



EVALUACIÓN DE LA ESCENA



OBJETIVO

Al finalizar el módulo el participante distinguirá las lesiones más comunes que se presentan en la comunidad universitaria y describirá el procedimiento a seguir para realizar el enlace al servicio de urgencias.

Evaluación de la escena

La evaluación de la escena debe realizarse siempre que se llega al lugar donde ha ocurrido o donde se encuentra una persona gravemente enferma.

1. Verificar la seguridad
2. Obtener datos sobre el mecanismo de lesión
3. Conocer el número exacto de lesionados

SEGURIDAD

- Cuidar de nuestra propia seguridad
- Cuidar de la seguridad de los que estén prestando ayuda
- Cuidar de la seguridad del lesionado
- Cuidar, incluso, de la seguridad de los observadores

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- En los accidentes de tráfico, hay que limitar la posibilidad de que se provoque un segundo accidente, realizando una adecuada señalización.
- Evitar entrar en incendios, puesto que sin equipo de seguridad apropiado el calor y el humo podrían perjudicar nuestra salud. Debemos solicitar ayuda de los bomberos y esperar la orden de "Fuego bajo control".
- No atender a lesionados en lugares donde no se ha asegurado la zona, cuando la causa del problema ha sido un asalto, balacera, pleitos, etc.
- No intentar maniobras de rescate riesgosas para las cuales no se está capacitado.
- Verificar toda ausencia de derrame de sustancias peligrosas.
- Evitar la " Visión de túnel" termino coloquial el cual consiste en centrar todos los sentidos en un solo punto; es decir, en el lesionado y abstraerse del entorno.



MECANISMOS DE LESION

Estos mecanismos se clasifican necesariamente de acuerdo a cómo se produjo el daño.

Los mecanismos de lesión pueden ser traumáticos o no traumáticos, es importante averiguar cómo sucedió el accidente. Si el lesionado está en estado de choque hay que investigar si el origen es traumático o cardiogénico.

FACTORES QUE DETERMINAN EL MECANISMO DE LESION



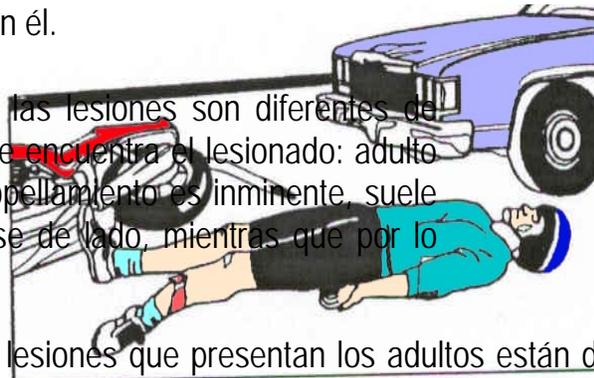
El modelo del coche es nuevo o viejo. Los coches viejos resisten mejor los choques; aunque éste haya sido fuerte, es posible que esta deformación de la carrocería no sea mucha. Los coches nuevos tienen una mayor capacidad para absorber el golpe, y por ello pueden estar muy destruidos, por lo tanto podemos encontrar lesiones más graves en un accidente tratándose de un auto nuevo.



Si los pasajeros usaban o no cinturón de seguridad. Por lo general, no usarlo conlleva un mayor riesgo de resultar con lesiones más graves (como el trauma craneoencefálico) en comparación con las personas que sí lo utilizan. También es importante saber el tipo de cinturón que usaban los pasajeros (cinta pélvica, cinta torácica, cinta pélvica y torácica y si son fijos o de corrimiento) o si el volante contaba con un mecanismo para conformar una bolsa de aire al momento del impacto que impida al cuerpo lesionarse con el volante, el tablero o el parabrisas. De igual manera podemos encontrar lesiones graves en cervicales, cráneo, tórax, fémur y demás partes del cuerpo si no está asegurado al cinturón de seguridad.

El cristal se encuentra en posición.
El cristal con la cabeza, o
el cráneo con o sin fractura en él.

Atropellamiento. Si se trató de un atropellado, las lesiones son diferentes de acuerdo a la etapa de crecimiento en la cual se encuentra el lesionado: adulto o niño. Cuando un adulto observa que el atropellamiento es inminente, suele adoptar una postura de protección colocándose de lado, mientras que por lo general, los niños reciben el impacto de frente.



La llamada *triada de waden* describe que las lesiones que presentan los adultos están dadas por un triple impacto:

- a) Defensa
- b) Cofre
- c) Suelo

Caídas. Debemos tomar en consideración este tipo de accidentes por los factores que influyen en las lesiones a encontrar en el lesionado.

- *Altura.* Aproximadamente con el doble de la estatura de una persona que cae, podemos encontrar lesiones considerables.
- *Superficie.* En la cual se impactó el lesionado, si ésta es rígida o suave.
- *Identificar cómo cayó la persona para establecer la primera lesión en su cuerpo y el desenvolvimiento de la energía a través de él. De esta manera podemos encontrar lesiones más alejadas del primer punto y de entrada las hayamos ignorados.*

NÚMERO DE PACIENTES

De acuerdo al número de lesionados, será la cantidad de ambulancias que se deban pedir. Lo más recomendable es que en cada ambulancia se atienda y se traslade a un solo lesionado, máximo a dos.

Los tres primeros pasos a evaluar al llegar a la escena de cualquier accidente o problema son:

1. Seguridad
2. Mecanismo de Lesión
3. Número de Lesionados

Servicio Médico de Urgencias

¿ A DÓNDE LLAMAR?

En ciudad universitaria se cuenta con una Central de Atención de Emergencias. Esta equipada con sistemas de comunicación radial, telefónica y digital para enlaces con los grupos de auxilio (bomberos, Centro Médico, Ambulancias, Expertos en materiales peligrosos, etc.) y con las instituciones públicas de emergencia del D.F. y área conurbada. Tiene un mecanismo de respuesta inmediata para canalizar la atención a instituciones especializadas.



Datos que deberán proporcionarse al realizar la llamada de urgencia.

1. Nombre completo de quien llama
2. Especifique si se trata de una urgencia o de un traslado
3. Actividad que desempeña
4. Proporcionar el número de teléfono desde el cual se esta marcando
5. Ubicación del problema
6. Mecanismo de lesión
7. Número de lesionados
8. Otros servicios
9. Datos generales de los lesionados
10. Siempre sea usted el último en colgar el teléfono

EVALUACION INICIAL

NEMOTECNIAS. Las Nemotecnias son palabras, cuyas letras y sílabas nos ayudan a recordar ciertas cosas. Los primeros auxilios tienen sus propias Nemotecnias:

SOEP

SUBJETIVO
OBJETIVO
EVALUACION

PLAN DE

Sirve para recordar la necesidad de realizar un examen global que incluya tanto la evaluación de la escena como la evaluación del lesionado.

AVDI

La evaluación mediante el AVDI permite tener una idea rápida de cómo se encuentra el lesionado neurológicamente.

VES

VER
ESCUCCHAR
SENTIR

Es una nemotecnia muy sencilla pero vital. Sirve para averiguar si el lesionado está o no ventilando o respirando. Para ello es preciso colocarse en una posición adecuada que consiste en acercar lo más posible el oído a la boca y la nariz del lesionado, al mismo tiempo que vemos en dirección a su pecho para observar si éste se eleva o no.



PREDANESMA

PRESENTACIÓN
DOLENCIA PRINCIPAL
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS DE
SALUD
EDAD
SALUD ANTERIOR
MEDICAMENTOS

Sirve para ordenar y sintetizar el interrogatorio al lesionado. El interrogatorio es importante en los lesionados traumatizados, tomando en cuenta que si tuvieran alguna enfermedad como infartos o diabetes, se complicará su situación de salud.

SIGNOS VITALES. Se definen como manifestaciones objetivas de vida, son considerados signos vitales los siguientes:

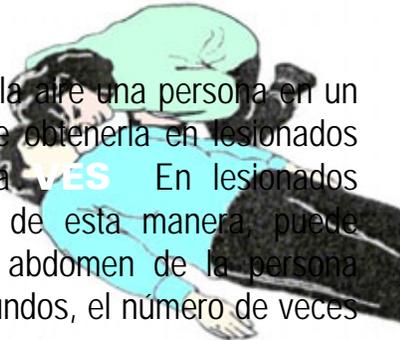
- *Frecuencia respiratoria*
- *Frecuencia cardíaca*
- *Pulso*
- *Llenado capilar*
- *Temperatura*
- *Reflejo fotomotor*



En la evaluación de los signos vitales (SV) debemos saber los rangos normales de éstos para distinguir si están alterados.

- **FRECUENCIA RESPIRATORIA**

Es el número de veces que inhala y exhala aire una persona en un minuto. Una forma rápida y eficiente de obtenerla en lesionados inconscientes, es utilizar la nemotecnia **VES**. En lesionados conscientes si no es posible realizarlo de esta manera, puede colocarse una mano sobre el pecho o abdomen de la persona inconsciente y se contará durante 15 segundos, el número de veces en que baja y sube la mano en un minuto.



PULSO

Es el reflejo distal de los latidos del corazón. Los pulsos más importantes que deben ser identificados en el lesionado son: *Radial* y *Carotídeo*.



El Pulso Radial se localiza en la parte anterior de la muñeca, del lado del pulgar.

El Pulso Carotídeo se localiza en el cuello, dos dedos a un lado de la línea media.

Valores normales:

Adulto: 16 a 20 +/- 4 en un minuto

Niño: 20 a 30 en un minuto

Bebé: 30 a 50 en un minuto

Valores normales:

Adulto: 60 - 80 por minuto

Niño: 80 - 120 por minuto

Bebé: 120 - 140 por minuto

- FRECUENCIA CARDIACA

Para tomar la lectura de la frecuencia cardiaca, nos valemos del estetoscopia y en la zona precordial del tórax del lesionado se escuchan sus latidos durante un minuto. Cabe destacar que la frecuencia cardiaca no es el pulso, ya que éste tan solo nos da una aproximación de la condición del lesionado y los latidos del corazón.

