dos y se pasa por debajo del miembro de la víctima.

Una de las dos puntas se vuelve a pasar por el bucle.

Se tira con fuerza de ambas puntas y, cuando se pare la hemorragia, se hace un nudo fuerte con ellas para bloquearlo.

Si el socorrista estuviese solo debería intentar realizar la mayor parte de la operación usando solo la mano libre, mientras mantiene el punto de presión con la otra.

Debe anotarse la hora exacta en la que se ha puesto un torniquete y siempre que sea posible sobre éste.

Al tapar a la víctima y elevar sus piernas, el torniquete debe quedar bien visible.

Debe vigilarse a la víctima, pero no se debe aflojar el torniquete.

En el caso de hemorragias internas importantes, que se exterioricen por el sangrado a través de un orificio natural, como la boca o los oídos, la única actuación será tumbar a la víctima, vigilarla hasta que llegue la asistencia médica y no darle nada de beber en ningún caso.

Si la víctima no soporta estar tumbada puede mantenerse semi-incorporada.

Si la hemorragia es nasal o bucal, puede ser conveniente colocar a la víctima en la posición lateral de seguridad que se describe posteriormente.

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

Si la víctima está exhausta o inconsciente pero respira se la debe colocar en la posición lateral de seguridad. Esto supone colocarla de modo que esté tumbada descansando sobre un lateral de su cuerpo, por lo que habrá que hacerla dar medio giro hacia cualquier lado, aunque preferiblemente hacia el lado opuesto al corazón.

Esto es peligroso en caso de lesiones en la columna vertebral, pero el riesgo de una depresión respiratoria es más importante que el agravamiento de un problema nervioso.

No obstante, la maniobra debe realizarse con todas las precauciones posibles para evitar una lesión neurológica como consecuencia del giro.

Cuando se cuenta con dos personas, una, situada a continuación de la cabeza de la víctima, debe intentar mantener el giro sobre el eje cabeza-cuello-tronco, realizando una ligera tracción de la cabeza de la víctima, mientras su compañero gira su cuerpo.

El socorrista debe ponerse arrodillado del lado hacia el que va a girar a la víctima.

El brazo de la víctima más próximo al socorrista debe descansar sobre el suelo, completamente extendido.

La pierna de la víctima que está más alejada del socorrista se flexiona, acercando el pie hacia el glúteo, tirando hacia arriba de la articulación de la rodilla.

El socorrista sujeta también a la víctima por la articulación del hombro del lado más alejado y tira del hombro y de la rodilla de la víctima, para hacerla pivotar hacia él.

El giro se realiza sobre el lado del brazo de la víctima que queda apoyado en el suelo. La maniobra debe ser muy suave.

El socorrista debe utilizar su propio peso para tirar de la víctima, echándose hacia atrás mientras mantiene los brazos estirados.



Figura 24.15. Secuencia de colocación en posición lateral de seguridad.

Páginas suprimidas en esta muestra



Figura 24.17. Con la cara junto a la boca de la víctima hay que mirar si se mueve el pecho, escuchar si suena la respiración, y notar si se siente el aire respirado sobre la mejilla (mirar-ver-sentir).



Figura 24.18. El primer paso ante la ausencia de respiración es limpiar las vías aéreas de cualquier cuerpo extraño.

Para ello, manteniendo la cabeza basculada hacia atrás con la mano sobre la frente de la víctima, se retiran eventuales cuerpos extraños de la boca utilizando uno o dos dedos de la otra mano.

Hay que tener cuidado de no introducirlos más profundamente. Si los dedos están envueltos en un pañuelo será más fácil retirar líquidos o semi-líquidos.

REANIMACIÓN RESPIRATORIA

Si una víctima no respira después de haberse eliminado eventuales cuerpos extraños de su boca, debe iniciarse una respiración artificial.

Tras abrir las vías aéreas, tal como se describió en el apartado de evaluación de la víctima, las manos utilizadas para traccionar de la cabeza se mantienen en la misma posición.

La técnica de la respiración boca a boca es la siguiente. Con el pulgar y el índice de la mano que está sobre la frente de la víctima se pinza su nariz.



Figura 24.19. Técnica de respiración boca a boca.

A continuación el socorrista debe dar dos insuflaciones. Para ello, coloca su boca alrededor de la de la víctima y procede a una insuflación de aire progresiva y regular, verificando que la caja torácica de la víctima se eleva. Se toma aire y se realiza una segunda insuflación.

En total, se realizan dos insuflaciones antes de comprobar el pulso.

A continuación con la mano que se pinza la nariz de la víctima, se toma el pulso carotídeo, durante 5 o 6 segundos al menos.

