



# DOSSIER DE PRIMEROS AUXILIOS

SECCIÓN SCOUT



## PRIMEROS AUXILIOS

### 1. Qué son los primeros auxilios.

Los primeros auxilios, como su nombre indica, son aquellos gestos o medidas que se llevan a cabo en primer lugar con un accidentado o enfermo repentino, en el mismo lugar de los hechos, hasta que se pueda obtener una asistencia especializada.

Para prestar primeros auxilios no se necesitan equipos ni materiales sofisticados; en el mejor de los casos, contaremos con la ayuda de un botiquín básico. Hemos de saber que de estos primeros auxilios que reciba el accidentado, va a depender en gran medida su evolución posterior y en ocasiones su propia vida. De ahí la importancia de saber prestar primeros auxilios correctamente.

### 2. Pautas generales de actuación ante un accidente.

**La actuación inicial se resume en la conducta PAS que corresponde con las iniciales de:**

- **Proteger**
- **Alertar**
- **Socorrer**

Proteger, alertar y socorrer son las tres fases que debe asumir cualquier persona que vaya a intervenir en una situación con heridos o enfermos.

**A. Proteger** el lugar de los hechos. No debemos olvidar que después de haberse producido un accidente, puede seguir el peligro que lo originó, ej.: fuego, escape de gas, electricidad, etc; por tanto, hay que hacer seguro el lugar del accidente, debiendo cuidar nuestra propia seguridad y la de los accidentados.

**Importante:** no tocar nunca a un accidentado que esté en contacto con la corriente eléctrica; hay que cortar previamente, o alejarla de la víctima con un objeto aislante.

**B. Alertar** a los servicios de socorro. En determinadas ocasiones ej.: accidente de tráfico, será necesario AVISAR a los Servicios de Socorro: Policía, Guardia Civil de Tráfico, Bomberos, Cruz Roja, etc. Permaneced con el accidentado y enviad a alguien a pedir ayuda al teléfono más cercano. Ahora bien, no basta con dar la alerta, hay que hacerlo CORRECTAMENTE.



Hay que indicar siempre:

- EL LUGAR Y DIRECCIÓN EXACTA del accidente: carretera, punto kilométrico, distancia al pueblo más cercano, etc., o si estamos en la ciudad, la calle, n.º de la casa más próxima, etc.
- EL TIPO DE ACCIDENTE , una descripción de lo ocurrido, y circunstancias que puedan empeorar la situación: riegos de incendio, heridos atrapados, escape de gas, etc.
- EL NÚMERO DE HERIDOS.
- EL ESTADO DE LAS VÍCTIMAS.
- QUÉ TIPO DE ASISTENCIA ESTÁN RECIBIENDO.
- Es necesario IDENTIFICARSE: dar el nombre o decir desde dónde se llama; las llamadas anónimas no inspiran confianza.

**C. Socorrer:** Hay que actuar con rapidez pero sin perder la calma, aplicaremos los primeros auxilios en la o las víctimas de una manera responsable y siempre sabiendo qué y cómo lo vamos a hacer. En el caso de que haya más de un herido, siempre se atenderá al herido que esté mas grave, sin dejar de vigilar periódicamente el estado de los demás heridos. Tenemos que tener mucho cuidado con el accidentado porque todavía no sabemos lo que tiene y podríamos empeorar su situación. La actuación del socorrista se fundamenta en:

- **PERCIBIR:** Tenemos que captar las peculiaridades de aquellos a quienes queremos socorrer. Es posible que cualquier persona que necesita nuestra ayuda, presente una peculiaridad o discapacidad que nos obligue a percibirla en el primer momento y por tanto adoptar nuestra actuación a ella.
- **EXPLORAR:** Hacer las verificaciones que nos indicaran la presencia de lesiones, valorar su estado y cualquier hallazgo que nos ayude en nuestra intervención.