Valores normales:

Adulto: 60 - 80 por minuto

Niño: 80 - 120 por minuto

Bebé: 120 - 140 por minuto

- LLENADO CAPILAR

Es el tiempo que tardan los capilares (vasos sanguíneos más delgados) en volver a llenarse de sangre, después de que han sido momentáneamente comprimidos. Los puntos para realizar la compresión de los capilares son:

- *Lecho ungueal*
- *Lóbulo de la oreja*
- *Palma de la mano*

- REFLEJO FOTOMOTOR

Es la respuesta de las pupilas al estímulo luminoso. Son tres los parámetros que deben ser evaluados en las pupilas.

1. *Respuesta al estímulo luminoso*

2. *Tamaño: normal, miosis, midriasis y anisocoria*
3. *Simetría entre una pupila y otra*

Se protegen con una mano un ojo de la luz natural del día y se quita la mano para que reacciones la pupila con la luz y se contraiga; posteriormente, hacer el mismo procedimiento con el otro ojo (a falta de lámpara de diagnóstico).

Con la lámpara de diagnóstico se pasa la luz por un ojo, del centro hacia fuera, observando la contracción de la pupila y continuando el procedimiento con el otro ojo. Debemos considerar el tamaño su contracción y simetría.



EVALUACIÓN PRIMARIA. Es la técnica adecuada a los primeros auxilios, que va a permitir *identificar y tratar todas aquellas lesiones que pongan en peligro inmediato la vida del lesionado.*

La evaluación primaria se debe llevar a cabo de una manera rápida e inmediata, ya que se debe tomar en cuenta que:

Después de 4 minutos en los que el organismo deja de recibir aporte de oxígeno, la falta de éste causa deterioro de los órganos principales (cerebro, corazón, pulmón) y si este aporte de oxígeno no se restablece lo más pronto posible el deterioro irá en aumento hasta la muerte de un órgano determinado o del organismo en su conjunto.

La evaluación primaria está encaminada a determinar las prioridades de atención, ello con el fin de iniciar un manejo inmediato de las lesiones que ponen en peligro la vida. Estas prioridades son:

Vía aérea permeable con inmovilización cervical en lesionados de trauma.

*Buena respiración
Buena circulación*

Siempre que realizamos una Evaluación Primaria, es imprescindible distinguir entre tres tipos de lesionados: *los que han sufrido un traumatismo, quienes presentan la agudización de un padecimiento clínico y los que pueden considerarse lesionados mixtos.*

EVALUACIÓN SECUNDARIA. La evaluación secundaria no tiene como meta identificar lesiones las cuales pongan en peligro la vida, esto se identifica y estabiliza en la evaluación primaria. La evaluación secundaria busca estabilizar hasta donde se pueda, aquellas lesiones que o ponen en peligro la vida.

La segunda revisión toma en cuenta tres aspectos fundamentales: *exploración física de cabeza a pies, interrogatorio y toma de signos vitales.*

Es importante llevar un registro por escrito de los datos y hallazgos más importantes, por ejemplo:

- *Nombre del lesionados*
- *Sexo*
- *Edad aproximada*
- *Mecanismos de lesión*
- *Lesiones que presenta*
- *Signos vitales*
- *Principales datos clínicos obtenidos en el interrogatorio*

- **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Debe realizarse de acuerdo al siguiente orden:

- ✓ *Cabeza*
- ✓ *Cuello y segmento cervical*
- ✓ *Tórax y abdomen*
- ✓ *Pelvis*
- ✓ *Extremidades inferiores*
- ✓ *Extremidades superiores*
- ✓ *Parte posterior del paciente (si es posible)*

- **INTERROGATORIO**

- ¿*Anteriormente ha presentado estos signos y síntomas?*
- ¿*Se encuentra bajo algún tratamiento médico?*
- ¿*Padece alguna enfermedad crónica o aguda actualmente? ¿Cuál?*
- ¿*Toma algún medicamento actualmente?*
- ¿*Es alérgico a alguna sustancia?*
- ¿*Cuenta con Seguro Social?*

2



**OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA Y
REANIMACIÓN CEREBRO CARDIO PULMONAR**

Obstrucción de la Vía Aérea

ANATOMÍA

1. Nariz
2. Boca
3. Faringe
4. Laringe
5. Tráquea
6. Bronquios
7. Carina
8. Bronquiolos
9. Pulmones

CLASIFICACIÓN DE LA OVA
(OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA)

1.

PARCIAL. Obstrucción de la vía aérea, que aún permite la entrada y salida del aire. El lesionado presenta las siguientes características:

- ✓ *Conciente*
- ✓ *Angustiado, agitado o inclusive agresivo*
- ✓ *Emite ruidos*
- ✓ *Tose espontáneamente o puede toser si se le pide*
- ✓ *Suele adoptar la "posición universal de atragantamiento"*



Esta posición consiste en que el lesionado coloca una mano sobre su propio cuello. Es posible que levante la otra pidiendo ayuda. El lesionado emite ruidos y tose espontáneamente o puede toser si se le pide.

TOTAL. El aire definitivamente no puede entrar ni salir. Las 2. características en el lesionado son:

- ✓ Se encuentra muy angustiado
- ✓ Suele adoptar la "posición universal de atragantamiento"
- ✓ No emite sonido
- ✓ No tose
- ✓ Si no se ha resuelto la OVA total a los pocos minutos, cae en inconsciencia.

Lesionado inconsciente es:

- Después de abrir la vía aérea, se identifica si la víctima no tiene ventilación autónoma.
- Al intentar dar ventilaciones artificiales, el aire no entra aún después de rectificar que la apertura de la vía aérea es adecuada.

DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

POR OBJETO EXTRAÑO

PARCIAL

- Identifique el cuerpo extraño, asegúrese de que se trata de una obstrucción.
- Active el servicio médico de urgencias
- Pida a la persona que tosa
- Procure tranquilizarla
- Si dispone de oxígeno debe administrarlo

TOTAL

Las maniobras son diferentes de acuerdo con la edad y complejión del lesionado.

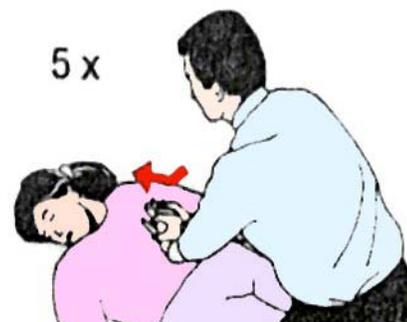
1. Adulto (de 8 años en adelante)
2. Niño (de 1 a 8 años)
3. Bebés (de 0 a 1 año)

MANIOBRA DE HEIMLICH

ADULTOS

Protocolo OVA total lesionado consciente

- Presentarnos ante el lesionado como primer respondiente para que no desconfíe de nosotros



Protocolo OVA total lesionado inconsciente

- Coloque al lesionado en decúbito supino sobre una superficie rígida.
- Revisar cavidad bucal para ver si se localiza el objeto, si se puede remover con el meñique, hágalo, si en lugar de sacarlo lo vuelve a obstruir, ya no lo intente .
- Si no alcanza al mirar el objeto, brinde dos insuflaciones, cubriendo la boca con una gasa, pañuelo o, si se tiene, una pocket mask, ello para evitar el contacto con secreciones.
- Cuando insufla tape la nariz, si se expande la zona abdominal es porque si hay libre paso de aire y si no lo hace es por la obstrucción.
- Junte ambas piernas del lesionado y colóquese sobre sus muslos; busque la cicatriz umbilical y tres dedos arriba de ella coloque la palma de la mano del brazo con mayor fuerza y la otra mano por encima de ésta. Inicie con seis compresiones hacia abajo y hacia arriba.



NINOS

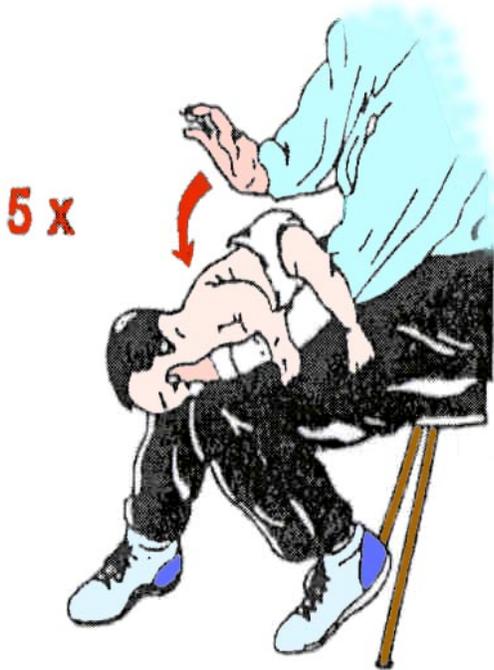
Protocolo OVA total

El tratamiento de la OVA causada por un objeto extraño en caso del niño es similar al del adulto, pero es importante tomar en cuenta algunas diferencias.

- Cuando se vaya a insuflar para verificar si el objeto extraño se encuentra obstruyendo la vía aérea, debemos tener en consideración el menor volumen de



BEBÉ



ccion Car

corazón deja de la

Por tal motivo es de vital importancia conocer algunos... podría llegar a confundir el Paro Cardio-Respiratorio

Protocolo OVA total

- Identifique el estado de conciencia, el estímulo se realiza dando pequeños golpes en la planta del pie.
- Activación del servicio médico de urgencias.
- Abrir la vía aérea, en los bebés se logra colocando la cabeza en posición neutra; es decir, alineada con respecto al resto del cuerpo. Es recomendable que se encuentre dando la maniobra de *VES* (*ver, escuchar sentir*). Verifique la cavidad oral solo visualmente para observar si se encuentra el objeto, en cuyo caso no intente ventilarlo, voltee al bebé sobre su brazo y aplique 5 golpes interescapulares "entre los omóplatos"
- Si no ventila autónomamente intente una ventilación.
- Si no entra el aire, reposicione la vía aérea e intente otra ventilación.
- Volteeo nuevamente para que ahora quede boca arriba sobre su brazo y aplique 5 compresiones con dos dedos, colocados un dedo bajo la línea intermamaria sobre el esternón.
- Abrale la boca para ver si se observa el objeto, si no es así, intente una ventilación, si el aire no entra, intente otra ventilación.