Si el pulso es perceptible, se continúa la respiración artificial, salvo que la respiración vuelva espontáneamente y sea de alrededor de unas 15 respiraciones por minuto.

En caso de respiración artificial, se debe insuflar aire de modo regular con insuflaciones de un segundo de duración, comprobando que el pecho se eleva, lo que indica que el aire ha penetrado en los pulmones y que la respiración es efectiva.

Se debe controlar el pulso cada 2 minutos, y si la víctima no se reanima, continuar hasta que llegue la ayuda médica.

Si por alguna razón no se puede realizar la respiración boca a boca, puede intentarse la boca-nariz. En esta variedad la mano que eleva el mentón mantiene la boca cerrada, utilizando el pulgar para presionar el labio inferior sobre el superior.

La boca del socorrista se aplica muy abierta alrededor de la nariz de la víctima. El proceso de insuflado es similar al del boca a boca.

Páginas suprimidas en esta muestra



Figura 24.23. Postura para la maniobra de desobstrucción de vías aéreas por el método de Heimlich.



Figura 24.24. Maniobra de Heimlich con un adulto inconsciente (arriba), y con un bebé (abajo).

El socorrista tira entonces bruscamente y de forma simultánea hacia él y hacia arriba.

El cuerpo extraño saldrá lanzado bruscamente por la sobrepresión ejercida por la maniobra. Si es necesario, se debe repetir esta operación 3 o 4 veces.

El cuerpo extraño expulsado puede quedar en la boca, y en tal caso habrá que extraerlo con los dedos.

Si la respiración de la víctima no se reanuda espontánea y eficazmente, hay que practicar sin demora una respiración artificial.

Cuando la víctima se encuentra de pie, hay que colocarse detrás de ella y proceder del mismo modo descrito.

Si la víctima está tumbada sobre la espalda por estar inconsciente, hay que colocarse junto a ella, o preferiblemente a horcajadas sobre sus muslos, colocar la palma de una de las manos, justo debajo de la punta del esternón, colocar la segunda mano sobre la primera, y apretar bruscamente y de forma simultánea hacia el suelo y hacia la cabeza de la víctima, manteniendo los brazos extendidos para aprovechar el peso del cuerpo en el esfuerzo.

Con los niños se deben aplicar estos métodos pero con precaución y sin ejercer tanta presión.

Si es preciso se repite la operación 3 o 4 veces, comenzando con menos presión y en caso de fracaso subiendo la presión en la siguiente.

En los bebés, se procede de otro modo. Se coloca al bebé a horcajadas sobre el antebrazo del socorrista y se le dan cuatro golpes con la mano entre sus omóplatos.

Si sus vías aéreas siguen obstruidas, se le vuelve, de modo que su cabeza repose sobre la mano del socorrista, con el cuerpo inclinado y la cabeza más baja que las piernas.

Se dan entonces 4 empujones sobre el medio de su esternón con 2 dedos de la otra mano.

REANIMACIÓN CARDIORESPIRATORIA

Si la víctima no tiene hemorragias importantes o ya se han contenido, y se observa durante la evaluación que no tiene pulso, habrá que practicarle una respiración artificial asociada a un masaje cardíaco externo. Es lo que se conoce como reanimación cardiopulmonar, o RCP.

Páginas suprimidas en esta muestra

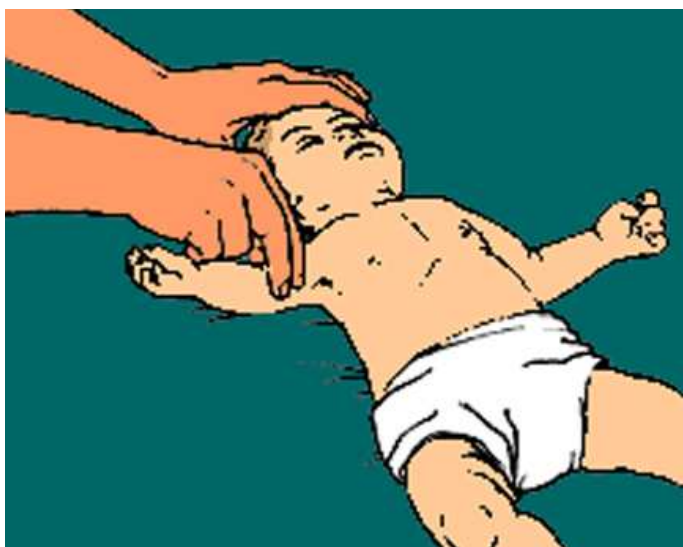


Figura 24.27. A los bebés se les toma el pulso en el interior del brazo.