- **ACTUAR:** Dar los pasos necesarios para evitar el agravamiento del accidente y atender las lesiones que presente el paciente.
- **EVACUAR:** Trasladar a los heridos, activando los medios necesarios para hacerlo, al Centro adecuado, lo más rápido y en las mejores condiciones posibles.

Se atenderá en primer lugar al afectado que más riesgo o gravedad presenta y/o que más se beneficie de nuestra intervención.

### **3. Concepto de autoprotección.**

Uno de los aspectos a tener muy en cuenta a la hora de practicar los primeros auxilios es el concepto de “auto protección”

Con la auto protección lo que debemos evitar es que el peligro que corre la víctima en una situación de auxilio podamos sufrirlo nosotros, por lo que deberemos tener en cuenta una serie de cuidados a la hora de practica dicho auxilio, como debe ser evitar el contacto con fluidos corporales (sangre, saliva,..), hacer uso de guantes, evitar poner nuestra vida en peligro, lavar las manos con agua y jabón después de hacer alguna cura, etc ....

### **4. Valoración inicial.**

Con este proceso de exploración buscamos identificar perfectamente qué le ha ocurrido a una víctima de cualquier incidente. Siempre dividimos la evaluación en dos fases: valoración primaria y valoración secundaria. No obstante, también es muy importante la previa evaluación del entorno y el primer contacto con la víctima.

#### **Valoración Global**

- Determinar el alcance de sus lesiones.
- Establecer las prioridades de actuación.
- Adoptar las medidas necesarias en cada caso.
- Asegurar el correcto traslado de la víctima a un centro sanitario.

#### **Fases de la Valoración Inicial:**

- Valoración Primaria del Paciente.
- Reanimación y/o mantenimiento de la respiración y circulación.
- Valoración Secundaria.
- Tratamiento definitivo.

**Valoración primaria:** Rápido reconocimiento de las constantes vitales.

- Valoración de consciencia.

- Mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea.
  - Valoración de la respiración.
  - Valoración de la circulación y control de la hemorragia aguda.
- 
- Determine si el paciente se encuentra consciente o inconsciente. Para ello, dirigirse a él verbalmente. Si no responde estimular al paciente con pequeñas sacudidas primero y después con estímulos dolorosos (pequeños pellizcos o alguna torta en la cara).

### VALORACIÓN DE LA VIA AÉREA

- Si el paciente está inconsciente hay que garantizar la permeabilidad de la vía aérea, es decir que no tenga dificultad para respirar:

Colocaremos al paciente boca arriba, si hay sospecha de una posible lesión producida por un golpe o trauma a nivel del cuello o columna, no mover al herido.

Comprobar que la vía aérea está permeable, es decir que permite el paso del aire, y si no es así abrirla mediante maniobra frente-mentón con hiperextensión del cuello en el caso de pacientes no traumáticos y sin hiperextensión si existieran indicios de traumatismo.

Extraer posibles cuerpos extraños de la boca que puedan impedir el paso del aire.

### ESTADO RESPIRATORIO

- Si el paciente está inconsciente compruebe la existencia de respiración mediante el siguiente proceso:

Colocar la cara con la mejilla cerca de la boca y nariz del herido mirando hacia su pecho, con esto conseguimos lo siguiente:

1. Ver, si existe movimiento de elevación y descenso del tórax.
2. Oír, aproximando el oído a la nariz y la boca del paciente, con el fin de oír la entrada y salida del aire.
3. Sentir en la mejilla el aire exhalado por el paciente.

- Si la respiración está ausente iniciar las maniobras de reanimación, según procedimiento correspondiente.

### ESTADO CIRCULATORIO

- Si el paciente está inconsciente comprobar la presencia de pulso.
- Si el pulso está ausente iniciar maniobras de reanimación según procedimiento.

