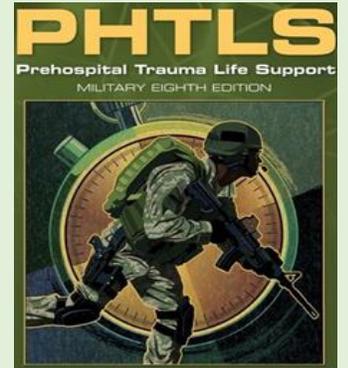


# GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS



*Solo la práctica del peor escenario posible,  
nos permitirá estar preparados,  
para cualquier emergencia*



*Por el Sargento Mariano Ricardo SMORZEŃUK, Escuela de Infantería*

## INDICE

Introducción	3	Episodio de Epilepsia	24
Signos y Síntomas	4	Accidente Cerebro Vascular	25
Signos Vitales	4	Presión Arterial Alta	27
Evaluación Pre-paciente	5	Presión Arterial Baja	28
Evaluación Primaria	5	Parada Cardiorespiratoria y RCP	28
<b>Terminología Precisa</b>		Desfibrilación	35
Trauma	6	Infarto	36
Politraumatismo	6	Ofidismo	38
Esguince	6	Botiquín	39
Luxación o Dislocación	7	Conclusión	40
Desgarro Muscular	7	Glosario	40
Espasmo Muscular	7	Bibliografía	40
Contusión	7		
Hemorragias	7		
Heridas	7		
Heridas Profundas y de Armas de Fuego	10		
Fracturas	11		
Inyecciones	12		
Alergias	13		
Suturas	13		
Cauterizar	14		
Ampollas	14		
Infección	15		
<b>Afecciones Producidas por el Sol</b>			
Deshidratación	16		
Calambres por calor	16		
Insolación	16		
Golpe de Calor	17		
Quemaduras	17		
Ceguera de Nieve	18		
Hipotermia	18		
Mal Agudo de Montaña MAM	19		
Cámara hiperbárica	21		
<b>Problemas Cotidianos</b>			
Atragantamiento	22		
Ahogamiento	22		
Desmayo, Síncope y Lipotimia	23		
Shock	24		

## INTRODUCCIÓN

Las Técnicas de Primeros Auxilios consisten en esa primera ayuda, imprescindible y necesaria, que se desarrolla en favor de una o varias víctimas, afectadas súbitamente por una lesión, ya sea por un accidente o un desorden en el organismo. La respuesta rápida y correcta no solo salva vidas, si no que disminuyen el riesgo de secuelas que deterioran el nivel de vida.

Una urgencia, podría definirse como toda situación anormal en la que se ha generado un daño a personas y requiere la puesta en funcionamiento de uno o varios protocolos de emergencia para su propia y efectiva resolución. Estos protocolos son sistemas de actuación, establecidos tras un estudio de las diferentes situaciones de urgencia que puedan darse, y que han de seguirse de manera puntual y ordenada, para asegurar así la neutralización del peligro o el cese de los daños en el menor tiempo y de la manera más efectiva posible.

Son estos protocolos los que establecen el orden de prioridad en la asistencia a las víctimas, pero siempre se ha de contar con el análisis previo, que haga el socorrista o la persona encargada de activar el sistema de emergencia, con respecto a la situación a resolver, eligiendo bajo su criterio el protocolo más adecuado para alcanzar dicha meta.

Es aquí, en los criterios de elección, donde nos debemos centrar ahora, y enumerar una relación (no cerrada) de principios que han de guiarlos:

- a) No correr peligros innecesarios, ser conscientes de nuestras limitaciones y no ejecutar acciones temerarias.
- b) Pedir ayuda siempre, aportando toda la información de importancia, de forma breve y concisa, y solicitando los recursos que, a nuestro juicio, puedan ser necesarios para llevar a buen término la urgencia.
- c) Seguir los protocolos de emergencia.
- d) Ser la primera línea de ayuda, mantener la seguridad y estabilidad dentro de lo posible, y resistir lo que razonablemente se pueda.
- e) Mantener la serenidad y sangre fría, pero la mente despierta.
- f) Actuar según la gravedad y prioridades que la urgencia nos imponga.

## Saber qué observar, salva vidas

Debemos tener en cuenta que está a nuestro alcance salvar una vida, simplemente al reconocer los signos y síntomas de una persona y aplicar un protocolo ya establecido e informando inmediatamente al sistema de salud de ser necesario.

### SIGNOS Y SINTOMAS

Los **signos vitales** reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. La atención médica debe observar, **medir** y vigilar sus **signos vitales** para evaluar su nivel de funcionamiento físico.

Los **síntomas** no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos. Algunos ejemplos de síntomas son el dolor de cabeza, el cansancio crónico, las náuseas y el dolor.

El **síndrome** por definición es conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una enfermedad o a una condición que se manifiesta en un sujeto y que puede tener o no causas conocidas.

### SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca	FC
Frecuencia Respiratoria	FR
Temperatura	T°
Presión Arterial	PA (difícilmente la pareja tenga un tensiómetro, por eso, en la patrulla debe ir siempre un enfermero).

#### **Frecuencia Cardíaca:**

FC normal 60-100 Lpm

Bradycardia, menos de 60	Antecedentes familiares Deportistas Efectos secundarios de fármacos
Taquicardia, más de 100	Miedo Ansiedad Estrés

#### **Frecuencia Respiratoria:**

FR Normal: Eupnea 8-16 Rpm

Bradipnea, En personas que llevan a cabo un entrenamiento deportivo.

Quando hay afectación de los músculos relacionados con la respiración, intercostales diafragma.

En condiciones traumáticas cuando hay fracturas de las costillas y/o el esternón.

En las personas que sufren enfermedades que obstruyen el normal paso del aire a través de los bronquios.

Consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Uso de medicamento.

Taquipnea: Pánico o agobio

Problemas de asma o asfixia

Enfisema

Infecciones pulmonares como neumonía o coágulos de sangre en los pulmones

Alergias

Embolias

Problemas pulmonares obstructivos crónicos

*La mala oxigenación puede reconocerse por el color cianótico en la piel, debajo de las uñas, labios y contorno de ojos. Se agrava al tener dolor de pecho, fiebre o tos con flemas. Usar oxímetro=95%/100%*

#### **Temperatura:**

*Temperatura normal* está entre 35 y 37°C.

*Estado febril o febrícula* 37,1-37,9°C

*Hipertermia o fiebre* 38°C

Síntomas: Confusión, náuseas, vómitos, respiración acelerada, rigidez de nuca y fuertes dolores de cabeza, piel seca, delirio o alucinaciones.

Causas: Deshidratación, infección, fatiga, sed, sudor excesivo.

*Hipotermia leve* 33 °C y 35 °C: Va acompañada de temblores, confusión mental, torpeza de movimientos, dificultad para hablar y cuerpo tembloroso.

*Hipotermia moderada* 30 °C y 33 °C: Se considera y a los síntomas anteriores se suman desorientación, estado de semiinconsciencia, cambios de color de piel y pérdida de memoria.

*Hipotermia grave* Por debajo de los 30 °C: Pérdida de la consciencia, dilatación de pupilas, bajada de la tensión y latidos cardíacos muy débiles y casi indetectable.

#### **Presión arterial:**

La presión arterial es la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg). La presión arterial se expresa en dos números, como por ejemplo 112/78 mm Hg. El primer número (sistólico), es la presión cuando late (se contrae) el corazón. El segundo número (diastólico) es la presión cuando el corazón descansa entre latidos.

## EVALUACION PRE-PACIENTE

SEGURIDAD: priorice la seguridad del rescatista (puede estar sobre un cable eléctrico o un charco de sangre producto de un tirador).

ESCENA: medio ambiente, tránsito, armas, fuego, etc.

SITUACION: la oportunidad puede posponerse en caso de que el peligro continúe.

## EVALUACIÓN PRIMARIA

**X** EXANGUINANTE (detener cualquier hemorragia que pueda significar un riesgo de vida)

**A** APERTURA DE VIAS AEREAS Y CONTROL DE COLUMNA VERTICAL

**B** VENTILACION-RESPIRACION (sin dolor ni ruidos)

**C** CIRCULACION (palidez, sudoración fría y húmeda, relleno capilar, abdomen y pelvis.)

**D** DAÑO NEUROLOGICO (estado verbal, doloroso e inconsciente Ela GLASGOW)

**E** EXPOSICION CORPORAL COMPLETA(los pacientes también tienen espalda).

*ENCONTRAR Y TRATAR LAS LESIONES POTENCIALMENTE LETALES*

## TERMINOLOGÍA PRECISA

Debemos hablar todos el mismo idioma: la información precisa garantiza un adecuado planeamiento del sistema de salud pública en la toma de decisiones, las ambulancias pueden estar preparadas para alta complejidad y faltar algún recurso por recibir información incompleta. Para ello necesitan que usemos los términos correctos en cada escenario:

### TRAUMA:

*Es toda lesión que se le produzca al organismo.*

### POLITRAUMATISMO

*Se define como politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos.*

*En la primer hora de ocurrido el accidente (hora de oro), el objetivo es realizar las maniobras de resucitación y estabilizar al paciente. El manejo se lleva a cabo mediante las siglas XABCDE,*

*El desarrollo de una sistemática de evaluación evita que alguna lesión pueda pasar desapercibida.*

*Al acercarse identificar el daño neurológico, en todo paciente politraumatizado se debe suponer una lesión en la columna cervical.*

*MES si no respira observe las vías aéreas y desobstruir, la ausencia de respiración en pocos minutos será una parada cardiorespiratoria.*

### ESGUINCE

*Separación temporal de la articulación, generando el estiramiento o ruptura del ligamento, normalmente por una torcedura muy fuerte.*

## LUXACIÓN O DISLOCACIÓN

Es sacarse del lugar.

## DESGARRO MUSCULAR/tirón o distensión.

Es la lesión del tejido muscular y sus vasos sanguíneos, que recorren músculo o tendón impidiendo contraerlo, causado por una hiperelongación o esfuerzo superior.

## ESPASMO MUSCULAR/calambre

Es una contracción continua involuntaria. El músculo se endurece y abulta por falta de oxígeno, agua o minerales.

## CONTUSIÓN

Es un golpe que no genera hemorragia externa, con distintos niveles de gravedad según la energía, (dolor e inflamación, hematoma o fractura)

## HEMORRAGIAS

Pérdida de sangre del sistema circulatorio por la ruptura de un vaso sanguíneo

ORIGEN: Capilar, venosa y arterial.

UBICACIÓN: Interna o externa.



### **Cuidados ante un sangrado nasal**

- **Siéntate derecho e inclínate hacia adelante:** Sentarse hacia adelante te ayudará a que no tragues sangre, lo que puede irritar el estómago. Además de ver cuanta sangre se pierde.
- **Presiónate la nariz.** Utiliza los dedos pulgar e índice para presionar la parte blanda de la nariz (que suele detener el flujo de sangre). Respira por la boca. Continúa presionando entre 10 y 15 minutos.

## HERIDA

Pérdida de la continuidad de la piel (permitiendo la contaminación con bacterias, hongos, virus, parásitos, etc. Produciendo una infección).

Tipos de herida según causa:

**Heridas cortantes:** Producidas por objetos con extremos filosos como latas, vidrios, cuchillos, que pueden seccionar músculos, tendones y nervios. Los bordes de la herida son limpios y lineales, la cantidad del sangrado depende del lugar y la cantidad de los vasos sanguíneos lesionados.

**Heridas punzantes:** Son producidas por objetos puntiagudos, como clavos, agujas, anzuelos o mordeduras de serpientes. La lesión es dolorosa, el sangrado puede ser escaso y el orificio de entrada es poco notorio; es considerada la más peligrosa porque puede ser profunda, haber perforado vísceras y provocar hemorragias internas. Son *heridas de fácil infección, ya que la limpieza de la herida se dificulta* o no es atendida como debe ser. Una complicación común es el tétanos. Si el objeto continúa dentro de la herida, se lo inmoviliza y se lo transporta al hospital, ya que el objeto podría estar presionando los vasos, deteniendo una hemorragia.