DEFINICIONES

- **Infarto.** Es una zona localizada de tejido con necrosis isquémica producida por la oclusión súbita del riego arterial o del drenaje venenoso de la parte afectada.
- **Embolia.** Es la obstrucción brusca de un vaso, especialmente una arteria, por un cuerpo arrastrado por la corriente sanguínea.
- **Trombosis.** Formación de un coágulo sanguíneo, que recibe el nombre de trombo, dentro de un vaso sanguíneo o del corazón.
- **Paro Cardíaco.** Suspensión de la actividad cardíaca.
- **Reanimación Cardio-pulmonar.** Son los procedimientos de urgencias para tratar de reanimar a las personas que han sufrido un paro cardíaco-respiratorio. Dichos procedimientos se basarán en la respiración artificial y el masaje cardíaco.

LOCALIZACIONES ANATÓMICAS BÁSICAS

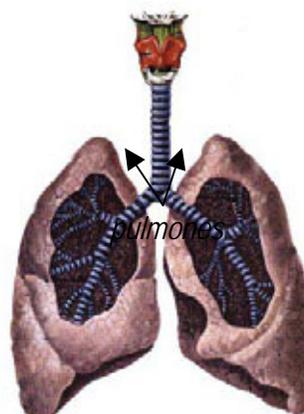
PARA DAR RPC

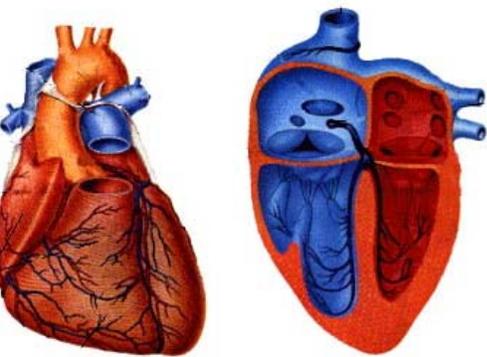


Caja torácica. Contiene órganos vitales como el corazón, pulmones, así como arterias y venas de suma importancia como la aorta pulmonar y cava.

Arcos costales. Son doce pares de los cuales nueve se articulan con el esternón y todos, por la parte posterior, con la columna vertebral.

Pulmones. Son dos, el derecho está compuesto de tres lóbulos y el izquierdo de dos. Los pulmones están conectados con el corazón a través de las venas y arterias pulmonares.

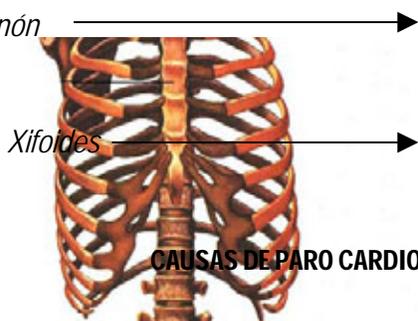




Corazón. Es el órgano hueco compuesto por cuatro cavidades que tienen la función eléctrica y mecánica gracias a las cuales, se comporta como una bomba impelente y expelente. Está localizado entre el tercero y quinto espacio intercostal de la línea medio claviclar del lado izquierdo.

Esternón. Es el hueso que se encuentra en la parte anterior del tórax, central a éste y en el cual se insertan los arcos costales.

Apéndice Xifoides. Se encuentra en la parte inferior del esternón.



CAUSAS DE PARO CARDIO-RESPIRATORIO

Básicamente las causas que pueden llevar a una persona a caer en paro cardio-respiratorio son las mismas que lo llevan al estado de shock y que a continuación se anotan:

- Descargas eléctricas
- Traumatismos
- Intoxicaciones
- Ahogamiento
- Patológicas
- Atragantamiento



Antes de entrar directamente a la técnica de administrar la **REANIMACIÓN CEREBRO CARDIO PULMONAR (RCCP)**, tocaremos brevemente una de las causas más frecuentes del paro cardio-respiratorio y que, por eficiencia de la ayuda que se puede prestar en este caso, merece toda nuestra atención. Dicha causa es: *atragantamiento*.

El atragantamiento se presenta cuando algún objeto extraño y sólido, obstruye las vías respiratorias, impidiendo con esto el paso del aire a los pulmones. En este caso, se debe utilizar la Maniobra de Heimlich *modificada*, como ya se revisó anteriormente.

Una vez que el objeto haya sido desalojado, debemos checar el pulso y la respiración del lesionado; si la persona cayó en paro cardiaco-respiratorio, se iniciará la RCCP.

SIGNOS DEL PARO CARDIO-RESPIRATORIO

<i>Pulso</i>	<i>0 pulsaciones por minuto</i>
<i>Respiración</i>	<i>0 respiraciones por minuto</i>
<i>Cianosis</i>	
<i>Reflejo fotomotor</i>	<i>Sin respuesta</i>
<i>Reflejo corneopalpebral</i>	<i>Sin respuesta</i>
<i>Reflejo doloroso</i>	<i>Sin respuesta</i>
<i>Tensión arterial</i>	<i>0/0 mm de Hg</i>
<i>Temperatura</i>	<i>inferior a los 36.5° C</i>

Recordemos que una vez que se presenta el paro cardio-respiratorio contamos con 4 ó 5 minutos para iniciar las maniobras de reanimación, antes de que inicie el daño cerebral, el cual es irreversible.

MANIOBRA DE RCCP

Cuando hemos identificado plenamente el paro cardio-respiratorio, debemos de verificar los siguientes puntos antes de iniciar la maniobra de RCCP, las cuales trataremos de aplicar siempre sobre una superficie dura y plana.

- *Verifique que no exista lesión en vértebras cervicales.*
- *Cheque y en su caso retire objetos que puedan obstruir el paso del aire, en cavidad oral.*
- *Confirme que no exista una hemorragia intensa.*
- *Proceder con hipextensión de columna cervical.*

- *Ocluir nariz*
- *Abrir la boca del lesionado.*
- *Sellar con nuestra boca o con la mascarilla de resucitación*
- *Insuflar*
- *Observar que el aire entre correctamente.*
- *Permitir la salida del aire.*

Para iniciar las maniobras de RCCP, siempre lo haremos con dos insuflaciones y continuar con las compresiones que comprimen el esternón y estimulan el corazón. Hagamos lo siguiente:

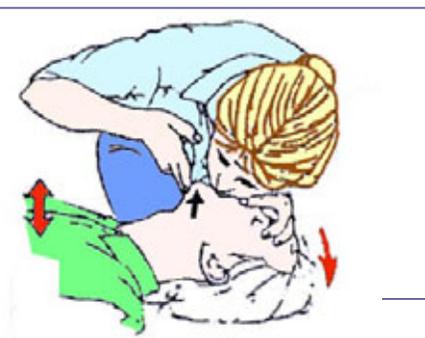
- *Localizar el apéndice Xifoides, un punto arriba de él, línea media esternal.*
- *Colocar el talón de una mano en esta porción y encima la otra mano entrelazada.*
- *Las compresiones deben ser con los codos sin flexionar, sino no logramos el objetivo.*
- *Afloje la presión*

Si solo una persona aplica la RCCP, se darán 2 insuflaciones por 15 masajes cardiacos y si son dos quienes presentan la ayuda se iniciará con 2 insuflaciones por 5 masajes y posteriormente 1 insuflación por 5 masajes.

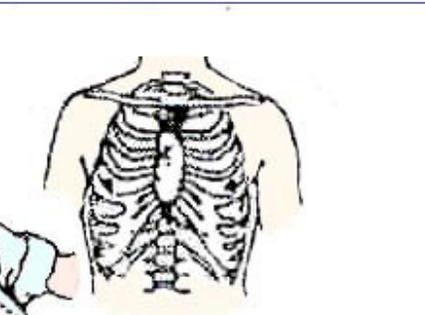
Es necesario que cada 5 ciclos de insuflaciones y masajes se verifique si se ha restablecido el pulso. Cuando una persona recobra la función respiratoria por lo general se presenta la tos; en esos momentos es conveniente mantenerla en observación, ya que se puede volver a presentar el paro, además tenemos que evitar que se broncoaspire si hay vómito; es decir, aspirar las propias secreciones producto del vómito provocando una obstrucción.



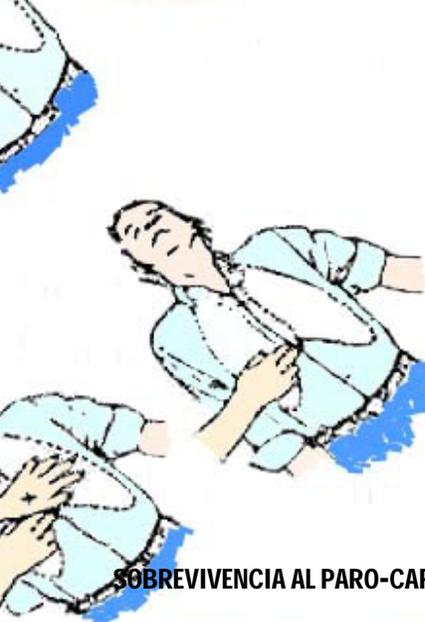
¡No aplique la RCCP, si no está completamente seguro de que se encuentra ante un paro cardiorrespiratorio.



Cuando cesa la respiración, la técnica de respiración de boca a boca, es la manera más rápida de llenar de aire los pulmones de la víctima. Es importante mantener la vía aérea permeable.