## ESTADO NEUROLÓGICO

- Valore el nivel de conciencia y los posibles déficits neurológicos.

a) Verificar el nivel de conciencia mediante la escala A.V.D.N:

- (A) Alerta
- (V) Respuesta a estímulos verbales.
- (D) Respuesta a estímulos dolorosos.
- (N) Respuesta negativa.

b) Comprobar la orientación espacio-temporal y personal mediante las siguientes preguntas ¿qué día es hoy?, ¿sabe donde está?, ¿recuerda cual es su nombre?.

c) Comprobar la movilidad y sensibilidad en las extremidades.

## EXPOSICIÓN

- Ponga al descubierto de forma rápida el cuerpo o la parte del cuerpo que desee valorar para localizar signos de lesiones o enfermedades que pudieran comprometer las funciones vitales del paciente. Abríguele después.

**Valoración secundaria:** Exploración detallada del paciente.

Consiste en determinar el estado de la víctima mediante la localización de todas sus lesiones. Para ello realizaremos una exploración rápida pero ordenada y concienzuda de todo su cuerpo en busca de sangre, deformidades (bultos o huecos), secreciones (sudor, heces, orina o vómitos), anormalidades en el color, temperatura y aspectos de la piel, etc., etc. A ser posible siempre utilizaremos guantes para tocar a una víctima para evitar contagios de nosotros hacia ella o a la inversa, aunque su aspecto parezca saludable.

Si la víctima puede colaborar, la preguntaremos por sus molestias, dolores, etc.,. No es conveniente informar de las lesiones sufridas para evitar choques emocionales. Mantendremos una entrevista con el herido a fin de evaluar su estado de conciencia y transmitirle tranquilidad a la vez. En esta entrevista tendremos en cuenta las características particulares de cada colectivo (niños, ancianos, discapacitados, sordos, mudos, extranjeros, etc.).

Para la exploración utilizaremos nuestras dos manos y a la vez observaremos visualmente la zona explorada. Las manos se moverán simultáneamente, a ambos lados del cuerpo aprovechando la simetría de este.

Comenzaremos nuestra exploración en la cabeza, bajaremos al cuello y hombros. Continuaremos por el tórax explorando el esternón y las costillas;

observaremos el abdomen prestando atención a su consistencia (un abdomen rígido puede indicar una lesión interna).

Bajaremos al vientre observando la presencia de heces u orina, a continuación exploramos las piernas comenzando por las caderas, siguiendo por el muslo, rodilla, pierna, tobillo y pies (incluidos dedos). Por último no nos olvidemos de las extremidades superiores, empezando por el brazo, codo y antebrazo, pasando luego a las muñecas y manos (incluidos dedos).

En la exploración nos detendremos en las partes más complejas y, ante una duda de lesión en alguna de las extremidades, podremos utilizar como modelo la otra, pues ambas son simétricas.

Si ha habido relajación de esfínteres, sospecharemos lesión en la columna y valoraremos la movilidad (diciéndole que mueva los dedos) y la sensibilidad (mediante pellizcos o pinchazos) de las extremidades. Posteriormente valoraremos de nuevo la respiración y el pulso con el fin de conocer su frecuencia y su fuerza.

Prestaremos también atención al color de la piel, al sudor y a la temperatura.

La entrevista:

- Nos pondremos cerca del paciente.
- Nos identificaremos e intentaremos transmitir seguridad al paciente.
- Evitaremos las frases vacías de la conversación.
- Preguntaremos el nombre de la víctima.

Seguidamente realizaremos las siguientes preguntas que nos orientarán sobre la posible dolencia que sufre:

### **O.P.U.M.A.**

**O.** Qué ha **O**currido.

**P.** Antecedentes **P**ersonales.

**U.** Última comida, qué ha comido, y en qué ha consistido.

**M.** Medicaciones utilizadas habitualmente.

**A.** Preguntar si padece alguna **A**lergia.

## **5. Técnica de Reanimación Cardiopulmonar Básica (R.C.P.)**

Esta técnica la vamos a utilizar cuando el accidentado no respire, no tenga circulación sanguínea o cuando falten las dos cosas.



- Si el paciente respira le colocaremos en la “posición lateral de seguridad”.
- Si el paciente no respira le haremos la “respiración boca-boca o boca-nariz”.