**Heridas corto-punzantes:** Producidas por objetos agudos y afilados, como tijeras, puñales, cuchillos, o un hueso fracturado.

**Heridas laceradas:** Producidas por objetos que tienen bordes filosos e irregulares como el de un serrucho. El tejido se desgarra.

**Raspaduras, excoriaciones o abrasiones:** Es la producida por un roce de la piel sobre superficies duras. Son los clásicos raspones, producidas en caídas. Este tipo de herida es dolorosa, hay sensación de ardor, el sangrado es escaso. Sin la limpieza y atención adecuada se puede infectar con facilidad.

**Heridas contusas:** Producidas por golpe, compresión o choque sin que haya pérdida de la solución de continuidad de la piel o de las mucosas (éstas ceden sin romperse, debido a su elasticidad). Por piedras, palos, golpes de puño o con objetos duros. Hay dolor e inflamación.

**Amputación:** Es la pérdida parcial o completa de una extremidad como: un dedo, una mano, un brazo, pie, etc.

**Aplastamiento:** Cuando las partes del cuerpo son atrapadas por objetos pesados. Pueden incluir fracturas óseas, lesiones a órganos externos y a veces hemorragias externa e interna abundantes.

**Moretón/hematoma:** Es el daño a los tejidos blandos y vasos sanguíneos por debajo de la piel. El tejido pierde su color y se inflama. Inicialmente la piel sólo se ve roja; pero con el tiempo se vuelve de color morado o rojo oscuro. Un moretón grande o muy doloroso es señal de un daño severo a los tejidos.

#### **PRIMEROS AUXILIOS EN HERIDAS LEVES:**

- Procura inmediatamente quitar anillos, pulseras u otros objetos que puedan obstruir la circulación sanguínea en caso de inflamación (edema).
- Tratar la hemorragia.
- Limpiar con agua por arrastre, si está muy sucio utilizar cepillo.
- La curación es del centro hacia afuera en espiral para arrastrar cualquier contaminante que haya quedado.
- Si la herida no sangra la puedes dejar descubierta, siempre y cuando no sea expuesta a factores infecciosos. También puedes cubrir la herida con una gasa estéril, puedes fijarla con una venda (no apretada), o con cinta médica adhesiva.
- Cambia la gasa diariamente, observa si la piel presenta inflamación, enrojecimiento o dolor. Si este es el caso, comunícate con tu médico para que te recete el medicamento adecuado.

#### **PRIMEROS AUXILIOS EN HERIDAS GRAVES:**

La hemorragia continúa siendo la primera causa de muerte en accidentes. Su control efectivo mejora significativamente la supervivencia. Actualmente se autoriza el uso del torniquete preservando la vida antes que lo estético (un miembro). Los torniquetes arteriales actúan a través de la compresión del músculo y de otros tejidos que rodean a las arterias de las extremidades, lo que hace que se produzca un colapso de la luz de dichas arterias con interrupción del flujo distalmente al torniquete. Su aplicación excesivamente prolongada (más de 1,5-2 h) podía causar lesiones musculares, nerviosas y vasculares, con un síndrome denominado *parálisis del torniquete*. Además, también es conocida la lesión isquémica irreversible del miembro en los casos en los que el torniquete se mantiene colocado durante más de 6 horas; en estas circunstancias se recomienda la amputación del miembro por encima del nivel del torniquete. Es importante resaltar que una vez colocado y rotulado el torniquete no se lo manipula más hasta su llegada al quirófano ya que podrían haberse formado coágulos que podrían afectar al herido.

Los recientes conflictos militares han renovado el interés en el desarrollo de nuevos y mejores agentes hemostáticos para su uso en operaciones militares. Entre estos nuevos preparados señalaremos el Quick-Clot® (QC), el Hemcon® (HC), el Celox® (CX), Wound Stat® (WS) y el Combat Gauze® (CG), como componentes de los botiquines de primera urgencia que portan los combatientes de diferentes ejércitos.



En el ambiente civil, una vez que se coloca el torniquete, solo se lo quita en un quirófano.

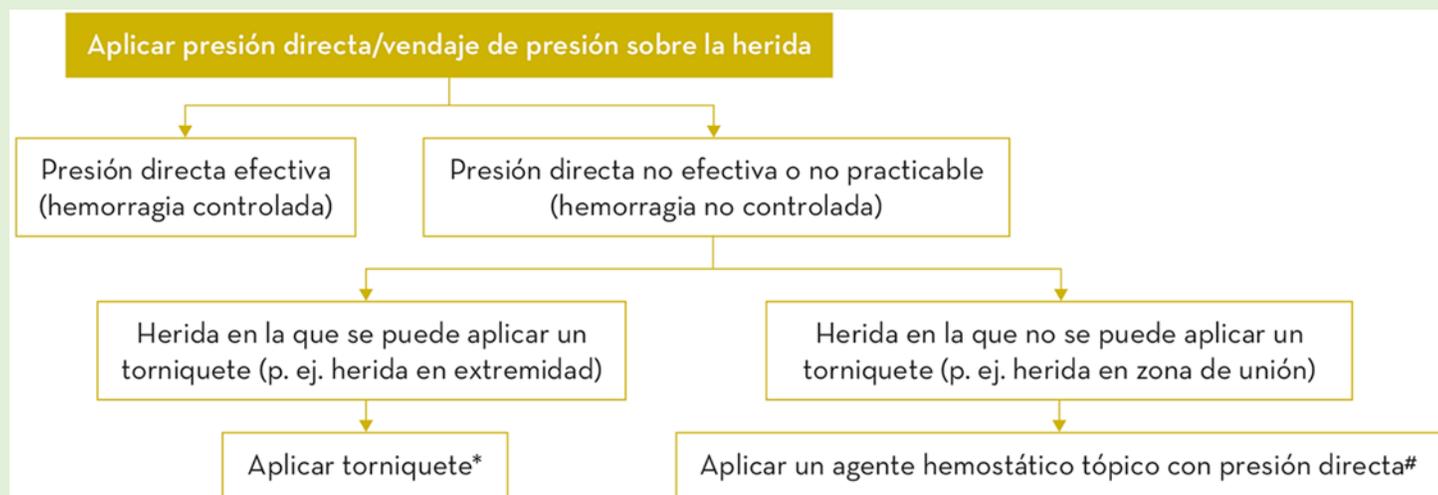


Botiquín utilizado por la tropa desplazada en zonas de combate actualmente



Torniquete táctico

## HERIDAS PROFUNDAS Y DE ARMAS DE FUEGO



En el manejo de una hemorragia producida por arma de fuego encontramos diferentes técnicas: compresión del punto sangrante, la elevación del miembro afectado, el vendaje compresivo, la compresión de la raíz arterial y el torniquete.

Las heridas por arma de fuego pueden causar lesiones graves, como:

- Hemorragia intensa
- Daño a tejidos y órganos
- Huesos rotos
- Infecciones de heridas
- Parálisis

El uso de apósitos hemostáticos está ampliamente recomendado, aunque también pueden usarse apósitos convencionales para conseguir, mediante el rellenado de la herida y la aplicación de presión sobre la misma, la hemostasia.

### **EL EMPAQUETADO DE HERIDAS (*WOUND PACKING*)**

El empaquetado de heridas es una técnica de contención de hemorragias ampliamente utilizada en cirugía y en el cuidado de heridas. Su principio es sencillo: comprimir la herida mediante la introducción de material textil en su interior. Los apósitos hemostáticos, o apósitos de combate (combat gauze), son un elemento muy usado en la actualidad para el control de las hemorragias mediante la técnica del empaquetado. Son apósitos de gasa convencional impregnados con una sustancia hemostática.

Para realizar la compresión de la herida, una vez se ha efectuado el empaquetado de la misma, se puede usar un vendaje compresivo clásico, como una venda elástica convencional o un vendaje de compresión especial, denominado vendaje israelí; este dispone de una barra de compresión (o aplicador de presión) que permite aumentar y mantener la presión del vendaje aplicado. La barra de compresión es un elemento que cumple una triple función: permite ejercer presión, evita la pérdida de la compresión y ayuda a fijar el extremo del vendaje al finalizar la aplicación.



**Reconoce una traumatopnea.** Si una bala ha penetrado en el pecho, es probable que ocurra una traumatopnea. El aire entra a través de la herida pero no sale, lo que hace que el pulmón colapse. Los signos de una traumatopnea incluyen un sonido de succión que proviene del pecho, tos con sangre, sangre espumosa proveniente de la herida y falta de aire al respirar. Si tienes dudas, debes tratar la herida como una traumatopnea,

**Busca la herida y exponla.** Busca la herida y retira la ropa que está sobre esta. Si la tela se pega, córtala alrededor la herida. Determina si existe un orificio de salida y de ser así, debes tratar a ambos lados de la herida de la víctima.

**Sella la herida en tres lados.** Utiliza material hermético (el plástico es el más óptimo) y pégalo con cinta adhesiva alrededor de la herida cubriendo todos los lados excepto la esquina inferior. El oxígeno se escapará por este orificio.

- A medida que sellas la herida, pídele al paciente que exhale por completo y continúe respirando normalmente. Esto forzará al aire a salir de la herida antes de terminar de sellarla.

**Presiona directamente sobre ambos lados de la herida.** Sujétalas firmemente en su lugar envolviéndolas con vendas.

### FRACTURA:

*Interrupción de la continuidad de la estructura ósea.*

Tipos abierta y cerrada

#### Cerrada

Signos: Tanto articular como extaarticular

Valorar el flujo sanguíneo, aumenta inflamación.

Dolor aumenta, al mover o presión

Impotencia funcional severa

Deformidad secundaria al desplazamiento de fragmentación.

Manejos: Inmovilizar tanto la articulación distal como la proximal.

Valorar el flujo sanguíneo tras el vendaje

Administrar analgesia y evacuar

## Abierta

Signos y síntomas: se caracteriza por la exposición de fragmentos óseo. Prestar atención a hemorragias y posible infección.

Manejo: tratar la hemorragia

Limpiar la herida, cubrir con gasas húmedas

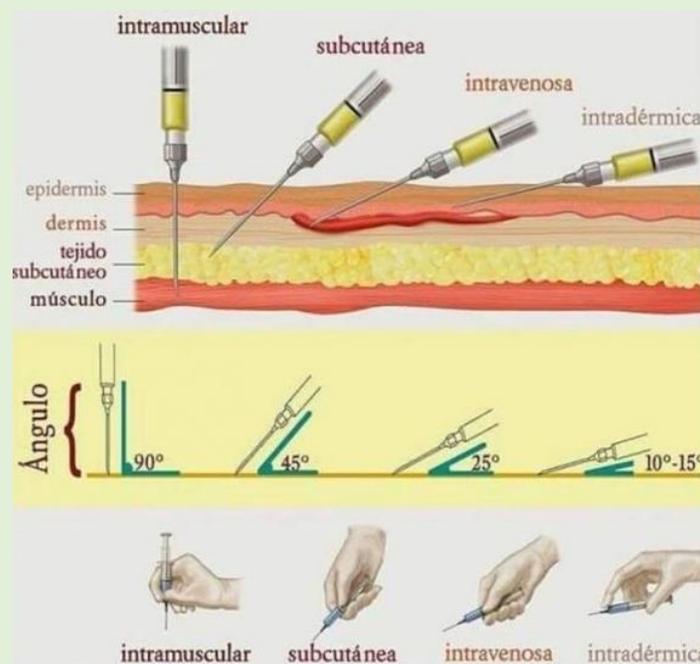
Inmovilizar

Administrar analgesia y evacuar

*Detalle a tener en cuenta: nunca se debe realinear los huesos, porque en el intento podría cortar un vaso y causar una hemorragia interna. Se los inmoviliza o entablilla ya sea con férulas o elementos en circunstancias (desde un sable bayoneta a un palo de escoba) que me ayuden a cumplir con mi objetivo.*

## INYECCIONES

Se llama inyección al medicamento que se suministra a través de una punción a presión con una aguja hipodérmica y una jeringa