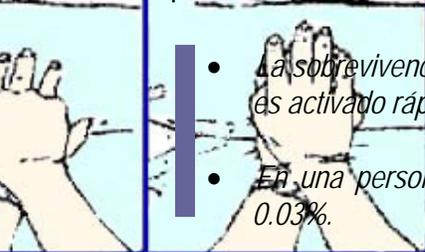
Para ejecutar la compresión en el pecho, es necesario que ubique perfectamente el lugar en donde se debe efectuar. Lo anterior es posible, siguiendo el contorno de las costillas hasta llegar a la parte media del tórax, en donde encontraremos el esternón, en el cual colocaremos el talón de la mano, en la parte media inferior del mismo, como se ilustra en la figura, para poder iniciar las compresiones, que estimularán al corazón para que se inicien las palpiltaciones artificiales.



Cuando se presenta el paro cardio-respiratorio es necesario iniciar en el menor tiempo posible las maniobras de reanimación de boca a boca y las compresiones externas al pecho, ya sea por una o dos personas.

SOBREVIVENCIA AL PARO-CARDIO-RESPIRTARIO

Las posibilidades de sobrevivir a un paro cardio-respiratorio dependen de muchas variables.



- *La supervivencia de una persona no traumatizada es de un 43% cuando el servicio médico de urgencias es activado rápidamente.*
- *En una persona politraumatizada la supervivencia a un paro cardíaco respiratorio en asistolia es un 0.03%.*

MANEJO DEL PARO CARDIO-RESPIRATORIO

Para efectos de estandarización, se usan criterios para definir claramente a que se refiere con lesionados bebés, niños y adultos.

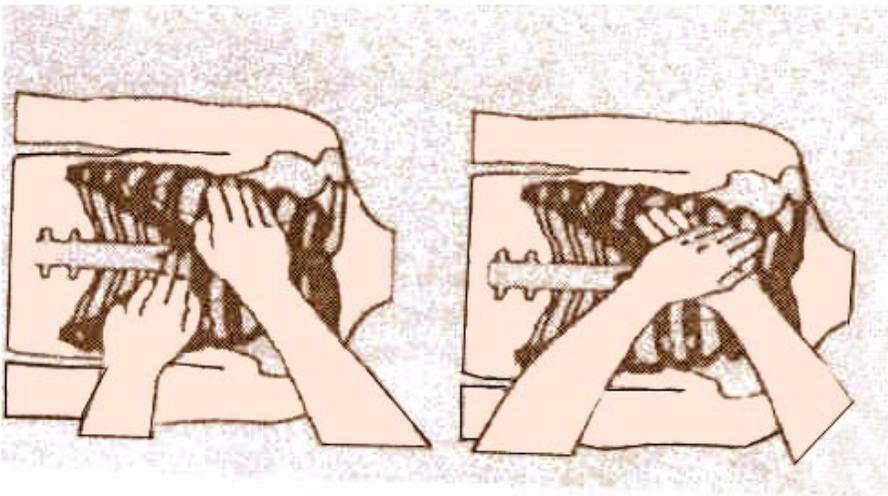
- Bebés - 0 a 1 años
- Niños - 1 a 8 años
- Adultos - más de 8 años



ADULTO CON UN PROVEEDOR

1. *Establezca el estado de conciencia.*
2. *Active el servicio médico de urgencias.*
3. *Posicione al lesionado en decúbito dorsal (boca arriba).*
4. *Abra la vía aérea. Recuerde que la inclinación de la cabeza con levantamiento del mentón solo se utiliza en personas no traumatizadas.*
5. *Verifique durante 5 segundos si está respirando.*
6. *Si no está respirando proporcione dos respiraciones artificiales.*
7. *Cada respiración debe durar entre 1.5 y 2 segundos y debe utilizarse el mismo tiempo para permitir que el aire salga entre una y otra.*

8. Verifique si existe el pulso carotídeo durante 10 segundos.
9. Si no existe realice 15 compresiones torácicas. El sitio donde debe dar las compresiones es dos dedos arriba del apéndice xifoides, coloque mano sobre mano y el sitio de contacto con el tórax del lesionado debe realizarse únicamente con el talón de la mano.
10. Continúe con los ciclos de 2 ventilaciones por 15 compresiones.
11. Posición del auxiliador: arrodillado a un costado del afectado, manteniendo las dos rodillas sobre el piso y los brazos extendidos formando un ángulo de 90° con respecto al cuerpo de éste.



PARO CARDIO-RESPIRATORIO EN NIÑOS

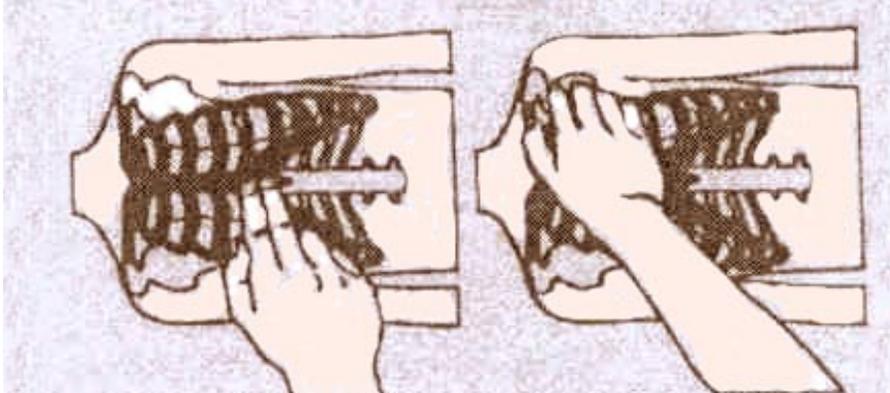
En el caso de los niños, las causas más frecuente de paro cardio-respiratorio son:

- Politrauma por choques automovilísticos
- Caídas
- Quemaduras
- Envenenamiento
- Semiahogamiento
- Asfixia
- Hipovolemia (por hemorragia o deshidratación)

Manejo:

1. Identifique el estado de conciencia. Tómelo del hombro y muévelo ligeramente mientras le habla.
2. Active el servicio médico de urgencias. Si se encuentra solo pida ayuda en voz alta.
3. Posicione al lesionado en decúbito dorsal (boca arriba).
4. Vía aérea permeable. Realice una ligera inclinación de la cabeza y levantamiento del mentón si no existe compromiso cervical. Si sospecha compromiso cervical, realice una tracción mandibular.
5. Observe si respira. Utilice el método VES (ver, escuchar, sentir) durante 5 segundos.

6. Si no respira, de 2 ventilaciones. Cada ventilación debe durar entre 1 y 1.5 segundos. No olvide que se trata de un niño, por lo tanto aplicar una insuflación moderada.
7. Si aún no llega alguien para realizar la activación del servicio médico de urgencias continúe sin interrumpir las maniobras de RCCP más de 30 segundos.
8. Verifique si existe pulso carotídeo durante 5 segundos.
9. Si no hay pulso, dé 5 compresiones torácicas con una sola mano. Cada compresión debe deprimir el tórax una tercera parte de su diámetro (entre 2 y 3 centímetros) y la frecuencia debe ser, al menos, 100 compresiones por minuto.



- Abra la vía aérea y de una respiración artificial.
- Continúe con ciclos de una insuflación por cinco compresiones
- Después de 10 ciclos (1x5), verifique la existencia de pulso y respiración
- Si el lesionado sigue en paro cardio-respiratorio, continúe con la RCCP.
- Verifique el pulso y respiración algunos minutos después.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN BEBÉS

Las causas más frecuentes por la que los bebés pueden presentar un paro cardiorrespiratorio, son las relacionadas con problemas de las vías respiratorias.

- Obstrucción por objeto extraño
- Aspiración de contenido gástrico
- Caídas
- Semiahogamiento
- Electrocutación

Si bien no hay una condición más grave que la del lesionado que está en paro cardiorespiratorio, deben conocerse algunas situaciones que complican la RCCP mientras se está realizando, así como lesiones que pueden resultar directamente del manejo durante la reanimación.

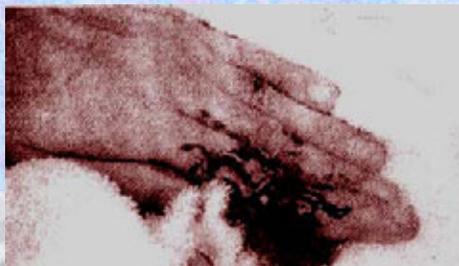
Estas complicaciones son:

1. ***Distinción abdominal y vómito.*** En la fase de la respiración artificial durante la RCCP básica, es común que una parte del aire entre al estómago. Este problema progresa más rápido cuando las ventilaciones se están haciendo con mucha fuerza, la cual llega a abrir el esfínter esofágico y el aire estimula el reflejo del vómito; si existe contenido en el estómago el lesionado vomitará.

El vómito durante la reanimación obliga al rescatista a suspender temporalmente las maniobras debido a que debe ladear al lesionado para drenar las secreciones e impedir que el vómito se introduzca a la laringe y el lesionado se broncoaspire.

2. ***Fractura de arcos costales.*** Las compresiones durante la RCCP pueden fracturar una o varias costillas. Las razones más frecuentes son:
 - *Mala posición de las manos*
 - *Antecedentes patológicos como la enfermedad descalcificante.*
 - *Poca flexibilidad en los huesos como en el caso de lesionados de edad avanzada.*

3



LESIONES

Heridas

Una herida se define como la pérdida de continuidad del tejido blando. Se clasifican de dos maneras: por mecanismo de lesión y profundidad. Veamos algunos ejemplos.

MECANISMOS DE LESIÓN



Cortantes. Son provocadas por instrumentos con filo como cuchillos, vidrios, etc.

Punzantes. Son producidas por un objeto con punta como un desarmador, lápiz, bala, etc., es posible que el objeto que la produjo se encuentre.



Punzocortantes. Provocadas por objetos con punta y filo donde ambos elementos han ocasionado la lesión.

Lacerantes. Pueden producirse accidentalmente por maquinaria, donde hay aplastamiento de miembros o algunos tejidos desgarrados.