#### DETERMINAR LA FALTA DE RESPUESTA



Sacudir a la víctima suavemente por los hombros y preguntarle en voz alta:

¿ESTA UD. BIEN?

Si la víctima no responde, colóquela boca arriba sobre una superficie dura y plana y PIDA AYUDA

**A) Apertura de la vía aérea:** En primer lugar, inclinaremos la cabeza hacia atrás mediante la maniobra frente-mentón (hiperextensión), esto hará que la lengua se desplace hacia arriba y permita el paso del aire hacia los pulmones. A continuación comprobamos si existen cuerpos extraños en la boca, si los hay los sacamos con los dedos. Acercar el oído a la boca de la víctima. **VER** si se eleva el pecho. **OIR** si entra y sale el aire. **SENTIR** en la cara el aire exhalado.



**B) Respiración de boca a boca:** Una vez que tenemos abiertas las vías aéreas, le tapamos la nariz y vamos a insuflarle aire 2 veces seguidas ( como si fuéramos a inflar un globo, sellando sus labios con los nuestros) en el interior de la boca del accidentado y vamos a comprobar si su pecho sube y baja; una vez realizadas las insuflaciones comprobaremos si el herido tiene pulso

**C) Circulación:** esto se hace en la arteria carótida situada a ambos lados del cuello, para localizar esta arteria colocamos los dedos sobre la nuez de Adán y los desplazamos hacia uno de los dos lados. Si vemos que el paciente tiene pulso seguiremos con las insuflaciones si estas fueran necesarias, es decir si no respira por si solo aun, a un ritmo de 12-15 insuflaciones por minuto. Si el paciente respira y tiene pulso lo colocaremos en posición lateral de seguridad y si comprobásemos que no tiene pulso realizaremos las maniobras que se explican a continuación.

Si el accidentado tiene lesiones en los labios es aconsejable la respiración “boca-nariz”. Los pasos son los mismos que los de antes lo que aquí taparemos la boca y echaremos el aire por la nariz.

- Si el paciente ni respira ni tiene pulso (el pulso se localiza en la arteria carótida que se encuentra a ambos lados del cuello) le realizaremos “el masaje



cardiaco". Para realizar esto tenemos que asegurarnos que el herido no respira ni tiene pulso y después: localizar en primer lugar el PUNTO EXACTO DE COMPRESIÓN sobre el esternón y se localiza de la siguiente manera: Nos colocamos de rodillas al lado del accidentado a la altura pecho, buscamos con los dedos índices y medio de una mano el punto donde las costillas se unen con el esternón, luego colocamos dos dedos por encima de esa unión, y a partir de ahí colocamos el talón de la mano que nos ha quedado libre y ahí tenemos el punto de compresión.



Entrelazamos las manos sobre el punto de compresión y con los brazos rectos y perpendiculares al herido comprimimos de una manera firme y sin doblar los codos, teniendo que llegar a una profundidad de 4-5 cm para que el masaje sea efectivo. Tenemos que hacer 15 compresiones a un ritmo de 80-100 veces por minuto, para ello cada vez que demos una compresión contaremos "1.001, 1.002, 1.003,..."

Cuando hayamos hecho 4 veces el ciclo de 2 insuflaciones por 30 compresiones reevaluaremos si la persona respira y tiene pulso, si no tiene pulso quiere decir que tampoco respira, por lo cual seguimos con las mismas maniobras, si tiene pulso pero no respira pasaremos a realizar el boca a boca y si respira y tiene pulso lo colocaremos en posición lateral de seguridad.

## 5. Atragantamiento.

Tras un atragantamiento nos podemos encontrar con 2 situaciones:

A. Obstrucción incompleta de las vías aéreas (puede pasar el aire): La persona puede hablar, toser o respirar; aunque sea con dificultad. En este caso, anímale a toser con fuerza; la tos es el mecanismo más eficaz de que disponemos para desalojar un cuerpo extraño que obstruye las vías aéreas.