*Las agujas se diferencian por color y medidas para cada necesidad*

1 – VERDE – Uso intramuscular: vacunas y otros fármacos, como analgésicos, anti-inflamatorios, antibióticos, etc. Normalmente aguja [0,8 x 25 mm \(21 G 1\)](#)

2 – AMARILLA O GRIS – Uso intradérmico, pruebas cutáneas y anestésicos locales. Normalmente [aguja 0,3 x 12 mm \(30 G 1/2"\)](#) o [aguja 27 G \(1 1/2\)](#)

3 – ROSA – Uso intravenoso, medicación urgente o fármacos para diluir en suero. Normalmente [aguja 1,2 x 40 mm \(18 G – 1 1/2\)](#)

4 – AMARILLA – Uso intravenoso/intramuscular. Normalmente aguja [0,9 x 25 mm \(20 G 1\)](#)

5 – NARANJA – Uso subcutáneo insulinas, vacunas, etc. Normalmente [0,5 x 16 mm \(25 G 5/8"\)](#)

## ALERGIAS

Si estás con alguien que está teniendo una reacción alérgica y muestra signos de anafilaxia:

- Llama de inmediato al 911 o al número local de emergencias médicas.
- Pregúntale a la persona si lleva consigo un **kit de emergencia**, un autoinyector de epinefrina (EpiPen, Auvi-Q u otros) para tratar ataques de alergia.
- Si la persona dice que necesita usar un autoinyector, pregúntale si debes ayudarla a inyectarse el medicamento. Por lo general, esto se hace presionando el autoinyector sobre el muslo de la persona.
- Pídele a la persona que se acueste boca arriba y se quede quieta.
- Afloja la ropa ajustada y tapa a la persona con una manta. No le des nada para beber.
- Si vomita o sangra por la boca, coloca a la persona de lado para evitar que se atragante.
- Si no hay signos de que esté respirando o tosiendo y no se mueve, comienza a hacer reanimación cardiopulmonar. Haz presiones continuas en el pecho (aproximadamente 100 por minuto) hasta que lleguen los socorristas.
- Obtén tratamiento de urgencia aunque los síntomas empiecen a mejorar. Después de la anafilaxia, es posible que los síntomas vuelvan a aparecer. Por lo general, se requiere supervisión en el hospital durante varias horas.
- En casos leves se usa Loratadina, que alivia temporalmente (estornudos, secreción nasal, picazón en los ojos, nariz y garganta, etc.)

## SUTURAS

Una sutura es una costura que se realiza con el objeto de cerrar una herida con la finalidad de unir lo que se separó o daño (tejido, órgano, vaso, etc.).

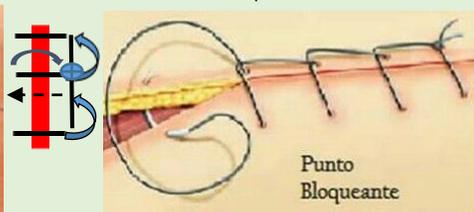
Tipos: continuos y discontinuos.

### Continuos:

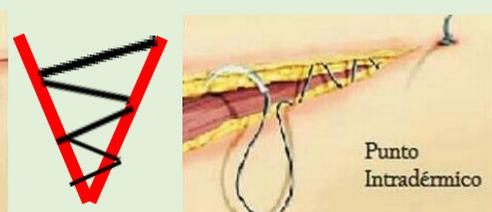
Punto continuo simple



Continuo bloqueante

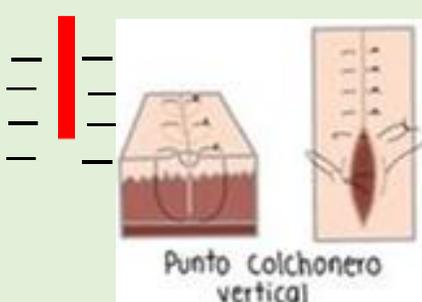


Punto intradérmico



### Discontinuos:

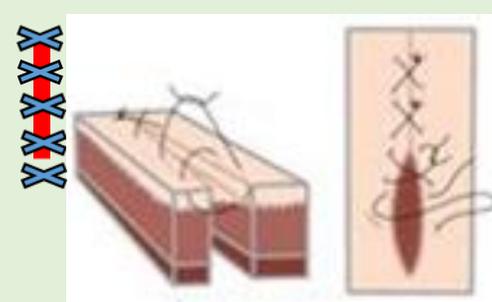
Punto colchonero vertical



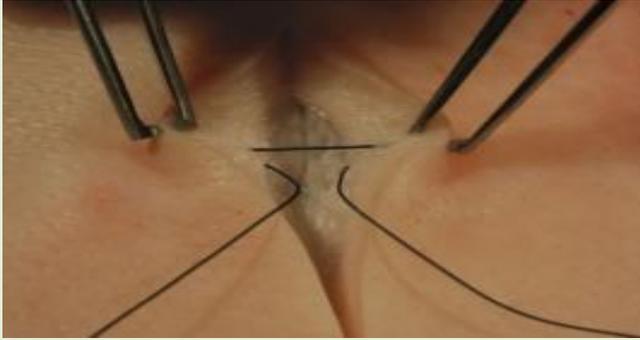
Punto colchonero horizontal



Transfixiva en X



Punto simple con el nudo enterrado o invertido



Punto simple



Otras alternativas, como las grapas.



Cintas Adhesivas/ Steri-Strips.



Adhesivo tisular/ Dermabond



### CAUTERIZAR

Es quemar y destruir un tejido, actúa sellando la fibra capilar, con un instrumento caliente o una corriente eléctrica (bisturí eléctrico) o una sustancia caustica, y se utiliza para detener hemorragias.

### AMPOLLAS/FLICTENAS

Puede producirse como reacción a quemaduras o fricción y ayuda a reparar el daño producido en la piel. La causa principal de la fricción son las costuras duras, las arrugas de los calcetines, suelas que no se adaptan o la propia zapatilla. Si la piel se irrita (por ejemplo, al producirse la rozadura) durante un periodo de tiempo prolongado, se acumula un suero (de líquido linfático y otros fluidos corporales) bajo la piel formando la ampolla que protegen hasta la regeneración de la piel. Un daño profundo en la piel también puede llevar a ampollas de sangre. Éstas pueden llegar a ser tan dolorosas que hacen imposible el continuar caminando.

En general, las ampollas se curan por sí solas sin necesidad de tratamiento médico, ya que la piel ensanchada protege bien la herida. De esta manera, el líquido se reabsorbe y la piel de la ampolla se seca. Para evitar que se rompa, puede cubrirse con una venda o protector diario.

Apenas se identifique la molestia previa a su formación, coloque cintas de forma anatómica evitando cintas anchas para que no forme pliegues.

Las ampollas deben mantenerse intactas para evitar infecciones; es decir, no se deben pinchar ni reventar. En caso de que rompa, limpiar bien y aplicar un producto para regenerar la piel (platsul) o pervinox y cubrir como una herida.

Si aparece pus o algún otro signo de infección se debe consultar a un médico inmediatamente para que se evalúe la necesidad o no de proceder a una extracción quirúrgica de la ampolla.

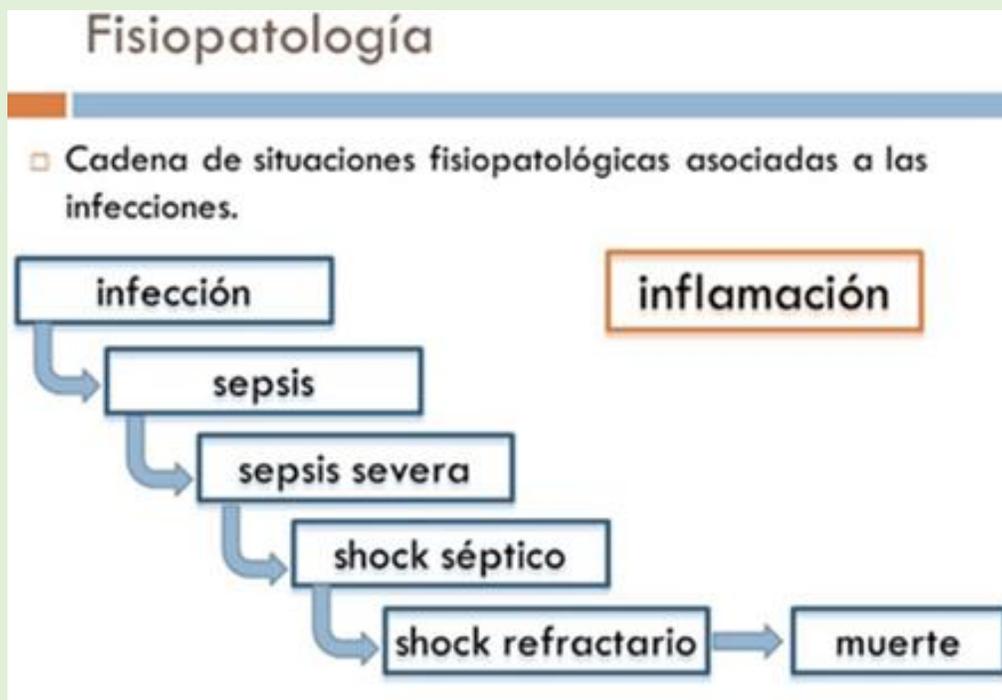
Para evitarlas:

- Si es propenso a ampollarse mantener la piel bien hidratada durante todo el año con cremas específicas de pies.
- En marchas prolongadas la vaselina deportiva de farmacia es muy efectiva para evitar la aparición de ampollas en los pies, ya que ha demostrado tener una gran capacidad protectora
- Elegir el talle adecuado del calcetín. En la actualidad, existen en el mercado calcetines confeccionados con materiales técnicos y sin costuras que ayudan a la transpiración y ventilación, creando unas mejores condiciones para evitar el roce y la humedad.
- Utilizar calzados adecuados para la actividad y atarlos firmemente, para que entre el calzado y el pie se produzca tan poco movimiento como sea posible.
- Utilicen parche protector (antes de la excursión) fijado con una buena cinta adhesiva, teniendo cuidado de que no se formen arrugas

### INFECCION

Una herida es una fuente potencial de infecciones, en pocas palabras es una invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo. Por lo cual debería ser tratada por un profesional, nunca debemos auto medicarnos.

- **Infecciones bacterianas:** Antibióticos, en el caso de las infecciones bacterianas
- **Infecciones virales:** Antivirales, si se trata de una enfermedad provocada por un virus
- **Infecciones por hongos o fúngicas:** Medicamentos antimicóticos, si el origen de la infección es un hongo
- **Infecciones parasitarias:** Antiparasitarios, en el caso de que la enfermedad sea producto de parásitos



Una infección no controlada puede causar la pérdida del miembro e inclusive la muerte

## AFECCIONES PRODUCIDAS POR EL SOL Y EL FRIO

El sol no solo afecta en el desierto, inclusive en la montaña con la altura este se vuelve más perjudicial si no sabemos como cuidarnos. Las principales afecciones son:

1. DESHIDRATAACION
2. CALAMBRES
3. INSOLACION
4. GOLPE DE CALOR
5. QUEMADURAS
6. CEGUERA DENIEVE
7. HIPOTERMIA

### DESHIDRATAACION:

Perdida excesiva de agua de los tejidos corporales que provoca un desequilibrio grave en el organismo

#### **Causas:**

Diarrea, aliento, transpiración, orina, edematización.

#### **Síntomas:**

Sed, orina poca y oscura, boca seca y pegajosa, piel seca y fría, dolor de cabeza, calambres musculares, desgarro.

#### **Manejo inicial:**

Tomar agua en sorbos, bebida para deportistas que contienen electrolitos, sales.

Bebida (isotónicas) casera:

Agua, 1 litro

Zumo de 2 frutas cítricas (naranjas, limones, pomelos, lima)

Azúcar de caña, 2 cucharadas soperas colmadas

Sal iodada, 5 g (1 cucharadita)

Bicarbonato sódico, 5 g (1 cucharadita)

### CALAMBRES o ESPASMOS MUSCULARES

Surgen por una deshidratación prolongada, combinada con actividades en ambientes extremos. Se produce una pérdida de electrolitos (sodio el primero en perderse, potasio, cloro, etc.), lo vemos con la transpiración salada y la orina amarilla.