Punzocortantes

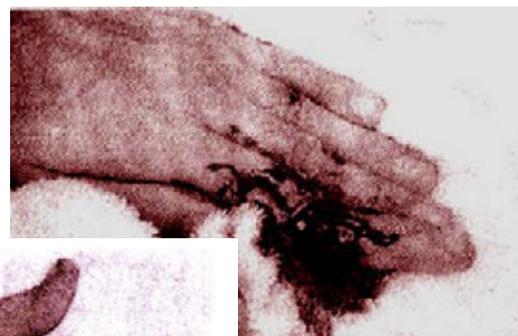
Abrasivas o excoiación. Herida superficial producida por fricción tejido contra una superficie áspera.



Contusas. El instrumento que ocasiona la lesión no tiene filo ni punta y es romo. Tal es el caso de los martillos y los tubos de metal.

Avulsión. Una parte de la piel sufre un corte que la desprende parcial o totalmente del cuerpo, en el caso de ser un desprendimiento recibe el nombre de amputación.

Abrasiva o excoiación



Avulsión

Superficiales. Son aquellas que invaden únicamente los estratos superiores de la piel.

Profundas. Son aquellas que abarcan la piel y que llegan al tejido graso e incluso al músculo.

Penetrantes. Se introducen en una cavidad corporal como el cráneo, el tórax y el abdomen.

Perforantes. Además de penetrar a la cavidad, lesionan algún órgano que se encuentra en ella como el corazón, pulmones e hígado, entre otros.

MANEJO

Cohibir la hemorragia. En caso de que se encuentre un objeto impactado, el método óptimo es presión directa en los bordes de la herida, jamás sobre el objeto.

Si el objeto que produjo la lesión se encuentra adentro no debe removerse o acortarse, a menos que esto último sea físicamente necesario para la transportación. Se deberá tratar de estabilizarlo usando apósitos o gasas.

- *Realizar un barrido de los materiales sobrepuestos en la herida y en el área periférica con una solución estéril de cloruro de sodio al 0.9%. A falta de ésta, el barrido debe ser hecho con agua limpia desde el área proximal de la herida hacia la zona distal.*
- *Lavar la herida con jabón neutro o yodado. Los jabones de tocador, en general, contienen altas concentraciones de sosa, la cual es irritante para los tejidos.*
- *Realizar un barrido secundario para retirar el jabón residual de la herida.*
- *Colocar en el sitio de la herida una solución antiséptica de alto poder bactericida y poco irritante. Los antisépticos yodados son de alta efectividad en concentraciones adecuadas, retírelos con solución salina después de haber limpiado con ellos.*
- *Cubra la herida con gasas perfectamente estériles y fíjela con tela adhesiva.*

Hemorragias

Una hemorragia es la pérdida de sangre circulante, la cual ocasiona taquicardias, palidez de tejidos, entre otros signos. Se clasifican de la siguientes manera:

VASO AFECTADO

Venoso. Se caracteriza por la forma de escurrimiento y el color es oscuro.

Arteriales. Sale la sangre de color rojo brillante, a chorro intermitente y potente debido a la fuerza del corazón.

Capilares. Son por lo general escasas, fácilmente cohibibles y de color rojo brillante.

LOCALIZACIÓN DE LA HEMORRAGIA

Internas. En las cuales la sangre sale de su curso y se acumula debajo del tejido cutáneo, por lo tanto no se expone a la superficie.

Externa. Cuando la localización del vaso sangrante se expone a la superficie y son producidas por cualquier tipo de heridas.

CUANTIFICACIÓN DE SANGRADO

Tipo leve. Porcentaje de pérdida hasta 15%. Cantidad aproximada de 500 ml; ejemplo, un donante.

Tipo moderada. Porcentaje de pérdida entre 5 y 50%. Cantidad aproximada en un adulto de 750 ml a 300 ml. Los síntomas son: taquipnea, disminución de la presión del pulso.

Tipo severa. Porcentaje de pérdida entre el 30%. Cantidad aproximada en un adulto de 2000 ml, presentando al 40% perfusión inadecuada, taquicardia y taquipnea severa, alteración importante del estado mental, coordinación y alteración de la presión sistólica.

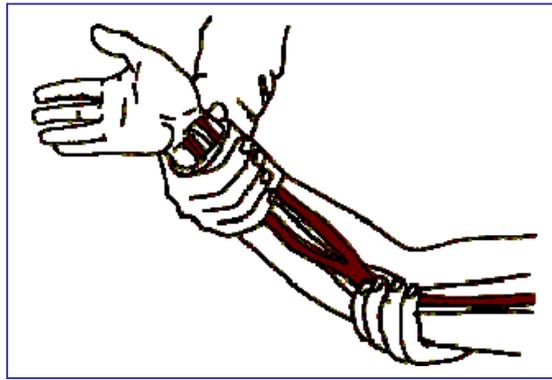
Tipo mortal. Porcentaje de pérdida mayor de 40%. Cantidad aproximada en un adulto más de 21. Los síntomas incluyen taquicardia severa, caída de la presión y pulso, diversidad relevante al mismo estado mental deprimido, piel pálida y fría.

Puntos que corresponden a las arterias:

1. Temporal
2. Subclavia
3. Branquial
4. Cubital / Radial
5. Femoral
6. Femoral
7. Poplitea
8. Pédica

MANEJO

- **Presión directa.** Se presionar la herida usando gasas o pañuelos.
- **Elevación de la extremidad.** Elevarla sobre el nivel del corazón.
- **Compresión indirecta.** Presionar la arteria que lleva la sangre a la herida. Para ello se selecciona el punto de presión más cercano a la herida.
- **Administración de soluciones.** Hartman o Emacel si es personal capacitado.



Quemaduras

Se define como una deshidratación súbita del tejido, el cual puede regenerarse recuperando sus propiedades originales o solo cicatrizar, dejando secuelas que afectan la técnica, el estado emocional del individuo y disfunción en la mortalidad debidas a la sustitución de la piel original por el tejido con menor elasticidad. Se clasifican como sigue:

31



Epidermis

Endodermis

Tejido subcutáneo



Endodermis

Tejido subcutáneo

PRIMER GRADO

Capas que afecta: epidermis
Color: rojo intenso
Espesor: parcial
Dolor local ++
Características específicas: ninguna

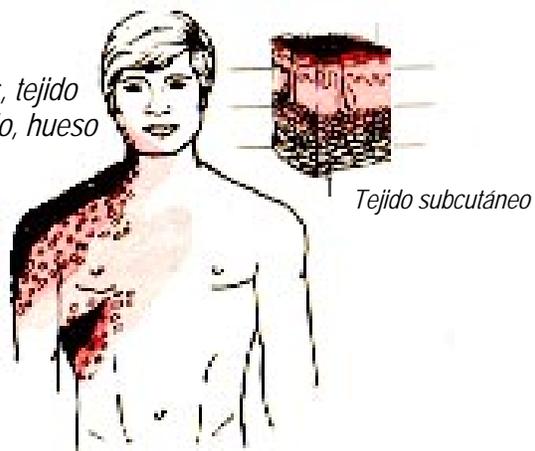


SEGUNDO GRADO

Capas que afecta: epidermis, dermis
Color: rojo muy intenso
Espesor: parcial
Dolor local ++++
Características específicas: flictenas (ampoyas)

TERCER GRADO

Capas que afecta: epidermis, dermis, tejido muscular, músculo, hueso
Color: negro y blanco
Espesor: total
Dolor local no hay
Características específicas: necrosis



MANEJO

- *Active tan pronto sea posible los servicios de urgencia correspondiente.*
- *Detenga el proceso de la quemadura.*
- *Trate primero al lesionado, la quemadura después.*
- *Asegure el ABC del lesionado.*
- *Retire toda la ropa y enseres que puedan tener calor. Aún después de que la ropa del paciente haya sido apagada, el proceso de quemadura puede continuar activo; retire todo aquello que pueda mantener altas temperaturas como los objetos metálicos.*
- *No arranque la ropa adherida a la piel.*
- *Hidrate con agua limpia áreas de la quemadura, esto sirve únicamente para ayudar a disminuir la sensación dolorosa.*
- *No moje más del 10% de la superficie quemada, de prioridad a la cara, cuello, manos, genitales y pies. Mantenga la temperatura corporal del lesionado, las personas quemadas pierden fácilmente el control de su calor corporal y la hipotermia en lesionados quemados es tan grave como el resto de lesiones y complicaciones mortales que pueden presentar.*
- *Coloque gasas estériles humedecidas con solución en las regiones interdigitales para prevenir que se peguen los dedos.*
- *Cubra al lesionado con sábanas limpias.*

Fracturas

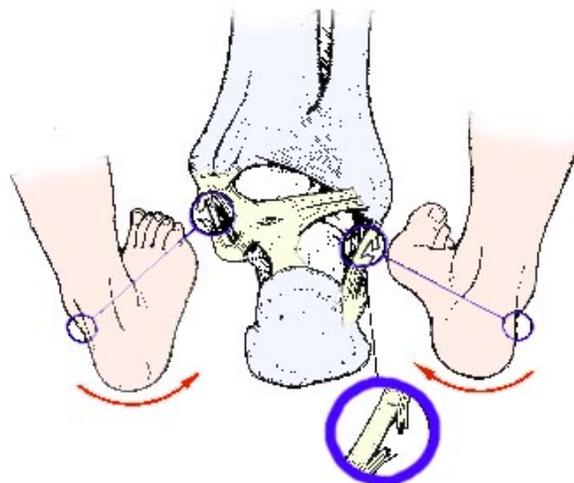
Se entiende por fractura a la pérdida de continuidad del tejido óseo y se pueden originar principalmente por traumatismo y enfermedades patológicas. El término más utilizado es el

que describe que una fractura es la ruptura de un hueso determinado, con una serie de alternativas funcionales.