La alternancia compresión-insuflación con dos socorristas es de igual para los adultos, es decir 30:2, y de 15 a 2 en niños desde 1 mes a 8 años.

La sincronización entre los dos socorristas está dirigida por el que efectúa los masajes, que debe ir contando en voz alta. Los dos rescatadores deben cambiar su tarea cada 2 minutos.

Las maniobras deben interrumpirse cada dos minutos, para buscar el pulso carotídeo.

Las maniobras de reanimación deben continuar hasta que se hagan cargo de la víctima los servicios médicos, por mucho que se demoren.

Tal como se citó cuando se comentaba la técnica de la reanimación respiratoria sencilla, dado que el contacto con sangre o fluidos corporales puede suponer un riesgo de contagio de enfermedades infecciosas si la víctima es portadora de alguna enfermedad de este tipo,



Figura 24.28. Masaje cardíaco en bebés. Se elige una u otra técnicas en función de su tamaño.

la respiración directa boca a boca puede realizarse con la ayuda de una válvula de una vía o un ambú.

Las pautas antes citadas se corresponde con las acordadas en enero de 2005, en la reunión internacional organizada por el ILCOR, o Comité Internacional de Consenso sobre Resucitación, en la que se acordó modificar algunas de las pautas sobre reanimación cardio-respiratoria vigentes hasta entonces. Entre otras cuestiones, se acordó que la pauta de relación entre compresiones y ventilaciones fuese, en todos los casos, de 30 compresiones por cada 2 ventilaciones. Anteriormente, en algunos casos se recomendaba un ritmo de 15 a 2.

Resumen de recomendaciones para Reanimación Cardio-Respiratoria			
Acción	Más de 8 años	1 año - 8 años	Menos de 1 año
Apertura vía aérea	Maniobra frente- mentón		
Ventilación inicial	2 ventilaciones de un segundo cada una		
Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño	Compresión abdominal		Palmas en la espalda y compresión torácica
Compresiones cardíacas	Centro del tórax		Debajo línea media entre pezones
Modo compresión	2 manos	1 - 2 manos	2 dedos
Profundidad	3 a 5 cm	1/3-1/2 del tórax	
Ritmo	100 por minuto		
Relación entre ventilación y compresiones	30: 2		

DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS

El Desfibrilador Externo Automático (DEA) es un aparato electrónico portátil que diagnostica y trata automáticamente la parada cardiorrespiratoria, restableciendo un ritmo cardíaco efectivo eléctrica y mecánicamente.

Está dotado de dos electrodos que se aplican directamente sobre el pecho del paciente, entre los que se hace pasar una corriente eléctrica de características especiales para restablecer el latido cardíaco, cuando este ha desaparecido por deficiencias en la actividad eléctrica del corazón.

El latido cardíaco se produce porque todas las células del corazón se contraen y se relajan simultánea y rítmicamente. La coordinación entre todas las células se consigue a través de impulsos eléctricos generados por el propio organismo. Cuando estos impulsos no son regulares, el corazón deja de latir, o su latido es ineficaz y no bombea adecuadamente. En estos casos es cuando puede restablecerse la función utilizando una fuente eléctrica externa, como un desfibrilador.

Un DEA puede actuar cuando el corazón tiene actividad eléctrica, pero no está bombeando o el bombeo no es efectivo. Estas circunstancias se dan en los casos de fibrilación ventricular o de taquicardia ventricular sin pulso.

La desfibrilación consiste en emitir un impulso de corriente continua al corazón, lo que hace que el músculo cardíaco retome un ritmo eléctrico normal y eficaz.

El DEA es totalmente ineficaz en la parada cardíaca en la que el corazón no tiene actividad eléctrica. En este caso será preciso realizar compresión torácica, hasta tanto pueda iniciarse una reanimación avanzada.

Hay distintos tipos de aparatos según el grado de autonomía del mismo:

- El DEA completamente automático que está pensado para ser utilizado por personal no sanitario, de tal forma que siguiendo sus instrucciones se colocan los electrodos en el paciente, y el aparato, tras determinar el tipo de ritmo cardíaco, aconseja a los asistentes separarse para emitir la descarga eléctrica, o bien, aconseja realizar compresiones torácicas. En los países desarrollados, como es el caso de España, la tendencia es a colocarlos en lugares concurridos para evitar los episodios de muerte súbita, dado que su efectividad es máxima en el momento inicial, disminuyendo rápidamente en los minutos sucesivos.
- El DEA semi-automático está pensado para personal cualificado, ya que el aparato va dando las instrucciones y el socorrista va activando cada paso.