### INSOLACION

Será una afección producida por la exposición directa de la cabeza a los rayos solares, a menudo sobrevendrá el golpe de calor

**Síntomas:**

- a) Dolores de cabeza
- b) Mareos
- c) Malestar, vómitos.
- d) Rigidez de nuca.
- e) Zumbido de oídos.
- f) a veces delirio.
- g) Pérdida de conocimiento.
- h) Taquicardia

**Manejo inicial:**

- a) Colocar al enfermo a la sombra.
- b) Aflojar su vestimenta.
- c) Levantar la parte superior del cuerpo; en caso de pérdida de conocimiento, se acostará al enfermo en posición lateral de seguridad.
- d) Refrescar con agua, compresas húmedas, eventualmente nieve o abanicar.
- e) Suministrar abundante líquido, en lo posible con sales. No bebidas alcohólicas.

### GOLPE DE CALOR

Será un accidente grave que se producirá por el cúmulo de calor en el organismo superior a los 40°C, sin alcanzar la regulación por evaporación de la transpiración (quien regula la temperatura corporal) produciendo una disfunción del Sistema Nervioso Central SNC.

**Síntomas:**

Mismos que la insolación, a diferencia que es extremo (pérdida de conocimiento)

**Tratamiento urgente**

Deberá realizarse con urgencia ya que podría llevar a la muerte en pocos minutos. Actuar como en la insolación, suministrar bebidas saladas (aguas con sales hidratantes o en su efecto caldo).

### QUEMADURAS

Lesión o herida de los tejidos orgánicos producida por la acción del fuego y del calor, por contacto con determinados productos químicos cáusticos o corrosivos, por la electricidad, por radiación y por fricción.

**Manejo inicial:**

- Alejar al sujeto del agente productor
- Enfriar la zona afectada
- Mantener la limpieza de la quemadura
- Aliviar el dolor, agua fría y plattsul
- Hidratar quemado

Abrigarlo (de noche pierde mucho calor)

**Prevención:**

- No exponerse al Sol SIN PROTECCIÓN
- Hidratación Continua
- Alimentación Adecuada
- Ropas adecuadas

**CEGUERA DE NIEVE**

Provocada por la acción de los rayos UV que se reflejan en la nieve o hielo y queman distintas capas oculares.

**Síntomas:**

- a) Impresión de tener arena en los ojos (se manifestará luego de varias horas).
- b) Dolores oculares intensos, calambres de los párpados.
- c) Los ojos presentarán enrojecimiento marcado, lagrimeo, hinchazón e incapacidad de mirar zonas luminosas.
- d) Ceguera.

**Manejo inicial:**

- Colocar a la persona en un lugar oscuro
- Gotas o ungüento analgésico (en caso de no tener hacerlo vía oral)
- Compresas frías sobre los ojos

**HIPOTERMIA:**

Iº 35ºc – 32ºc	II 32ºc – 28ºc	III 28ºc a 24ºc	IVº 24ºc a 13ºc
Consiente con escalofríos y temblor, FC y FR aumentada, debilidad mental, apatía, hipoxia y cianosis, disartria	EMA, somnoliento, alucinaciones, pérdida de temblor, rigidez en extremidades, baja FC, FR.	EMA, pupilas dilatadas, rigidez tórax y extremidades, signos vitales presentes y débiles	Aparentemente muerta, signos vitales muy débiles o ausencia, probablemente irreversible
Ejercicio físico, aislamiento (ropa y lugar), protección térmica, bebidas calientes y azucaradas.	Bolsa de agua caliente en pliegues del cuerpo + Tto Iº, cuidado con sobrecalentamiento rápido. Evacuación	Manejo cuidadoso (probabilidad de parcardiaco), + Tto Iº IIº	Tto Iº IIº y IIIº

**Tratamiento:**

- Mantener el estado de vigilia, despertarse
- No realizas movimientos fatigosos
- Aporte intenso de calor externo, (baños o paños con agua caliente)
- Ingesta de bebidas calientes, nunca alcohólicas
- Mantenerse caliente.

## HIPOXIA Y ALTURA

*Las alturas y las latitudes pueden matar ya sea por ignorancia, impericia o negligencia.*

### Mal Agudo de Montaña MAM

Es una afección que se manifiesta como consecuencia de la falta de aclimatación (por encima de los 3000 MSNM)

#### Principios de funcionamiento:

A Mayor Altura      Menor Presión Atmosférica  
                                 Menor Presión de Oxígeno



### ADAPTACION Y ACLIMATACION

La respuesta que dará el individuo, a las exigencias del medio ambiente a la que se enfrenta o convive

#### **Nivel de Aclimatación:**

Adaptación a nivel genético: Será la adaptación en sentido estricto, fruto de una selección natural irreversible.

Adaptación a nivel fisiológico: Será la aclimatación, la complejidad de los sistemas de homeostasis (termorregulación, regulación de la ventilación, etc).

#### **Sintomatología:**

6000 MSNM: letargia, inconciencia, alucinaciones auditivas y visuales

4500 MSNM: trastornos de conducta, cansancio y debilidad, taquicardia.

3000 MSNM: falta de apetito, insomnio, síntomas respiratorios, disminución de la diuresis.

2000 MSNM: dolor de cabeza más intenso, mareos, trastornos gastrointestinales.

1500 MSNM: deshidratación que puede causar cefaleas leves.

#### **COMPLICACIONES DEL MAM:**

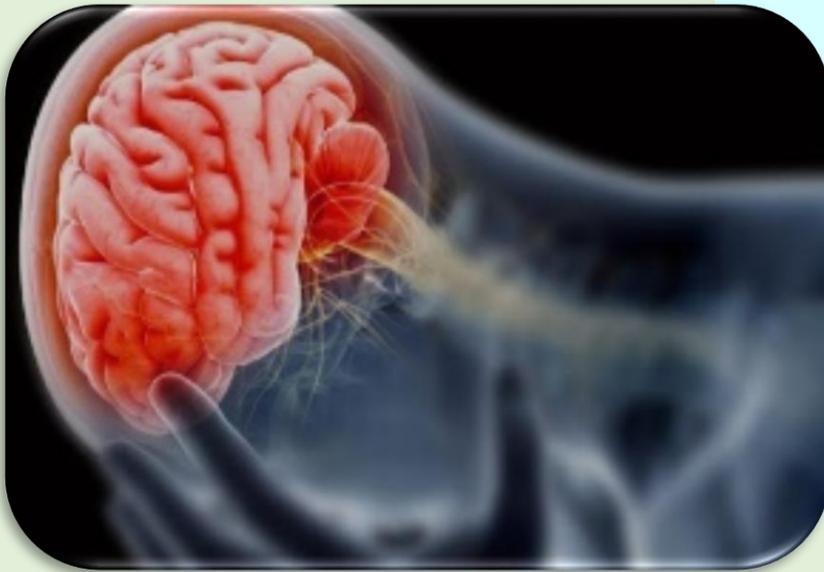
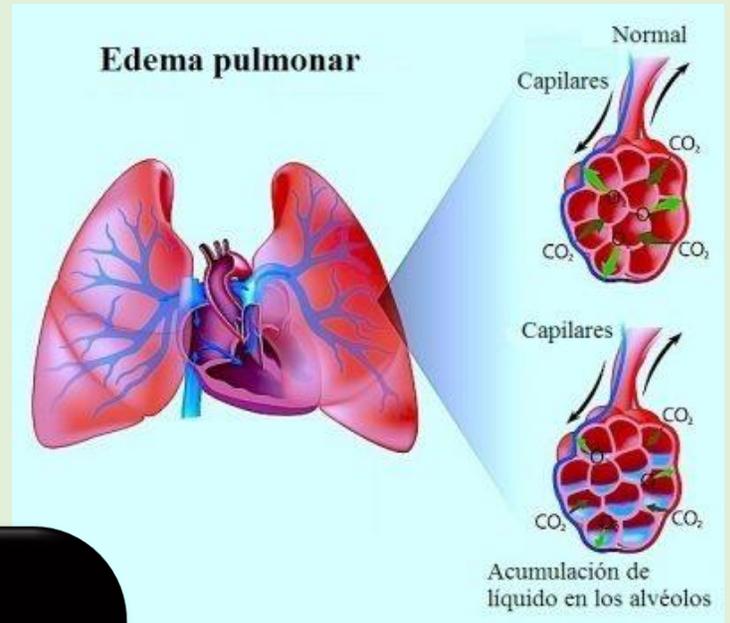
Dada por la falta de aclimatación:

Hipoxia de altura: Edema Agudo de Pulmón EAP, Edema Agudo Cerebral EAC.

Entre las 4 y 8 hs de ascender sin aclimatación previa generalmente por encima de los 3000 msnm

### EDEMA AGUDO DE PULMON

El aumento de FC, por necesidad de O<sub>2</sub>, llevará a un aumento de la presión capilar pulmonar, lo que provocara que parte de los líquidos salgan fuera de los vasos sanguíneos



### EDEMA AGUDO CEREBRAL

El mal agudo de montaña ciertas veces progresa a edema agudo cerebral.

Aumento de la presión de los capilares cerebrales, extravasación, lleva a un acumulo de líquido en el cerebro, encefalopatías, comas o muerte

### Síntomas del MAM

Cefalea

Taquicardia

Taquipnea

Insomnio

Náuseas e intolerancia alimentaria

Vómitos

Fatiga y debilidad

Mareos

### Manejo inicial:

Descenso

Oxígeno

### CAMARA HIPERBÁRICA:

Será un instrumento sanitario pre- evacuatorio, que permitirá tratar rápida y eficazmente casos severos, simulando condiciones ambientales, en la cuales se mejorará la condición del paciente y, será el último recurso a utilizar ante la imposibilidad de descender al paciente.

#### **Tener en cuenta para utilizarla:**

- 1) Cuando se utilice la cámara, será para mejorar al paciente y evacuarlo.
- 2) Deberá utilizarse en combinación de drogas especiales, oxígeno a 4 / 6 l/min (litros x minuto), oxímetro de pulso y una botella para poder orinar (o en su defecto, inducirlo a orinar y defecar antes de ingresarlo a la cámara).
- 3) El tratamiento, normalmente, dará buenos resultados a los 90 minutos, aunque el paciente podrá permanecer dentro de la misma hasta 3 horas.



**“Regresad vivos,  
regresad como amigos,  
llegad a la cumbre.  
Por siempre en este orden.”**

## PROBLEMAS COTIDIANOS

Son aquellas situaciones en las que más estamos expuestos a diario, tanto en el entorno laboral como el familiar. Donde una reacción correcta y oportuna significará una pronta recuperación, disminución de secuelas y brindará seguridad y tranquilidad a quienes nos rodean.

### ATRAGANTAMIENTO

Un atragantamiento. Se identifica porque se lleva las manos al cuello y adquirir una coloración azulada, la víctima suele toser insistentemente. Una de las técnicas de desobstrucción es la tos, si el paciente está consciente se animará a que tosa, ya que ninguna técnica de desobstrucción de la vía aérea es tan eficaz.

Si con la tos no es suficiente, se le realizarán 5 compresiones abdominales bruscas, que es lo que se denomina maniobra de Heimlich.

La **Maniobra de Heimlich**, llamada **Compresión abdominal**, es un procedimiento de primeros auxilios para desobstruir el conducto respiratorio, normalmente bloqueado por un trozo de alimento o cualquier otro objeto. Es una técnica efectiva para salvar vidas en caso de asfixia por atragantamiento. La maniobra de Heimlich debe utilizarse sólo en caso de una obstrucción grave de la vía aérea, en la cual la persona ya no puede hacer ningún ruido. Mientras que en una persona con una obstrucción leve, en la cual todavía puede toser, no se deben obstaculizar sus intentos por expulsar el objeto por sí sola. En casos de embarazadas, personas obesas o muy grandes, la técnica debe modificarse por compresiones torácicas, siguiendo la misma dinámica que las compresiones abdominales. Los golpes interescapulares (en la espalda) pueden agravar la obstrucción, debido a la fuerza gravitacional, convirtiendo una obstrucción leve en una grave (se podrían realizar con el tronco totalmente inclinado hacia delante).