Existen diferentes patologías que pueden atacar directamente al sistema óseo como: osteoporosis, osteomielitis, tuberculosis, tumores óseos, etc.

El traumatismo puede lesionar cualquiera de nuestros huesos, ligamentos, tendones y músculos. Por otra parte, también puede resultar afectado el paquete vasculo-nervioso, aproximadamente tres cuartas partes del total de traumatismos afectan las extremidades y las fracturas son de tipo más común de lesión. Algunas lesiones pueden llegar a confundirse con una fractura; por tal motivo, a continuación se definirán este tipo de lesiones.

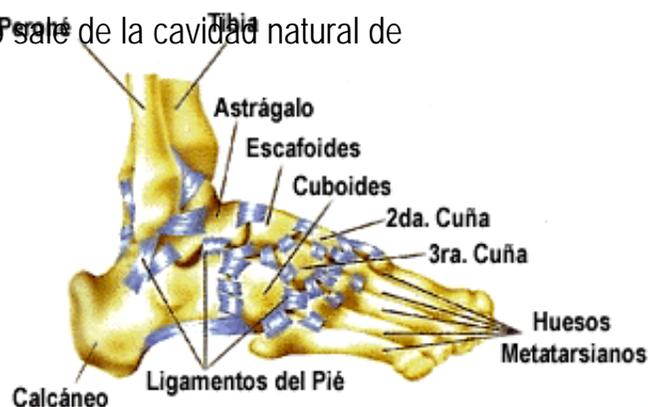
- **Desgarre.** Por esfuerzo demasiado violento y sin tener una preparación adecuada, las fibras musculares se pueden llegar a romper.



}

- **Esguince.** Las articulaciones cuentan con una serie de ligamentos que permiten la unión entre los diferentes huesos que forman la misma. Cuando esta articulación es sometida a fuerzas que arrebatan su resistencia pueden llegar a lesionarse algunos de estos ligamentos.

- **Luxación.** Se presenta cuando el hueso sale de la cavidad natural de su articulación sin romperse.



Articulaciones del Pié (Lado Externo)

Cuando nos encontramos en la duda de si estamos en presencia de una fractura o alguna de las lesiones que anterior-mente se mencionaron, es mejor atender como si fuera una fractura, ya que solo a través de los Rayos X podremos hacer el diagnóstico final.

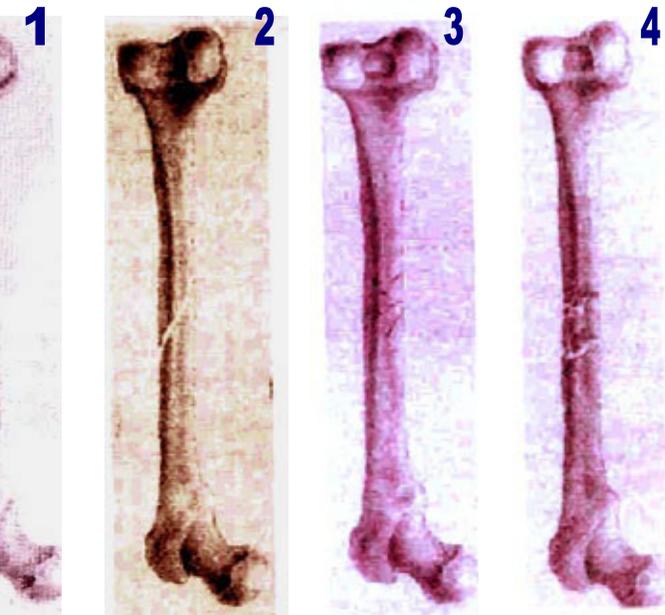
Existen diferentes formas de clasificar las fr. es aprender a diagnosticarlas y con ello brind.

Localización.

Qué hueso se lesionó y en qué parte.

Extensión.

Si fue completa o incompleta.



Configuración de la línea

1. *Transversa*
2. *Oblicua*
3. *Espiral*
4. *Conminuta*

Relación con fragmentos

1. *Cabalgado*
2. *Impactado*
3. *Girado, etc.*



Relación con el medio ambiente

1. *Cerrada*
2. *Expuesta*





2

SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS FRACTURAS

Se debe recordar que la exploración se realice cuando se sospecha de una fractura, estará basada en nuestros órganos de los sentidos, por lo que se debe poner toda atención cuando se efectúe. Las manifestaciones que se pueden presentar son las siguientes:

- *Dolor localizado*
- *Coloración rosada*
- *Temperatura local elevada*
- *Inflamación*
- *Deformación (hasta que no sea corregida la fractura)*
- *Pérdida de la función*
- *Crepitación (chasquido producido por los huesos al desplazarse entre sí)*

Estos datos obtenidos de la valoración aunados a la investigación de los mecanismos de la lesión, nos brindará un mejor diagnóstico para realizar el manejo apropiado.

COMPLICACIONES REGIONALES

Por lo general, una fractura viene acompañada de una serie de complicaciones las cuales deben ser atendidos con base a prioridades, como son: *heridas, hemorragias, ruptura visceral, shock, infecciones*, entre otras.

MANEJO

Es fundamental considerar las prioridades y actuar de inmediato ya que como se mencionó anteriormente, la fractura por lo general trae consigo una serie de problemas asociados y por lo tanto el manejo será de acuerdo a dichas complicaciones.

La rapidez de la consolidación y la perfección para repararse una fractura, depende de si era o no sano el hueso, así como la edad del lesionado; eso son factores importantes en el proceso de consolidación. La curación de la fractura presenta un proceso continuo.

- *Se forma un hematoma en el foco de la fractura en las primeras 72 horas posteriores a ésta, originando un tejido llamado precallo.*
- *Posteriormente se formará un callo fibrocartilaginoso, llamando a esta fase "granulación", la cual dura 5 días.*
- *Después el callo se convierte en callo óseo siguiendo las líneas de sostén para reparación del hueso, cuya fase dura 4 semanas.*
- *Por último tenemos la fase de remodelación.*

Una acción acertada será determinante para la rehabilitación pronta y correcta del hueso, en su defecto se encontrarán complicaciones funcionales.

La inmovilización del miembro afectado será la base del tratamiento para los casos donde se sospeche la fractura y deberá cumplir con las siguientes características:

- *Impedir el movimiento de las articulaciones más cercanas del lugar de la fractura, tanto distal como proximal.*
- *Utilizar materiales que no lastimen más al lesionado.*
- *Manipular la fractura para los dos extremos de la misma*
- *Si el lesionado está muy inquieto y él mismo se está creando un daño mayor, lo podemos inmovilizar por completo.*
- *En fracturas de cráneo, columna vertebral y pelvis, inmovilizar completamente al lesionado.*

Solamente si es necesario alinear el hueso para la inmovilización, de preferencia esperar a llegar con el especialista. Recordemos que una fractura es un problema que siempre necesitará de la atención especializada y por lo tanto no es recomendable que sean atendidos por el huesero o personas sin preparación profesional.



Movimiento y traslado de lesionados

En ocasiones, parte de la labor del proveedor de *Primeros Auxilios Esenciales*, incluye el realizar la movilización de él o los lesionados involucrados, ya sea para ponerlos a salvo de

una situación de peligro, sacarlos de un espacio confinado, colocarlos en una camilla o para trasladarlos en una ambulancia.

A continuación se ilustran algunos de los métodos existentes para movilizar a un lesionado.



- **Levantamiento en bloque.** Realizado por tres personas y utilizado para pasar al lesionado del suelo a la cama o camilla, o viceversa. En caso de existir una cuarta persona, se encargará de manera específica a fijar la cabeza y el cuello de la víctima manteniéndolos alineados con el resto del cuerpo.



- **Levantamiento con silla.** Provee un respaldo más firme al lesionado y mayor facilidad de asirse para quienes brindan el auxilio.



- **Levantamiento en sillas de manos por una persona.** Es particularmente útil en el traslado de niños o individuos con peso inferior a 40 kg.



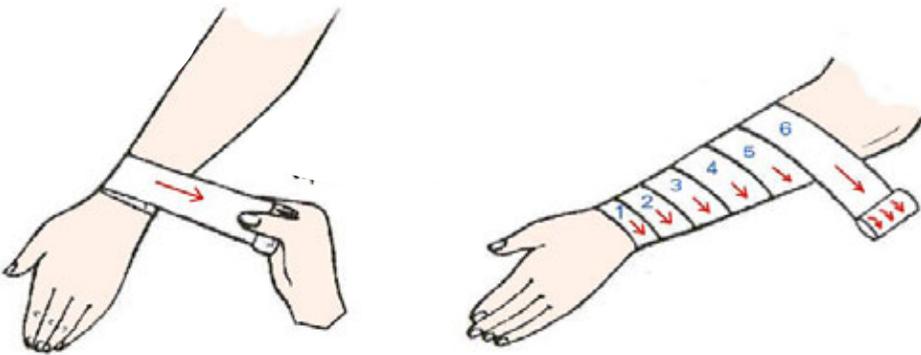
Vendajes

Los vendajes son una herramienta de aplicación clásica en los primeros auxilios, tienen el propósito general de cubrir, comprimir, fijar o sostener, así como reforzar. Es importante considerar que los vendajes deben ser funcionales, estéticos en la medida de lo posible y sobre todo no causar más daño.

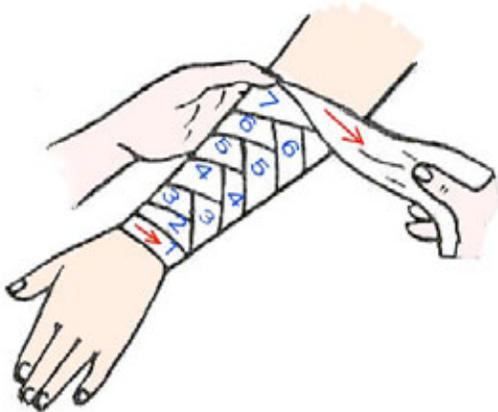
Las vendas pueden clasificarse como vendas de *rollo* y *triangulares*.