**ATENCIÓN:** Nunca de palmadas en la espalda a un adulto que se ha atragantado y está tosiendo; podría desplazar el cuerpo extraño más profundamente con lo que empeoraría la situación. ¡ANÍMELE A TOSER!

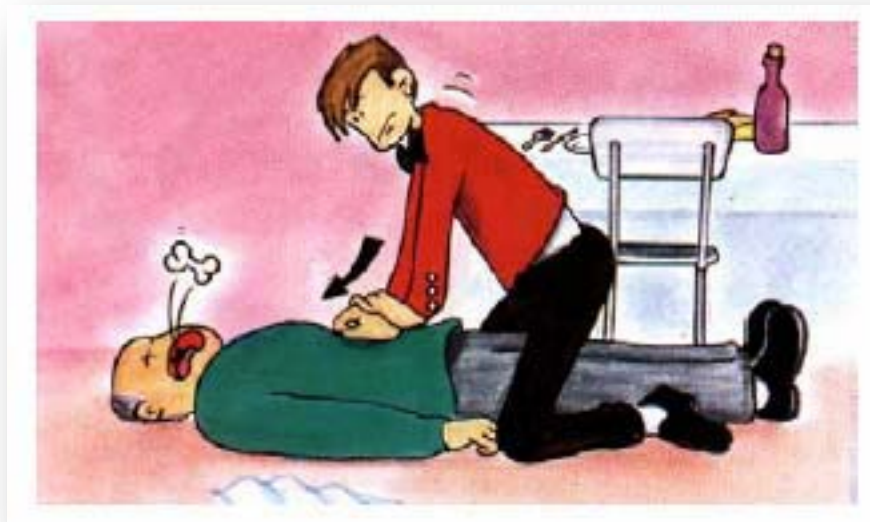
B. Obstrucción completa de las vías aéreas: En este caso la persona se llevará las manos al cuello; su cara y sus labios tomarán un aspecto azulado y si no se elimina rápidamente lo que le está produciendo la obstrucción la víctima puede perder el conocimiento. Inmediatamente le realizaremos la “Maniobra de Heimlich”.



- Maniobra de Heimlich en una víctima consciente:
  - a. Nos colocaremos detrás del paciente que estará sentado o de pie; le “abrazaremos” colocando una de nuestras manos con el puño cerrado justo por encima del ombligo y con la otra mano encima.
  - b. Una vez así, presionaremos con fuerza hacia adentro y hacia arriba al mismo tiempo, ejerciendo movimientos bruscos que repetiremos en series de 6 a 10 veces hasta que el objeto sea expulsado por la boca de la víctima o hasta que la víctima pierda el conocimiento, con lo que pasaríamos a ejecutar la siguiente maniobra.
- Maniobra de Heimlich en una víctima inconsciente:
  - a. Ladearemos la cabeza del paciente y nos colocaremos encima de él a horcajadas, es decir como si estuviéramos en un caballo, con las rodillas en el suelo.
  - b. Coloquemos el talón de una mano en la parte alta del abdomen, bajo el esternón. Coloque el talón de la otra mano sobre la primera manteniendo los brazos extendidos.

c. Ahora, realizaremos las compresiones de forma enérgica, hasta conseguir extraer el cuerpo extraño; si no lo notamos, cada 6-10 compresiones, revisaremos la boca del paciente por si estuviera dentro. Realizaremos la maniobra de apertura de vía aérea y revisaremos la boca del paciente por si estuviera dentro. Realizaremos dos insuflaciones para ver si el tórax se eleva y descende. Si esto no sucede quiere decir que sigue existiendo la obstrucción, por lo repetiremos el ciclo anterior hasta conseguir que la vía aérea esté permeable o el paciente recupere la respiración espontánea.

Esta maniobra no se recomienda en personas obesas ni en embarazadas; en estos casos, se presionará sobre la mitad inferior del esternón del paciente, situándonos de la misma forma que hemos visto para la Maniobra de Heimlich, según el estado de la víctima (consciente o inconsciente).