Para realizar la acción en adultos, procédase de la siguiente manera. Con el sujeto de pie se debe abrazar al mismo por la espalda con los dos brazos. En esta posición se presiona con una mano cerrada y la otra recubriendo la primera. Se debe apoyar el puño con el pulgar sobre el abdomen y presionar hacia el centro del estómago, justo por encima del ombligo y bajo las costillas de la persona.

#### ¿En qué consiste el auto-Heimlich?

En el caso de que el asfixiado se encuentre solo, debe tomar una silla con respaldo, situarla por debajo de las costillas y empujar hacia arriba con fuerza, para conseguir expulsar el objeto.

### AHOGAMIENTO

#### ¿Cómo debemos reaccionar ante un ahogamiento?

**Actuar con calma, tranquilidad y rapidez.** Y siempre activar el sistema médico de emergencias inmediatamente, llamando al 107 (SAME), 911 o número de emergencias local”

- ✓  Sacar a la persona del agua, impidiendo que lo hunda a usted
- ✓  Si está consciente indicar que tosa para expulsar agua si hubiere
- ✓  Si respira, poner el rostro de costado.
- ✓  En ausencia de signos vitales, comenzar la secuencia del algoritmo de RCP básico.
- ✓  Si se recupera, después de comprobar que respira, tomarle el pulso y ponerla en posición lateral de seguridad

- ✓  No darse por vencido pronto y no intentar extraer el agua de los pulmones o el estómago. No colocar los dedos en la boca. Eso sólo retrasará la reanimación y aumentará los riesgos de aspiración.
- ✓  Nunca quitarle la ropa. La ropa mojada mantiene baja la temperatura corporal que sería una aliada en los casos de ahogamiento (a bajas temperaturas el organismo protege el Sistema nervioso central).
- ✓  Acompañarla hasta que llegue el equipo de emergencias.

### DESMAYO/SINCOPE&LIPOTIMIA

El cerebro se alimenta principalmente de **glucógeno** (forma principal de almacenaje de carbohidratos como reserva energética) 25% del total de la glucosa utilizada en el cuerpo y **oxígeno**, casi del 20% del consumo de O<sub>2</sub> de todo el organismo, además de proteínas y minerales en menores cantidades.

Podemos definir **lipotimia** como una pérdida transitoria de conciencia, causada por una disminución del flujo sanguíneo cerebral. Es progresiva, esto quiere decir que la persona se da cuenta de que se va a desvanecer poco antes que el evento ocurra. Puede o no haber caída. El paciente se recupera en pocos segundos y es capaz de reincorporarse. La lipotimia o síncope vasovagal, puede producirse por estar parado mucho tiempo y se hinchen los pies (edema), o una emoción fuerte y un factor desencadenante (calor, cansancio, estrés, calor, problemas de presión o baja de azúcar, etc.). La persona puede sentir náuseas, debilidad, bostezos, visión borrosa, sudoración; el paciente se ve pálido, el pulso se vuelve muy lento. Luego se desencadena el desmayo o lipotimia.

La **hipotensión ortostática** generalmente se asocia a cambio de posición después de ponerse súbitamente de pie o elevar la cabeza. La gravedad produce un descenso de sangre hacia las extremidades inferiores (piernas) y se reduce la cantidad de flujo sanguíneo que retorna al corazón, lo que induce a una caída de la presión arterial. En condiciones normales, el miocardio (corazón) actúa bombeando con mayor rapidez para subsanar esta inestabilidad, pero si la reacción de compensación falla o es demasiado lenta, se produce la Hipotensión Ortostática Síncope de origen cardiogénico o cardíaco

En el caso del **síncope cardíaco**, que es de mayor gravedad, la aparición es muy brusca y no se puede anticipar, se asocia con mayor mortalidad y riesgo de muerte súbita. La principal causa de son las arritmias. Sobre todo, las taquiarritmias (taquicardia) seguidas por las bradiarritmias (bradicardia). En estos casos la pérdida de conocimiento es inmediata y la persona no suele advertir sensación alguna antes que se produzca. Estos desequilibrios cardíacos pueden generar alteraciones hemodinámicas, disfunción ventricular, embolias sistémicas y muerte súbita”.

### Primeros auxilios en lipotimia y síncope

- Valoración ABC.(respira y tiene pulso)
- Posición acostado boca arriba con los pies elevados a 30° (posición Trendelenburg).
- Favorecer un clima adecuado: adecuada ventilación, sombra, calma...
- Facilitar la respiración: aflojar ropas, retirar objetos...
- En caso de síncope, la persona debe ser trasladada a un centro sanitario.

## SHOCK

El **Shock** es un estado grave de trastorno generalizado del organismo que presenta varias modalidades. Sólo vamos a mencionar el *Shock Hipovolémico*, como trastorno de la circulación por disminución importante de la cantidad o volumen de sangre. Es muy probable que aparezca en heridas muy sangrantes, quemaduras extensas, hemorragias internas, etc., y es una complicación que pone en grave riesgo la vida de la persona.

### Primeros auxilios en el shock

- Valoración ABC, actuando en consecuencia.
- Tratar posibles hemorragias.
- Posición antishock / posición Trendelenburg), con la cabeza ladeada.
- Facilitar la respiración aflojando la ropa y abrigar para evitar un enfriamiento corporal.
- Traslado urgente a un centro sanitario con una valoración continua de signos vitales.

## EPISDIO DE EPILEPSIA

Trastorno en el que se interrumpe la actividad de las células nerviosas en el cerebro, lo que puede provocar convulsiones o en muchos casos puede pasar inadvertida, solo movimientos espontáneos en ambos lados del cuerpo, como movimientos rápidos de los párpados, tics y otras conductas repetitivas no controladas como caminar en círculos o continuar lavando platos pero de una manera ineficaz, también una alteración de la capacidad del paciente para establecer contacto normal con el ambiente que lo rodea. Por ejemplo, a veces la persona es incapaz de responder a órdenes verbales o estímulos visuales durante las crisis.

La epilepsia puede ocurrir como resultado de un trastorno genético o una lesión cerebral adquirida, como un traumatismo o un derrame cerebral.

Cuando encontramos alguien con un episodio epiléptico:

### Lo que se debe hacer

- Ayudar a colocarlo en el suelo, evitando que se lastime.
- Colocar una almohada o manta doblada bajo la cabeza, para que no se golpee contra el suelo.
- Quitarle las gafas y aflojar el cinturón, la corbata y las prendas de ropa apretadas.
- Retirar objetos punzantes o cortantes con los que se pueda herir, y fuentes de calor con las que se pueda quemar.
- No introducir objetos en su boca ni intentar administrar medicamentos orales.
- No sujetarlo con fuerza para evitar sus movimientos.
- Después de la crisis dejarle descansar tumbado sobre un costado. De esta forma si tiene vómitos, saliva o flemas no pasarán a sus pulmones.

## Lo que no se debe hacer

- **No** se debe tratar de inmovilizar a la persona por la fuerza durante la crisis epiléptica.
- **No** se debe introducir ningún objeto en la boca con el afán de que la lengua no vaya hacia atrás, dado que puede ser peligroso que se trague este objeto o se queda alojado en las vías respiratorias, además de las posibles lesiones orales, al intentar introducirlo a la fuerza una persona con una convulsión no se puede tragar la lengua.
- **No** es necesaria la respiración boca a boca durante la crisis convulsiva, aunque se tenga la impresión de que la respiración queda bloqueada por la rigidez, salvo que la persona no vuelva a comenzar a respirar terminada la crisis convulsiva.

## ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

El accidente cerebrovascular (ACV) es una **enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro**. También se le conoce como, **embolia** o **trombosis**. Un ictus (ver glosario pag 40) ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre, oxígeno y glucógeno, a consecuencia, las células nerviosas del área del cerebro afectada no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

### Síntomas:

En general, los ictus son de inicio súbito y de rápido desarrollo, y **causan una lesión cerebral en minutos** (ictus establecido) Pero si esta **progresión no se interrumpe** se va necrosando un área cada vez mayor de tejido cerebral (ictus en evolución).

En función del área del cerebro afectada pueden producirse muchos síntomas diferentes.

- Adormecimiento o debilidad repentina en la cara, el brazo o una pierna, especialmente en uno de los lados del cuerpo.
- Confusión repentina, dificultad para hablar o para entender.
- Repentina dificultad para andar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación.
- Problemas repentinos para ver en uno o los dos ojos.
- **Dolor de cabeza** repentino sin que se conozca la causa.

Cuando el ictus afecta a la región izquierda del cerebro, la parte afectada será la derecha del cuerpo (y la izquierda de la cara) y se podrán dar alguno o todos los síntomas siguientes:

- Parálisis del lado derecho del cuerpo.
- Problemas del habla o del lenguaje.
- Estilo de comportamiento cauto, enlentecido.
- Pérdida de memoria.

Si por el contrario, la parte afectada es la región derecha del cerebro, será la parte izquierda del cuerpo la que tendrá problemas:

- Parálisis del lado izquierdo del cuerpo.
- Problemas en la visión.
- Comportamiento inquisitivo, acelerado.
- Pérdida de memoria.

Se han desarrollado algunas formas de saber cuándo una persona va a sufrir un ictus. Entre ellas, se encuentra, por ejemplo, la **escala Cincinnati**, que consiste en tres comprobaciones:

- **Asimetría facial:** Se hace sonreír al paciente para comprobar si ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica. En caso anormal, un lado mostraría deficiencias para moverse.
- **Fuerza en los brazos:** Se indica al paciente que estire los brazos durante 10 segundos. En caso anormal, uno de los brazos no se mueve o cae respecto al otro.
- **Lenguaje:** Se indica al paciente que hable. En caso anormal, arrastra las palabras, tiene problemas para hablar o no habla.

Si alguna de estas tres comprobaciones obtiene el resultado anormal, cabe la posibilidad de que el paciente vaya a sufrir un ictus.

#### **Prevención:**

Se recomienda una serie de hábitos saludables para evitar sufrir un ictus:

**Llevar una dieta rica y saludable:** Esta dieta también tiene que tratar de evitar el colesterol LDL, lo que se consigue reduciendo las grasas saturadas. Además, así se evitan problemas de obesidad: una persona debe mantener su índice de masa corporal por debajo de 25 para reducir el riesgo de ictus.

**Realizar ejercicio de forma habitual y moderada:** Los problemas derivados de una vida sedentaria pueden provocar otros problemas que a su vez causen un ictus.

**No fumar:** Además, la exposición pasiva al tabaco también aumenta la probabilidad de sufrir un ictus.

**Moderar el consumo de alcohol:** El consumo de alcohol no debe superar los 60 gramos al día, pero esto no significa que haya que evitarlo a toda costa: aquellas personas con un consumo leve (menos de 12 gramos al día) o moderado (entre 12 y 24 gramos al día) de alcohol tienen menos probabilidades de sufrir un ictus que aquellas personas que no lo consumen.

**Llevar un control de la tensión arterial de forma regular:** Para ello se pueden llevar controles sobre la tensión arterial. En aquellas personas que no hayan sufrido un ictus anteriormente la tensión arterial debería ser inferior a 140/90, y para diabéticos o personas que ya hayan sufrido un ictus, inferior a 130/80.

#### **Tipos:**

Los problemas de los vasos sanguíneos cerebrales pueden ser de dos tipos:

##### **1. Ictus isquémico:**

Los vasos están obstruidos dentro. Los **coágulos** causantes del problema se denominan trombos cerebrales o embolismo cerebral. Causado por una **obstrucción** del vaso sanguíneo. Este problema se suele producir por el

desarrollo de depósitos de grasa en los muros del vaso, lo que se denomina aterosclerosis. Los depósitos de grasa provocan dos obstrucciones:

- **Trombosis:** un coágulo que se desarrolla en el mismo vaso sanguíneo cerebral.
- **Embolismo:** el coágulo se desarrolla en otra parte del cuerpo, generalmente en las grandes arterias de la parte superior del pecho y el cuello o el corazón. Una porción del coágulo se desprende y viaja por el flujo sanguíneo hasta que encuentra un vaso que es más pequeño y lo bloquea.