Existen decenas, tal vez cientos de vendajes para cubrir prácticamente toda nuestra superficie corporal. Algunos vendajes básicos que seguramente cubrirán las necesidades como proveedores de primeros auxilios son los siguientes:

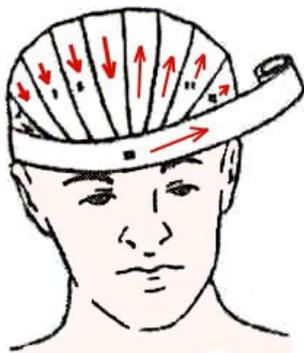
- **Espiral.** Siempre con venda de rollo; nótese la manera de sujetar la venda



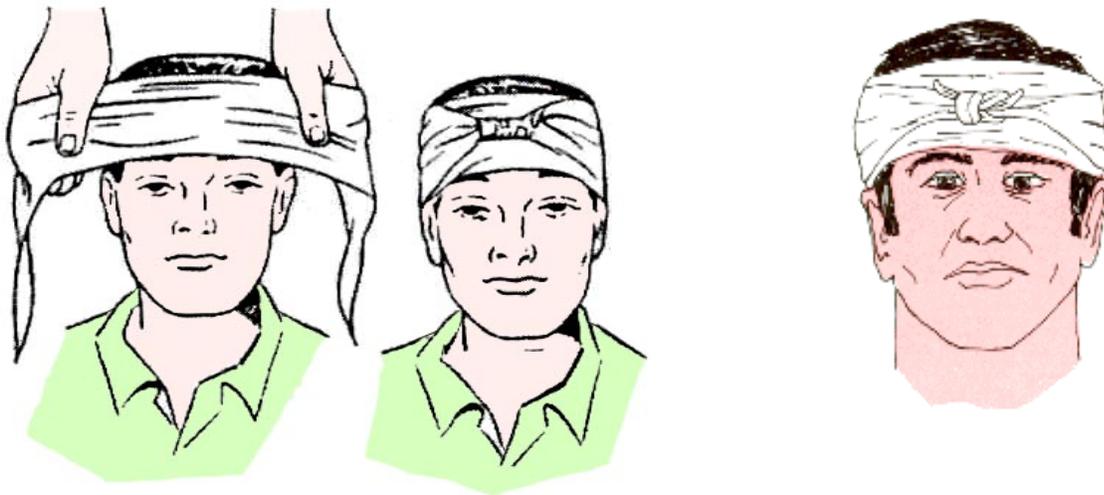
- **Espiga.** Para antebrazo



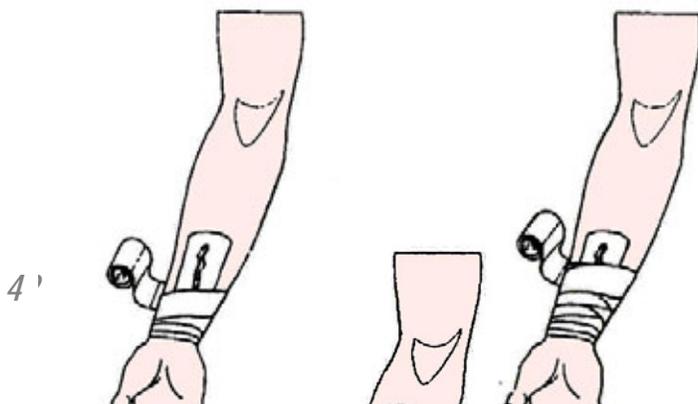
- **Capellina.** Con venda de rollo



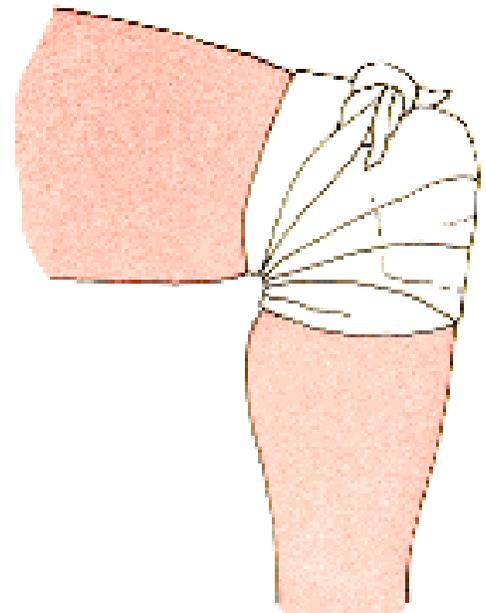
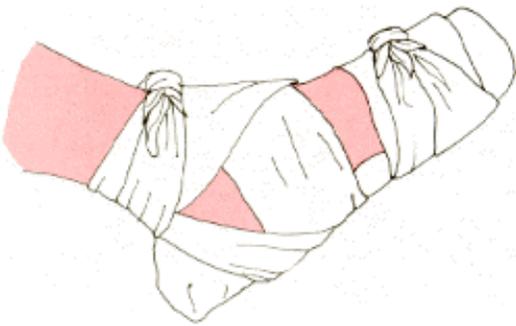
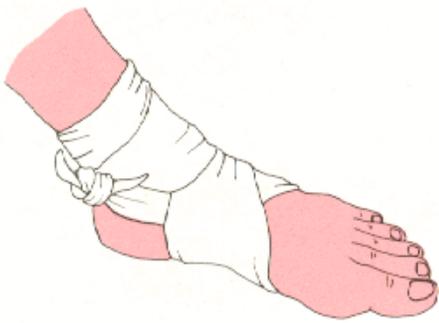
- *Media capellina.* Con venda triangular

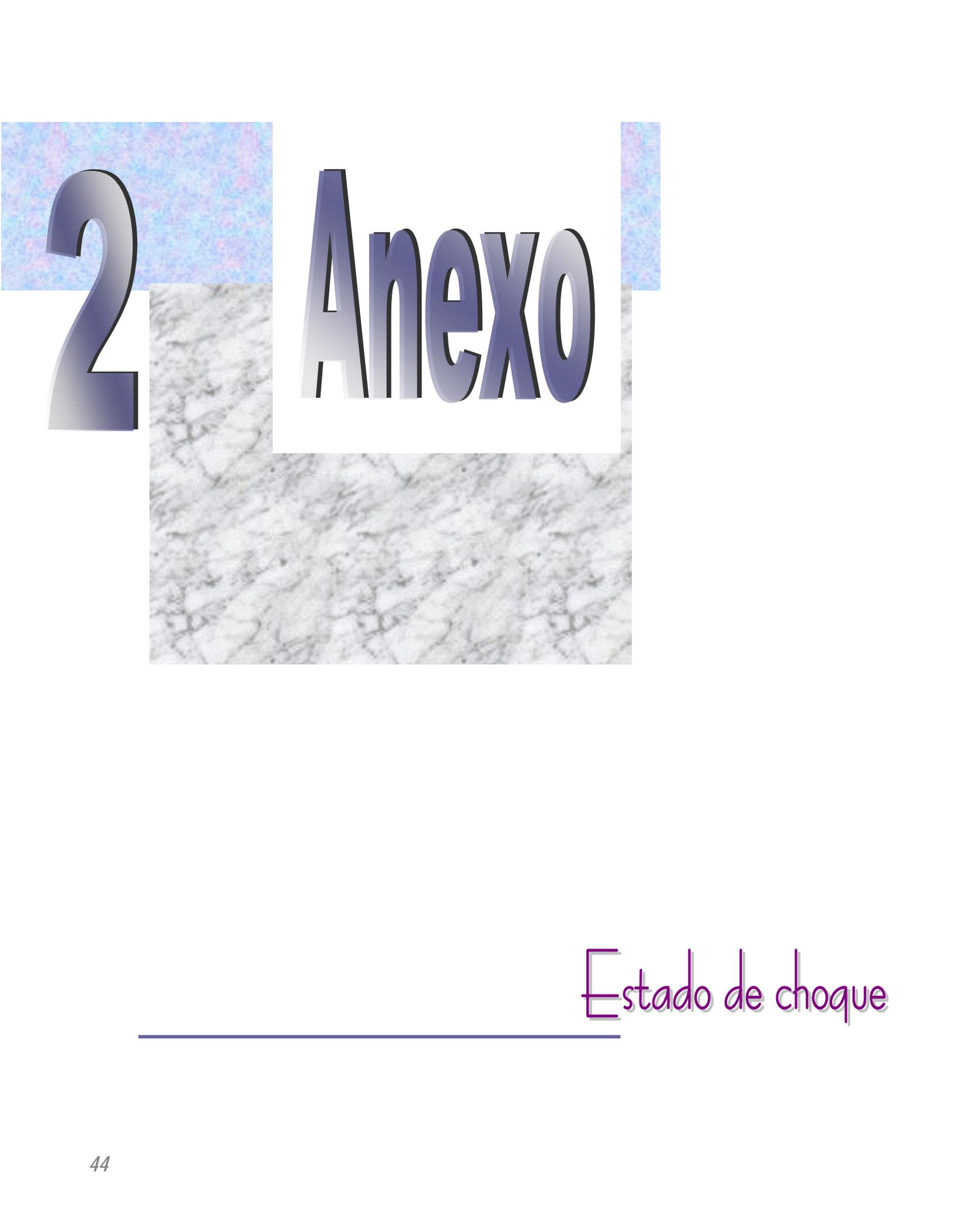


- *Compresivo.* Se coloca una gasa sobre el sitio sangrante y por encima se realiza el vendaje con una venda de rollo en espiga o en espiral. Debe cuidarse especialmente la coloración, llenado capilar, temperatura y pulso de la zona distal del vendaje.



- *Vendaje en pie, tobillo y rodilla*





2

Anexo

Estado de choque

Es la alteración brusca o paulatina de los signos vitales como resultado de una hipoperfusión tisular (*reducción del aporte sanguíneo a los diferentes órganos del cuerpo humano*) y que se puede llevar hasta la muerte .