Si se encuentra disponible un DEA, se deberá utilizar en todo caso en que exista una pérdida de consciencia mantenida, en la que la víctima no responda y no respire o lo haga anormalmente.

Si hay duda de si la respiración es normal, se actuará como si no lo fuera. No se aconseja perder tiempo en buscar el pulso, ya que la palpación del pulso carotídeo es inexacta para confirmar la presencia o ausencia de circulación y el DEA puede detectar la presencia del latido.

Se iniciará la secuencia de soporte vital básico, teniendo en cuenta que en adultos, inicialmente, la ventilación es menos importante que la compresión torácica, comenzándose con las compresiones torácicas en vez de la ventilación inicial, mientras que en los niños se mantiene la prioridad en la ventilación.



Figura 24.29. Desfibrilador semiautomático.



Figura 24.30. Uso de desfibrilador semiautomático.

Páginas suprimidas en esta muestra

La herida puede protegerse con un apósito formado por una compresa sujeta por un esparadrapo o una venda.

Si la herida es grande, profunda o está situada en zonas críticas, por ejemplo en un ojo, el abdomen o en el tórax, debe considerársela grave, y dejar la intervención en ella a los servicios de emergencia médica.

Por ejemplo, en el caso de una herida en un ojo debe tumbarse a la víctima, sujetársele la cabeza y recomendarle cerrar los ojos y no moverse hasta que lleguen los socorros médicos.

En caso de herida en el abdomen, hay que tumbar a la víctima y elevar sus miembros inferiores. Sus piernas deben quedar horizontales y sus muslos flexionados.

Si la herida está en el tórax se debe instalar a la víctima en posición semisentada. En ambos casos se debe cubrir a la víctima sin tapar la herida.

Cuando un cuerpo extraño, tal como un cuchillo, un trozo de cristal, etc., se encuentra en el interior de la herida, nunca se debe intentar retirarlo, ya que la lesión puede agravarse y provocar una grave hemorragia.

Las lesiones traumáticas de huesos y articulaciones son las lesiones más frecuentes, y las manipulaciones inoportunas son a veces fuente de graves secuelas. Normalmente, una lesión de este tipo no supondrá una amenaza vital.

Lesiones traumáticas son los esguinces, que es un estiramiento o desgarramiento de ligamentos que mantienen en su lugar a una articulación; una fractura; o una luxación que es la dislocación de una articulación.

En caso de luxaciones, esguinces o fracturas, la labor del socorrista será inmovilizar el miembro lesionado hasta que se hagan cargo de la víctima los servicios médicos.

El socorrista debe tener en cuenta que un hueso fracturado puede tener bordes cortantes o puntiagudos que, en caso de movimiento incorrecto, puede producir una rotura de un vaso sanguíneo ocasionando una situación crítica.

En el caso de las fracturas de columna con seccionamiento de la médula, lo mismo que si se desplaza una vértebra por un traumatismo y presiona sobre la médula, se producirá una parálisis del cuerpo.

Los síntomas serán que la víctima no puede mover los brazos o las piernas. En tal caso no se realizará ninguna

maniobra que suponga torsión o flexión de la espalda o el cuello de la víctima.

Cualquier movilización debe hacerse con no menos de tres o cuatro personas, que deben actuar con perfecta sincronía para que la cabeza, el tronco y las piernas se mantengan en el mismo plano.

Se apoyará a la víctima sobre un plano duro, por ejemplo un tablón espinal, para cualquier traslado.

QUEMADURAS

Una quemadura puede producirse por diversas causas, por ejemplo, por fuego, por contacto con un producto químico corrosivo, por contacto con un circuito eléctrico en tensión, etc.

Cualquiera que sea la causa de la quemadura, lo primero será suprimir dicha causa. Por ejemplo si se debe a que sus ropas están ardiendo, se la debe detener, echarla al suelo y apagar las llamas con un vestido, una manta, o, en última instancia, con un extintor.

Las quemaduras se clasifican según su gravedad y la profundidad de los tejidos afectados, como de primero, segundo y tercer grado.

Las de primer grado son las que solo afectan a la epidermis, la piel se enrojece y no suele haber ampollas; son un ejemplo las quemaduras solares.

Las de segundo grado afectan a la capa interior de la piel, la dermis; se forman ampollas.

Las de tercer grado son las más severas porque suponen la destrucción de la epidermis y la dermis, incluso de otros tejidos bajo la piel; la piel está quemada y puede no haber dolor por haberse destruido los terminales nerviosos.



Figura 24.33. Quemadura en una pierna.

Páginas suprimidas en esta muestra