. Los dos tipos de ictus isquémicos más frecuentes son:

- **Ataque isquémico transitorio (AIT):** Presenta unos síntomas similares a los de un infarto, pero es más corto y no muestra las consecuencias propias de un infarto. El AIT es un episodio de déficit neurológico de corta duración que en la mayoría de los casos dura menos de dos horas. Entre el 7 y el 40 por ciento de los pacientes que sufren un AIT, poco después sufren un ictus isquémico.
- **Infarto cerebral:** Deja una lesión cerebral permanente.

## 2. Ictus hemorrágico:

El vaso se rompe, lo que provoca que la sangre irrumpa en el cerebro. Al entrar la sangre comprime el tejido cerebral. Existen dos subtipos de este tipo de ictus, la hemorragia intercerebral y la subaracnoidea. Sucede cuando se rompe un vaso sanguíneo débil. Existen dos tipos de estos vasos débiles que provocan ictus hemorrágicos: los **aneurismas** y las malformaciones arteriovenosas.

- **Aneurisma:** es una región inflada o debilitada de un vaso sanguíneo. Si no se trata el problema crece hasta que el vaso se rompe.
- **Malformación arteriovenosa:** es un grupo de vasos sanguíneos formados de manera anormal. Cualquiera de estos se puede romper.
- **Ataques isquémicos transitorios:** las condiciones indicativas de un ictus isquémicos se presentan durante un pequeño periodo de tiempo, y se resuelve por sí solo a través de mecanismos normales. Es un indicativo potente de un ictus, por lo que cuando se produce, hay que tomar medidas para evitar un ataque más serio.

### **PRESIÓN ARTERIAL ALTA/HIPERTENSIÓN ARTERIAL/HTA**

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta. Si se deja sin tratamiento, la presión arterial puede llevar a muchas afecciones médicas. Estas incluyen enfermedades del corazón, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, problemas en los ojos y otros problemas de salud.

#### **Causas:**

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, incluso:

- La cantidad de agua y de sal que usted tiene en el cuerpo
- El estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos
- Sus niveles hormonales
- Edad, esto se debe a que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad. Cuando esto sucede, la presión arterial se eleva. La hipertensión arterial aumenta la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular, un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal o muerte prematura.

Usted tiene un riesgo más alto de sufrir hipertensión arterial si:

- Es afroamericano
- Es obeso
- Con frecuencia está estresado o ansioso
- Toma demasiado alcohol (más de 1 trago al día para las mujeres y más de 2 al día para los hombres)
- Consume demasiada sal
- Tiene un antecedente familiar de hipertensión arterial
- Tiene diabetes
- Fuma

### PRESIÓN ARTERIAL BAJA

Otros nombres: Baja presión, Hipotensión

Si su presión arterial es de 90/60 o menos, usted tiene presión arterial baja o hipotensión arterial.

Algunas personas tienen la presión arterial baja en todo momento. No tienen síntomas y sus lecturas de presión bajas son normales para ellas. En otras, la presión cae por debajo de los valores normales por algún evento o cuadro clínico. Algunas personas pueden experimentar síntomas de baja presión cuando se ponen de pie demasiado rápidamente. La presión arterial baja es un problema sólo cuando causa mareos, desmayos o, en casos extremos, shock.

## PCR & RCP

### *Parada Cardiorespiratoria y Reanimación Cardiopulmonar*

#### Terminología y definición de las variables a considerar

Obtenemos un grupo de definiciones utilizadas con frecuencia en el seno de una parada cardiorrespiratoria cuyo significado se debe unificar para poder recopilar los datos de manera homogénea para permitir su posterior análisis y estudios.

- **Parada cardíaca (PC):** Es el cese súbito e inesperado, potencialmente reversible, de la circulación espontánea en un paciente en el que no se esperaba la muerte.
- **Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP):** ritmo regular con complejos **ventriculares** muy ensanchados y una frecuencia superior a 200 latidos por minuto. Precede habitualmente a la FV y el tratamiento de ambas es el mismo.
- **Fibrilación ventricular (FV):** El corazón late con impulsos eléctricos rápidos y erráticos, irreconocibles (las fibras musculares se contraen independientemente). Esto hace que las cavidades de bombeo del corazón (los ventrículos) se agiten con pulsaciones ineficaces, en lugar de bombear sangre. El paciente no tiene pulso. asociado a muerte súbita en el adulto.
- **Parada respiratoria (PR):** Ausencia de la respiración (apnea).
- **RCP básica (RCP-b):** Conjunto de maniobras para restablecer la ventilación efectiva, incluye métodos no invasivos de apertura de la vía aérea aire y restablecer la circulación espontánea empleando masaje cardíaco externo (MCE). Los reanimadores pueden emplear métodos de barrera y ventilación boca-mascarilla.

- **RCP avanzada (RCP-A):** Consiste en la aplicación de maniobras invasivas para restablecer la ventilación y circulación efectivas. El abordaje de la vía respiratoria en RCP-A incluye la ventilación con bolsa-mascarilla, la intubación endotraqueal (IET), la punción cricotiroidea, etc. La ayuda circulatoria en RCP-A incluye la administración de medicación por vía traqueal o venosa, mínimo 3 especialistas.
- **Desfibrilación externa automática (DEA).** Hace referencia a un desfibrilador que realiza el análisis del ritmo del paciente diferenciando ritmos desfibrilables (FV y TVSP) de los ritmos no desfibrilables. Informando al reanimador de la necesidad de realizar una descarga eléctrica o no y de los tiempos de RCP.
- **Midriasis** es la dilatación de la pupila y en términos generales ocurre cuando se expone la visión a una luz tenue y se activa la adaptación a la oscuridad.
- **Miosis** es la contracción de la pupila.

#### 1. Causas cardiovasculares:

- a) Cardiopatía isquémica aguda.
- b) Taponamiento cardíaco.
- c) Tromboembolismo pulmonar masivo.
- d) Arritmias y trastornos de la conducción.

#### 2. Causas respiratorias:

- a) Obstrucción de la vía aérea
- b) Neumotórax a tensión
- c) Hemotórax masivo.
- d) Inhalación de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>).
- e) Alteraciones de la mecánica respiratoria.
- f) Todas las causas de hipoxia severa.

#### 3. Otras causas:

- a) Electrocuci3n.
- b) Intoxicaciones ex3genas.
- c) Hipotermia.
- d) Hipovolemia.
- e) Enfermedad cerebrovascular y todas las causas neurol3gicas capaces de producir edema cerebral.
- f) Hiperpotasemia e hipopotasemia.
- g) Obstrucci3n mecánica.

#### 4. Síntomas y signos que anuncian la parada cardíaca inminente:

- a. Arritmias ventriculares.
- b. Bradicardia extrema.
- c. Hipotensi3n severa.
- d. Cambios bruscos de la frecuencia cardíaca.
- e. Cianosis.
- f. Ansiedad y trastornos mentales.

- g. Pérdida progresiva del nivel de conciencia.
- h. Silencio respiratorio.

5. Diagnóstico de paro cardiorrespiratorio:

- a. Inconciencia.
- b. Ausencia de respiración.
- c. Ausencia de pulso central (carotídeo o braquial).
- d. Además se puede observar: cianosis o palidez, y midriasis.

Manejo inicial:

El tratamiento siempre debe iniciarse antes de que se produzca el paro cardiorrespiratorio, con las medidas de soporte vital, para prevenir su aparición. En caso de que suceda:

Se puede dividir en tres fases:

1. Apoyo vital básico.
2. Apoyo vital avanzado (AVA).
3. Hiperresucitación o apoyo vital prolongado.

Los eslabones de la cadena de supervivencia intrahospitalaria y extrahospitalaria:



*En las recomendaciones AHA 2015 diferencian 2 cadenas de supervivencia en función del lugar donde se produzca el paro cardíaco*

Los eslabones de la cadena de supervivencia intrahospitalaria son los siguientes:

- Vigilancia y prevención.
- Reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias.
- RCP de calidad inmediata.
- Desfibrilación rápida.
- Soporte vital avanzado y cuidados posparo cardíaco.

Los eslabones de la cadena de supervivencia extrahospitalaria son los siguientes:

- Reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias.
- RCP de calidad inmediata.
- Desfibrilación rápida.
- Servicios de emergencias médicas básicos y avanzados.
- Soporte vital avanzado y cuidados posparo cardíaco.

### **SECUENCIA DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS**

El primer auxilio (*aquel que tiene el contacto inicial con el paciente-víctima, identifica la situación de riesgo vital, alerta a los Servicios de Emergencia e inicia las maniobras de soporte vital básicos / RCP*)

1. ***Asegurar la escena, seguridad del entorno, para el reanimador, la víctima y los testigos.***

(Podría haber un ofidio o cable con electricidad debajo de la víctima y si hubiese debajo un charco de sangre podría ser un tirador emboscado).

2. ***Comprobar la respuesta de la víctima.***

*Comprobar consciencia: estímulos verbales (en voz alta cerca de cada oído por si es hipoacústico y dolores físicos en puntos de presión como en esternón con los nudillos, o los dedos pulgares detrás y abajo del pabellón de la oreja.*

3. ***Cómo responde el paciente:***

a. ***El paciente si responde:***

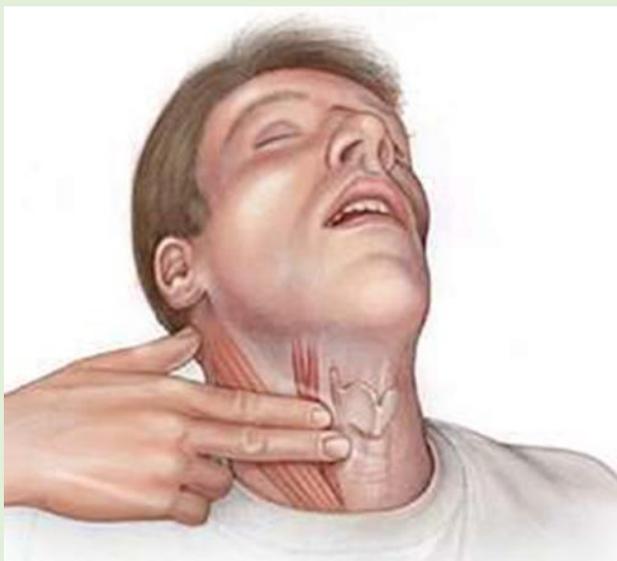
- No mover al paciente.
- Preguntar si necesita ayuda y qué ha ocurrido.
- Reevaluar a la víctima de forma permanente.
- Colocar al paciente en Posición Lateral de Seguridad, que es una posición decúbito lateral sobrepasada hacia el decúbito prono. Esta posición evita la broncoaspiración en personas inconscientes que mantienen su respiración, es una posición estable que puede salvar la vida de la víctima (ver más adelante).
- Comprobar regularmente que sigue respirando.
- Pedir ayuda si no hemos avisado todavía.



*PLS: Posición lateral de seguridad.*

b. El paciente no responde

- Gritar pidiendo ayuda.
- Controla el pulso
- Colocar a la víctima en posición de RCP (decúbito supino con las extremidades superiores e inferiores alineadas y paralelas al eje principal del cuerpo). **Abrir la vía aérea** con la maniobra: **Frente-mentón** (observar si no tiene obstruida con un objeto). Esta maniobra se realiza tanto para víctimas traumáticas como no traumáticas.



*La comprobación del pulso carotídeo*



*Abrir la vía aérea: maniobra frente-mentón.*

4. *Valorar si existe respiración y si esta es normal. MES o VOS*

Colocando el oído frente a la boca del inconsciente **Mirar/ Ver** el movimiento de expansión del tórax y si este es normal y paralelo, **Escuchar/ Oír** el aire inhalado y exhalado, y **Sentir** el aire espirado en la mejilla del reanimador. Todo ello *manteniendo la vía aérea abierta* (con la maniobra frente-mentón).