CAUSAS QUE LO ORIGINAN

- *Hemorragias, son mas frecuentes.*
- *Dolor (choque neurológico)*
- *Estado de estrés*
- *Alergias*
- *Descargas eléctricas*
- *Cualquier traumatismo en general*

IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO DE CHOQUE

Pueden presentarse sólo parte de éstos signos y síntomas, según de la causa y la gravedad de la misma. Asimismo, tenemos que tener presente que si no se da la atención adecuada, la persona se agravará hasta llegar a la muerte.

- *Sudor frío pegajoso*
- *Tez pálida*
- *Pulso acelerado y poco perceptible*
- *Respiración irregular*
- *Debilidad*
- *Mirada vaga*
- *Pupilas dilatadas y tensión arterial baja*
- *Emocionalmente inquieto, nervioso, agresivo e indiferente*

Puede presentarse:

- *Vómito*
- *Cansancio*
- *Ansiedad*
- *Sed*
- *Frío*
- *Boca seca*
- *Sueño*
- *Lenguaje incoherente*

MANEJO

- *Identificar la causa del estado de choque.*
- *Brindar apoyo psicológico de manera continua y alejarlo del sitio del accidente.*
- *Colocarla en posición del Tren de Lenburg.*
- *Retirar objetos de su boca y garganta.*
- *Aislar el piso del lesionado para evitar hipotermia, además cubrirlo*

- con frazada para mantener su temperatura corporal.*
- *Aflojar sus ropas principalmente de cuello, pecho y cintura.*
- *Si existe vómito se debe ladear la cabeza del lesionado para evitar la broncoaspiración.*
- *Mantener la vía aérea permeable.*
- *Dar el tratamiento correspondiente para el tipo de lesión.*

Crisis convulsiva

Las convulsiones pueden tener muchas causas y diversas manifestaciones. Algunos de los factores desencadenantes de una crisis convulsiva son: epilepsia, traumatismos, fiebre, infecciones y masas ocupativas. Las crisis convulsivas se manifiestan por alteraciones

motoras y/o del estado de alerta, resultado de desórdenes en la conducción eléctrica neuronal.

CUADRO CLINICO

- *Pérdida del estado de alerta*
- *Rigidez de extremidades*
- *Salivación abundante*
- *Se puede presentar mordedura o sangrado de la lengua*

MANEJO

- *Activación inmediata del Sistema Médico de Urgencias (SMU)*
- *Retire todos los objetos que se encuentran cerca de la víctima y que pudieran lesionarlo*
- *Proteja la cabeza del paciente poniendo por debajo las manos*
- *Colóquelo de lado si hay vómito o secreciones y manténgalo en esas posición*
- *Mantenga el ABC de la persona en crisis*

LO QUE NO SE DEBE HACER

- *Meter objetos en la boca del paciente “para impedir que se muerda”.* Esto no ayuda y puede ocasionar problemas como fractura de dientes u obstrucción de la vía aérea.
- *Sujetar con fuerza a la persona “para evitar que se convulsione”.* Ningún medio físico puede evitar que cuando ha dado inicio una convulsión, ésta se detenga, en cambio, puede provocar fracturas y luxaciones.
- *Dar de beber o comer a una persona que esta inconsciente, semiconsciente o que no se haya recuperado totalmente.*



Glosario

Abrasión: Herida producida por fricción (raspón)

Avulsión: Herida por la cual se desprende un fragmento del tejido blando.

4 | ***Agudo:*** Evento de presentación subita o abrupta.

Alvéolo: Pequeños sacos que constituyen la

Carotida: Arterias localizadas en el cuello, principales tributarias para la circulación cerebral.

Cefalea: Dolor de cabeza.

Cervical (cervix): Relacionado con el cuello.

Cianosis: Coloración amoratada especialmente visible en las zonas más vascularizadas de la

Crioterapia: Aplicación de frío en un tejido o extremidad con fines analgésicos o antiinflamatorios.

Crónico: Evento de establecimiento paulatino y generalmente de larga duración.

Diaforesis: Sudoración profusa y fría.

Dilatación: Expansión o alargamiento.

Dislocación: También llamada luxación

Heimlich: Maniobra utilizada para desalojar un objeto extraño de las vías respiratorias, consiste en realizar comprensiones entre el ombligo y el apéndice xifoides de la víctima.

Hemático: Referente a la sangre.

Hematoma: Acumulación de sangre.

Hepático: Referente al hígado.

Hiper: Prefijo que significa superior o excesivo

Osteoporosis: Padecimiento crónico degenerativo que produce reblandecimiento de tejido óseo a expensas de desmineralización, particularmente del calcio.

Palpación: Parte del método clínico de la exploración del paciente que consiste en buscar signos por medio del tacto.

Palpitación: Sensación de aumento de la frecuencia cardíaca referido por el paciente.

Shock: (choque) Síndrome agudo multietiológico de hipoperfusión tisular sistémica.

Signo Vital: Manifestación objetiva de vida: respiración, frecuencia respiratoria, pulso, frecuencia cardíaca, llenado capilar, reflejo fotomor y temperatura.

Síntoma: Manifestación subjetiva de vida: náusea, dolor, visión doble.



INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVO

1

Evaluación de la escena

Evaluación de la escena.....	3
▪ Seguridad.....	3
▪ Factores que determinan el mecanismo de lesión	5
▪ Número de pacientes	6
Servicio Médico de Urgencias	7
▪ A dónde llamar?	7
▪ Evaluación inicial	8

2

Obstrucción de la Vía Aérea y Reanimación Cerebro Cardio Pulmonar

Obstrucción de la Vía Aérea	17
▪ Anatomía.....	17
▪ Clasificación de la OVA	18
▪ Desobstrucción de la OVA por objeto extraño.....	19
▪ Maniobra de Heimlich	20

Reanimación Cardiopulmonar Básica	23
• Definiciones	23
• Localizaciones anatómicas básicas para dar RCP	24
• Causas de paro cardi-respiratorio	26
• Maniobra de RCCP	27
• Supervivencia al paro cardio-respiratorio.....	30

3

Lesiones

Heridas.....	37
▪ Mecanismos de lesión.....	37
▪ Por su profundidad	38
Hemorragias	41
▪ Vaso afectado.....	41
▪ Localización de la hemorragia	41
▪ Cuantificación de sangrado.....	42

Quemaduras_____	43
Fracturas_____	47
▪ <i>Signos y síntomas de las fracturas</i> _____	50

ANEXO 1

Movimiento y traslado de lesionados____	55
Vendajes_____	57

ANEXO 2

Estado de choque _____	63
Crisis convulsiva _____	65

GLOSARIO _____	67
-----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA _____	73
---------------------------	----

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CMIFCA



Ciudad Universitaria, D.F., 2001



Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez
RECTOR

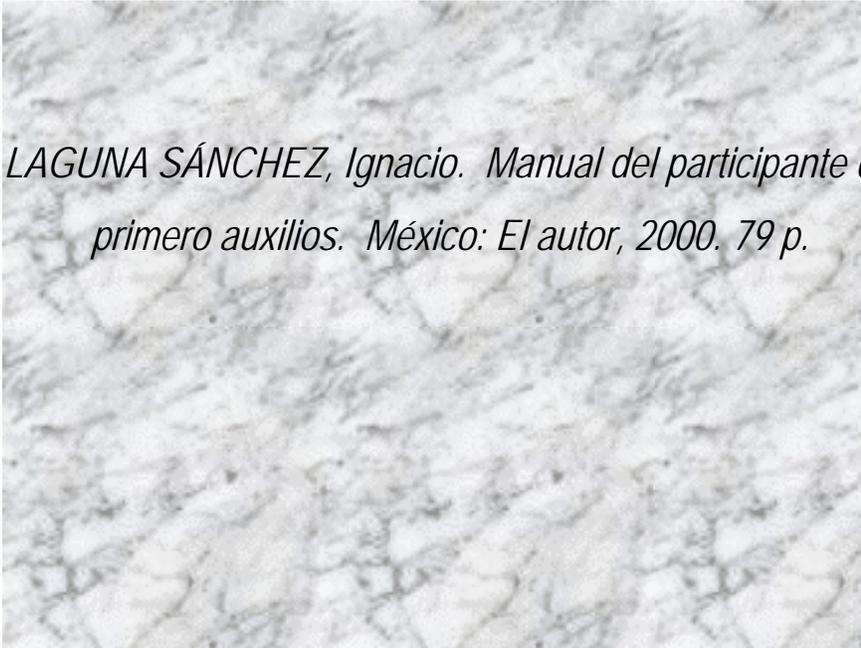
C. Guadalupe Carrasco C. M.
SECRETARIA DE CULTURA Y EDUCACIÓN

Lic. Enrique del Val Blanco
SECRETARIO GENERAL REPRESENTANTES ANTE LA CMPCA

C. Juan Jesús Palomares González
Dr. Daniel L. Barrera P. Lic. María de Lourdes Zea Rosales



BIBLIOGRAFÍA



LAGUNA SÁNCHEZ, Ignacio. Manual del participante de primero auxilios. México: El autor, 2000. 79 p.

INTRODUCCIÓN

El presente módulo forma parte del programa de capacitación para el puesto de vigilante, en el se ofrecen los elementos teórico-prácticos (básicos), que le permitirá reconocer algunas de las lesiones más frecuentes que se presentan en la comunidad universitaria, con el objetivo de proporcionar una atención oportuna en caso de una urgencia, hasta que llegue el servicio especializado.

Esta información es importante, ya que el vigilante en la mayoría de los casos, es el primer punto de contacto cuando se presenta una urgencia, y él podrá prestarle los primeros auxilios mientras llegan los servicios.

El presente manual tratará los siguientes temas: Evaluación de la escena, activación del servicio médico de urgencias, evaluación inicial, obstrucción de la vía aérea, reanimación cardiopulmonar básica, vendajes, heridas, hemorragias, quemaduras y fracturas.