## 6. Hemorragias.

Tipos de hemorragias:

- **Externas:** cuando vemos la sangre a través de una herida.
- **Internas:** cuando no vemos la sangre debido a que ésta está oculta en el interior del organismo.
- **Exteriorizadas:** cuando la sangre sale por cualquier orificio del organismo: boca, nariz, oídos, etc.

Por otra parte las hemorragias también pueden ser:

- **Venosas:** cuando la sangre procede de la rotura de una vena. La sangre se caracteriza porque es de un color rojo oscuro y sale de forma continua, como en un chorro.
- **Arterial:** cuando la sangre procede de la rotura de una arteria. La sangre se caracteriza porque es de un color rojo claro y brillante y sale a borbotones.

- **Capilar:** cuando la sangre procede de la rotura de un capilar. La sangre va a salir en pequeños puntitos.

Actuación ante los diferentes tipos de hemorragias:

- Externas:

- a. Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.
- b. Valoración de respiración y circulación.
- c. Tranquiliza al accidentado, habla con él.
- d. Proteger el lugar de los hechos: por ejemplo si se ha cortado con unos cristales evitar que se tienda en el suelo encima de esos cristales.
- e. Evitar que el accidentado permanezca de pie, ya que si se mareara se podría caer al suelo y golpearse, ocasionándose una lesión más.
- f. Presionar rápidamente con tu mano directamente sobre la herida colocando gasas o compresas estériles (pueden valer: pañuelos, servilletas, toallas pequeñas, etc. Siempre que estén limpios) . Mantener la presión durante 10 minutos aproximadamente; esto suele ser suficiente para detener la mayoría de las hemorragias.
- g. Cuando la hemorragia se produzca en las extremidades, las mantendremos elevadas por encima del nivel del corazón. Si al intentar hacerlo, la víctima experimenta dolor puede haber una posible fractura por lo que no le levantaremos el miembro.

Si la hemorragia no cesa habrá que conseguir ayuda médica. Le realizaremos un vendaje compresivo y esperaremos con la víctima hasta que llegue la ayuda.

**ATENCIÓN:** si mientras estás aplicando la presión directa, los apósitos se empapan de sangre, NO los quites ya que destruirías el coágulo que se está formando y aumentaría la hemorragia. Al contrario, coloca otros encima y continúa apretando.

- Internas:

Estas hemorragias son muy difícil de detectar puesto que no se ve la sangre. Generalmente suelen ir precedidas de un golpe y la persona suele tener los siguientes síntomas:

- Piel pálida, fría y sudorosa.
- Pulso débil y rápido.
- Respiración rápida y superficial.

Actuación:

- a. Colocar a la víctima boca arriba con la cabeza ladeada y en posición antishock, es decir tumbado y con las piernas elevadas.

- b. Arrojar a la víctima con una manta para mantener el calor corporal.
- c. Traslado urgente a un Centro Sanitario en posición antishock, es decir tumbado y con las piernas elevadas.

• Exteriorizadas:

Una de las más frecuente es la salida de sangre por la nariz que se denomina "Epistaxis". Son muy frecuentes en los niños y se suelen producir por un golpe directo en la cara aunque a veces también pueden originarse de forma espontánea.

Actuación:

- a. Apretar las alas de la nariz contra el tabique nasal con la ayuda de los dedos índice y pulgar.
- b. Al mismo tiempo se le inclina la cabeza de la víctima hacia delante, pidiéndole que respire por la boca.
- c. Mantener la presión durante 10 minutos.
- d. Si no cesara se realizará un Taponamiento anterior mediante una gasa empapada en agua oxigenada
- e. Si aun así no cesara la hemorragia trasladaríamos al herido al centro de salud más cercano.

Otorragia: salida de sangre por el oído.