Esta maniobra no debe durar más de 5 segundos, si existe duda sobre la eficacia de las respiraciones (boqueadas ruidosas, sibilancia), actuaremos como si no existiera respiración, SI EXISTE UN PARO RESPIRATORIO ESTE SE TRANSFORMARA EN CARDIORESPIRATORIO EN POCOS MINUTOS.

## REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

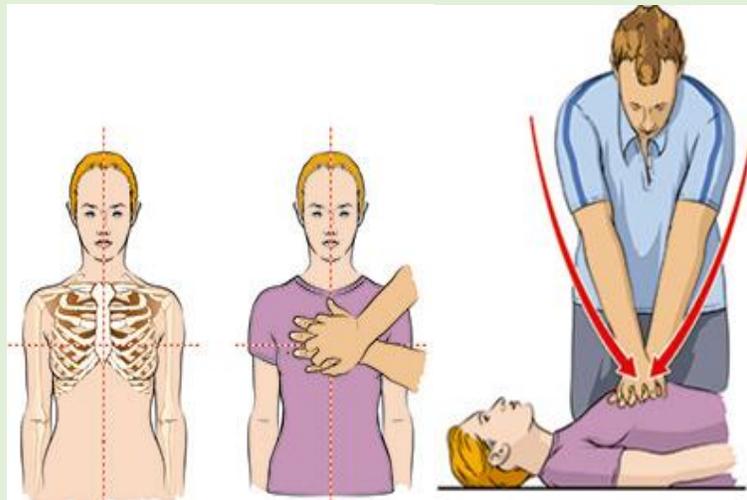
Si no encuentro pulso y no respira: **Comenzar RCP** Arrodillarse al lado de la víctima, colocar el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima, apoyar la otra mano sobre la primera entrelazando los dedos y evitando que los dedos apoyen sobre la pared torácica para no aplicar presión sobre las costillas. Posición vertical sobre el pecho de la víctima, brazos totalmente rectos, comprimir el esternón aproximadamente 5 cm pero no más de 6 cm. El tiempo entre compresión y descompresión debe ser el mismo a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto (teniendo en cuenta que se debe permitir al tórax recuperar su forma normal entre cada compresión).

### ¿Cuándo y cómo realizar Insuflaciones?

1. Si conozco al paciente y si soy personal de salud, 2 min de masaje cardíaco por 2 insuflaciones de 1 seg cada una.

**Procedimiento correcto:** Manteniendo la Vía Aérea Abierta (maniobra frente-mentón), pinzar la nariz, para que no se escape el aire, con los dedos pulgar e índice de la mano que fija la frente, sellar los labios de la víctima con los nuestros, manteniendo una elevación de la mandíbula e insuflar aire hasta que vemos cómo se eleva el tórax del paciente, observando cómo desciende el tórax de nuevo. Repetir dos veces. La duración de cada ventilación debe ser de 1 segundo. (El personal no médico suele insuflar su aire de los pulmones con dióxido de carbono siendo ineficaz dicho procedimiento.)

2. Si no conozco al paciente y no tengo medios de profilaxis, o no soy personal de salud.  
Mantengo el masaje cardíaco y cada 5 ciclos, controlo signos vitales, por máx. 5 segundos
3. Estos procedimientos se ajustan al tamaño del paciente.



*Insuflar solo si es personal de salud hasta observar que se eleva el tórax, si fuese ineficaz sería tiempo perdido, valioso si se lo aprovecha en compresiones.*

*Las ventilaciones pueden realizarse colocando dispositivos barrera para evitar el contagio.*

Si la ventilación artificial no es eficaz, no hace que se eleve el tórax del paciente:

- Controlar la boca de la víctima y retire cualquier objeto visible que pueda causar obstrucción.
- Rectificar la maniobra frente-mentón o posición.
- No intentar más de dos ventilaciones antes de volver a comprimir el tórax.

#### 4. Continuar con la reanimación hasta que:

1. Llegue ayuda cualificada que le releve.
2. La víctima comience a respirar con normalidad.
3. El reanimador se agote.

La recomendación es ventilar a lo largo de un segundo, con un volumen suficiente para elevar y expandir el tórax, evitando que estas sean demasiado fuertes o demasiado rápidas.

Las compresiones torácicas externas, bien realizadas, pueden llegar a producir picos de presión arterial sistólica de 60-80 mmHg. Generan flujo sanguíneo fundamental para el cerebro y miocardio, todo ello incrementa las posibilidades de éxito en la desfibrilación.

#### RCP PEDIÁTRICA.

*Se caracterizan principalmente por que el masaje cardiaco se realiza con los dedos índice y mayor y en la ventilación se sella boca y nariz del infante e insufla solo el aire que tenemos en la boca sin hacer fuerza.*

#### Parada cardíaca. Variedades electrocardiográficas

Esta situación de parada cardíaca puede darse con cuatro **variedades electrocardiográficas**:

Para facilitar la comprensión del algoritmo de soporte vital avanzado estas cuatro variedades electrocardiográficas se bifurcan en dos **grupos**:

- Ritmos desfibrilables: Fibrilación Ventricular (FV) y Taquicardia Ventricular Sin Pulso (TVSP).
- Ritmos no desfibrilables: Asistolia y Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP).

*Un desmayo repentino sin síntomas de advertencia o desencadenante aparente sugiere un trastorno cardíaco. Si el desmayo está precedido por un breve periodo de síntomas de aviso como mareos, vértigo, náuseas, bostezos, visión borrosa o en túnel o sudoración y ocurre durante una situación hormigueo en los labios o en las yemas de los dedos, dolor torácico o palpitaciones, dolorosa o desagradable, es probable que su origen sea vasovagal, y que no sea peligroso.*

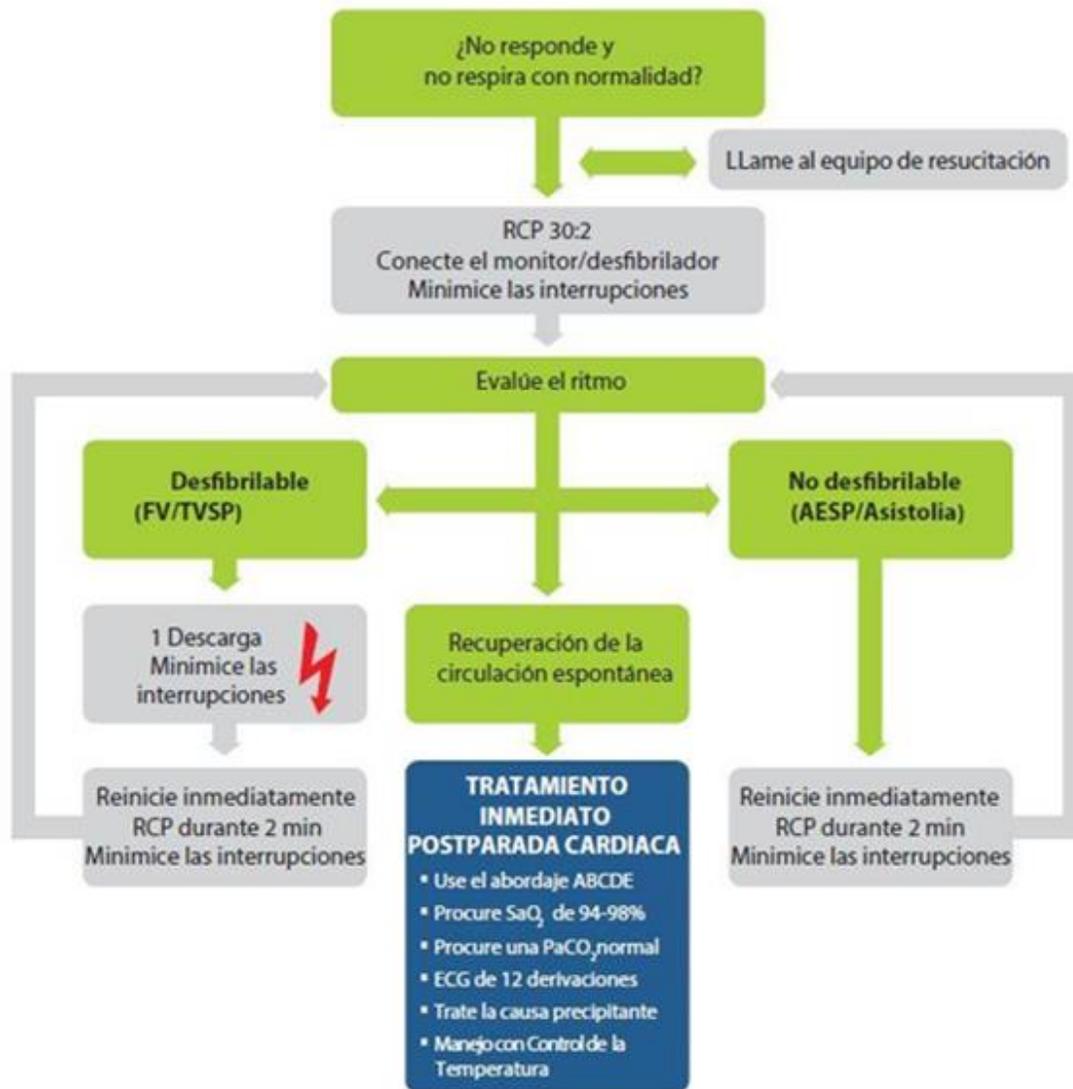


#### ALGORITMOS DE ACTUACIÓN EN SOPORTE VITAL AVANZADO

*La Reanimación Cardiopulmonar Avanzada (RCP-A), es un conjunto de actuaciones cuyo objetivo principal es la reinstauración de la circulación y respiración espontáneas, haciendo uso de la RCP-B y desfibrilación, o el manejo avanzado de la vía aérea incluida la intubación endotraqueal, y la administración de medicación intravenosa.*

*A diferencia de la RCP-B, la aplicación de estas técnicas específicas exige la presencia de más de dos reanimadores. El número de personas aconsejable no debe ser inferior a tres, deben configurar un solo equipo dirigido por el más experto y deben estar entrenadas para resolver el paro cardíaco (PC) y aplicar las diferentes técnicas reseñadas. Estos equipos necesitan ser dirigidos por un líder experto y recibir entrenamiento periódico.*

## Soporte Vital Avanzado



La aplicación de las técnicas específicas de SVA exige la presencia de más de dos reanimadores.  
El golpe precordial no se debe realizar en casos desfibrilables. ( normal de la ficción )

### DESFIBRILACIÓN

La desfibrilación es la transmisión de corriente eléctrica al músculo cardíaco.

La desfibrilación “restablece” el ritmo cardíaco fisiológico.

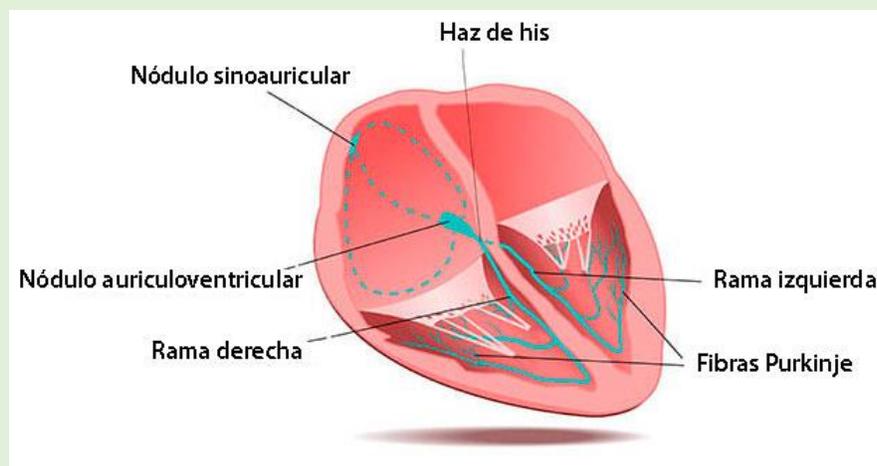
La desfibrilación consiste en interrumpir la actividad caótica de la fibrilación ventricular (FV) deteniendo el corazón para posibilitar que asuma el control del ritmo el marcapasos natural del corazón.

#### Fisiología de la desfibrilación

El ciclo cardíaco hace que el corazón sano bombee la sangre. *El ritmo de bombeo del corazón sano, responde a un impulso eléctrico intrínseco que parte del NODO SINUSAL AD*, aunque el corazón, responderá también a un impulso eléctrico extrínseco (marca pasos).

**La hora de la primera desfibrilación.** La desfibrilación precoz es la piedra angular en las maniobras de soporte vital en la actualidad para aquellos pacientes que sufren una PCR con FV o TVSP. El intervalo que transcurre entre el colapso cardíaco y la realización de la primera desfibrilación es una forma indirecta de medir las posibilidades de recuperación o secuelas.

Normalmente, la patología cardíaca origina una FV, arritmia muy grave y potencialmente mortal que ocasiona una actividad eléctrica caótica y sin coordinación en el corazón. El músculo cardíaco se contrae individual, rápidamente y de forma improductiva, siendo incapaz de bombear sangre al organismo. Si se descarga suficiente corriente en el pecho durante la FV, la mayoría de las células ventriculares serán despolarizadas. Si una masa crítica de células (75 a 90%) está en la misma fase (recuperación o repolarización) al retirar la corriente, se produce la desfibrilación y el Nodo Sinusal u otro marcapasos intrínseco pueden entonces recuperar el control. Las compresiones torácicas llevarán oxígeno y sustratos aumentando las posibilidades de éxito tras la descarga eléctrica. Si la descarga tiene éxito es raro que el pulso sea palpable inmediatamente después de la descarga. La probabilidad para que un marcapasos fisiológico recupere el control del corazón después de la desfibrilación, está directamente relacionada con la demora de la FV. Un factor crucial en el retorno del automatismo cardíaco fisiológico es el estado metabólico del músculo cardíaco, incluyendo el equilibrio ácido/base y la oxigenación.



*El ritmo de bombeo del corazón sano, responde a un impulso eléctrico intrínseco que parte del Nodo Sinusal y, el corazón, responderá también a un impulso eléctrico extrínseco.*

### INFARTO

Se denomina infarto a la necrosis isquémica de un órgano (muerte de un tejido por falta de sangre y posteriormente oxígeno), generalmente por obstrucción de las arterias que lo irrigan, en cualquier órgano: los más comunes son el corazón (*infarto agudo de miocardio*), y el cerebro (*accidente vascular encefálico*)

El infarto de miocardio es una patología que se caracteriza por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria.

Para que el corazón funcione correctamente la sangre debe circular a través de las arterias coronarias. Sin embargo, estas arterias pueden estrecharse dificultando la circulación.

En las circunstancias en las que se produce la obstrucción el aporte sanguíneo se suprime. Si el músculo cardíaco carece de oxígeno durante demasiado tiempo, el tejido de esa zona muere y no se regenera.

Si el corazón se expone a un sobreesfuerzo pueden aparecer trastornos y formar un coágulo que, a su vez, puede tapar una arteria semiobstruida. Esta obstrucción, interrumpe el suministro de sangre a las fibras del músculo cardiaco. Al dejar de recibir sangre estas fibras mueren de forma irreversible.

El infarto de miocardio ocurre cuando **un coágulo de sangre (trombosis coronaria) obstruye una arteria estrechada**. Normalmente el infarto de miocardio no sucede de forma repentina. Puede llegar causado por la **aterosclerosis** (depósito de sustancias grasas en el interior de las arterias), un proceso prologado que estrecha los vasos coronarios.

Existen factores que pueden acelerar que las arterias se deterioren y propiciar que se obstruyan, el tabaco, el **colesterol**, la **diabetes** y la **hipertensión** como algunos de los **factores de riesgo cardiovascular** que obligan al corazón a trabajar en peores condiciones.

Los **síntomas habituales** son:

- Dolor torácico intenso y prolongado, que se percibe como una presión intensa y que puede extenderse a brazos y hombros (sobre todo izquierdo), espalda e incluso dientes y mandíbula. El dolor se describe como un puño enorme que retuerce el corazón. Es similar al de la **angina de pecho**, pero más prolongado y no cesa aunque se aplique un comprimido de nitroglicerina bajo la lengua.
- Dificultad para respirar.
- Sudoración.
- Palidez.
- Mareos en el diez por ciento de los casos.
- Otros: Pueden aparecer náuseas y vómitos.

### Prevención

El riesgo de padecer un infarto puede evitarse siguiendo algunas pautas de vida saludable:

- Dejar de fumar.
- Llevar una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, legumbres y cereales. **“Se ha demostrado que la dieta mediterránea es la más eficiente para prevenir tanto la aparición de infartos, como de recurrencias”**.
- Realizar ejercicio físico aeróbico, se aconseja caminar, bicicleta o natación. “Caminar 30 minutos al día por la mañana y por la tarde es una garantía de éxito para la salud del corazón y ayudaría a controlar los factores de riesgo cardiovascular.
- Evitar las bebidas alcohólicas.

*El aforismo que Hipócrates, padre de la Medicina, legó hace 2.400 años es:  
“Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina sea tu alimento”.*

## OFIDISMO

**Lo mejor es prevenir las picaduras** (se dice picadura porque se inyecta el veneno).

Algunos consejos prácticos, útiles para minimizar las probabilidades de una picadura son:

- Utilice siempre calzado (por ejemplo: botas, polainas, etc) preferiblemente hasta la altura de la rodilla, pueden ser de goma o de cuero (sobre todo en pastizales altos donde no sea fácil identificarlas).
- Las serpientes pican cuando se sienten amenazadas. La mayoría de las picaduras por serpientes venenosas ocurren en los pies o las piernas cuando las personas accidentalmente las pisan.
- No introduzca las manos, ni los pies directamente en huecos de árboles, cuevas o debajo de piedras o ramas.
- Utilice algún instrumento para remover escombros y malezas, debido a que las serpientes acostumbran esconderse en estos lugares.
- Trate de ir siempre acompañado de otra persona, ya que si ocurre algún accidente esta le pueda auxiliar.
- Si se encuentra una serpiente en el campo aléjese, no la moleste y no intente atraparla.
- Recuerde que las serpientes son animales silvestres que pueden intentar picar, sea una serpiente venenosa o no ¡Es mejor prevenir!
- Controle poblaciones de roedores en bodegas, campos y lotes baldíos, debido a que las serpientes se alimentan de este tipo de animales; (por lo tanto, mantener los sectores limpios evita roedores y que estos atraigan a sus cazadores ofidios.).
- Algunas especies de serpientes no venenosas, son depredadores naturales que se alimentan de serpientes venenosas.
- Antes de dormir y al despertarse revise la cama y sus alrededores.
- Previo a colocarse ropa y calzados controlar para no introducirse ofidios o artrópodos (arañas y escorpiones)
- **No mate indiscriminadamente a las serpientes. Contribuya con la protección del ambiente en general, esto garantizará el equilibrio natural de sus poblaciones y del resto de seres vivos en los ecosistemas.**

### **Primeros auxilios**

¿Qué se debe hacer en caso de ser picado por una serpiente? Sin pérdida de tiempo.

- Calme a la persona y póngala en posición de reposo.
- Limpie la zona picadura con jabón para desinfectarla.
- Libérelo de pulseras, relojes, anillos y desprender puños ya que la inflamación producirá un torniquete y por ende la pérdida de ese miembro por falta de irrigación sanguínea.
- Mantenga a la persona hidratada con agua y jugos azucarados.
- Y lo más importante: Traslade al paciente inmediatamente al hospital o centro de salud más cercano de la zona para que reciba el suero antiofídico lo antes posible.
- ***El único que debe aplicar el tratamiento antiofídico es el médico.***

### **¿Qué es lo que NO se debe hacer si ocurre una picadura de serpiente?**

- **NO** realizar incisiones ni cauterizar en el sitio de la picadura, ya que el riesgo de infección y el sangrado se verán favorecidos.

- **NO** aplicar torniquetes. El torniquete dificulta la irrigación sanguínea y por consiguiente, causa daño al tejido muscular.
- **NO** administrar remedios caseros (sustancias químicas ni extractos de plantas o animales, aceite, vinagre, gasoil, etc.) por ninguna vía al paciente, porque hasta el momento no se ha demostrado científicamente su eficacia y el tiempo que se pierde en realizar este tipo de tratamientos es contraproducente para la persona afectada.
- **NO** administrar bebidas alcohólicas ni estimulantes.
- **NO** succionar con la boca. Esto podría favorecer las infecciones en el sitio de la picadura o el rescatista injerir o afectarse por una herida.
- **NO** aplicarse el antídoto en el área de la picadura.

#### *Tratamiento hospitalario en caso de picadura por serpiente venenosa*

- No es necesario llevar la serpiente al hospital para que se le identifique, el personal médico determinará cuál es el tratamiento que se debe aplicar basándose en los signos y síntomas que presenta la persona.
- Si la serpiente que causó la picadura pertenece a la familia Viperidae, el personal médico administrará suero para ese tipo de serpientes, de acuerdo a los signos que represente.

#### *Recordar*

- Los antídotos pueden ser tan peligrosos como los venenos.
- No son los mismos antídotos para cascabel que para coral.

### Botiquín

*Un botiquín debe cubrir las necesidades básicas y podría agregarse de acuerdo con la experiencia*

El individuo debe tener como mínimo:

Apósitos

Pervinox-yodo

Tela adhesiva

Agentes hemostáticos

Guantes de cirugía

Gasas esterilizadas y algodón hidrófilo

Vendas chicas y grandes (cambric)

Torniquete

Por pareja:

Aguja para suturar

Vendas elásticas

Alcohol

Tijeras de trauma

Crema para quemaduras (con Sulfadiazina de Plata)

Manta térmica aluminizada



El botiquín debe cumplir 3 principios.  
MÍNIMO VOLUMEN  
MÍNIMO PESO  
MÁXIMA EFICACIA

## CONCLUSIÓN

En este artículo vemos eventos, que son muy probables de encontrar, no solo en el ámbito militar o familiar, si no, mayormente en la vía pública. Es muy común encontrarse con personas que no distinguen entre un paro cardio-respiratorio y un infarto cardíaco, o que aprendió a meterle los dedos en la boca a quien esté pasando por un ataque epiléptico, causándole y causándose posibles lesiones. Es importante conocer e identificar una urgencia por sus signos y síntomas, para darle un manejo inicial adecuado. Además esto nos ayudará, al pedir ayuda, saber que pedir, ser precisos y que dicha ayuda venga completa, las ambulancias suelen estar preparadas para ciertos eventos, debiendo completarse para otros.

## GLOSARIO

- Embolias: Obstrucción de una vena o una arteria producida por un émbolo (coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales, etc.) arrastrado por la sangre.
- Cianótico: La piel se pone azul porque el oxígeno no está presente en las proporciones correctas, puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente. Por ejemplo, la exposición al frío y ropa o joyas ajustadas.
- Edematización: El **edema** es la hinchazón causada por la acumulación anormal de líquidos en el cuerpo. El líquido se acumula bajo la piel, dentro de los tejidos que están fuera del sistema circulatorio. El sistema circulatorio transporta la sangre por todo el cuerpo. El **edema** se da con mayor frecuencia en los pies y las piernas, pudiendo causar una lipotimia.
- Ictus: El término Ictus, *del latin GOLPE*, se utiliza para describir las consecuencias de la interrupción súbita de flujo sanguíneo a una parte del cerebro (isquemia cerebral, el 85% de los casos) o de la ruptura de una arteria o vena cerebral (hemorragia cerebral el 15% de los casos).

Bibliografía Consultada:

- RFP - 62 - 05 "Supervivencia en Montaña"

- PHTLS "Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario – Novena Edición"

<http://www.zonates.com/es/revista-zona-tes/menu-revista/numeros-anteriores/vol-6--num-4--octubre-diciembre-2017/articulos/empaquetado-de-heridas.aspx>

[https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/4/c/5/whatishighbloodpressure\\_span-ucm\\_316246.pdf](https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/4/c/5/whatishighbloodpressure_span-ucm_316246.pdf)