- a. Posición lateral de seguridad sobre el oído sangrante.
- b. Si existiera sospecha de posible lesión medular, el herido sería movilizado en bloque evitando así producir una lesión mayor .
- c. Almohadillado bajo la cabeza.
- d. Traslado en posición lateral de seguridad, sobre el oído sangrante, con paciente correctamente inmovilizado.
- e. NO taponar.

Podemos encontrarnos otros tipos de hemorragias exteriorizadas más complejas como sería una hemorragia por la boca, ano, etc., con este tipo de hemorragias lo mejor es acudir lo antes posible al centro de salud u hospital más cercano para ser valorado por un especialista.

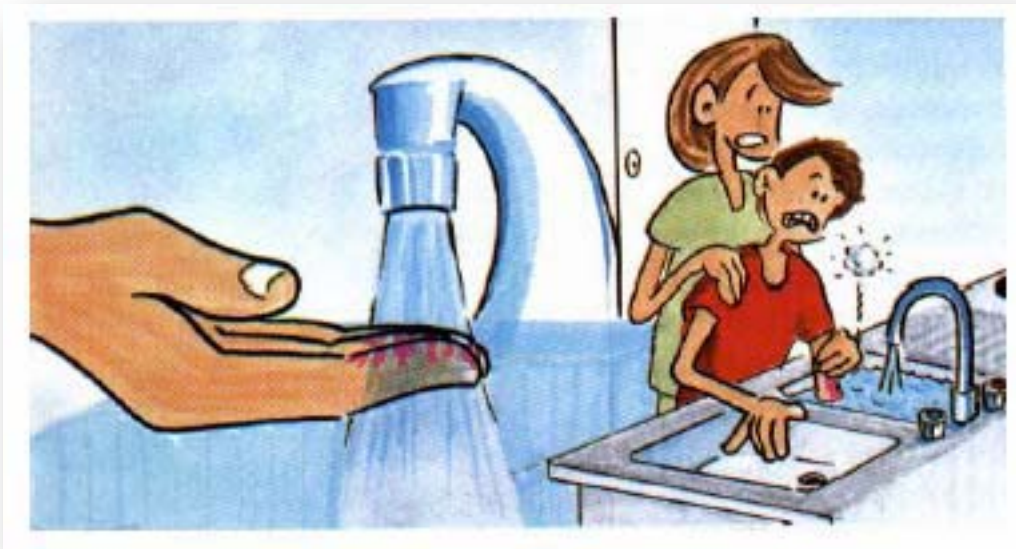
## **7. Heridas y cortes.**

Las heridas se pueden producir después de un golpe, una caída, un corte, etc. Los síntomas típicos de cualquier herida son: dolor, hemorragia y separación de bordes.

Actuación:

- Herida superficial:

- a. Preparar el material que vamos a utilizar, como son: gasas, agua oxigenada, betadine, tiritas, tijeras, etc.
- b. Lavarnos las manos con agua y jabón y frotarlas después con alcohol.
- c. Limpiar la herida preferiblemente con agua oxigenada o sino con suero “ a chorro” para que penetre en su interior. También podemos utilizar agua con jabón. La herida la lavaremos de dentro hacia fuera.
- d. Si en la herida existen pequeños cuerpos extraños que estén sueltos ( tierra, piedrecillas, cristales, etc.) los retiraremos con cuidado con unas gasas o con la ayuda de unas pinzas. Pero si estuvieran incrustados, NO trataremos de retirarlos.
- e. Después secaremos la herida con gasas, desde su centro hacia la periferia.
- f. Aplicaremos betadine .
- g. Como norma general dejaremos la herida al aire libre, pero en el caso de los niños pequeños, que tienden a hurgarse en las heridas, es recomendable cubrirlas con apósitos o tiritas. Si la herida la cubrimos con un apósito debe ser revisado cada 24 / 48 horas, para evitar la existencia de una infección (enrojecimiento de la herida, hinchazón, dolor, pus).



- Herida profunda:
  - a. No explorar la herida.
  - b. Colocaremos un apósito en la herida.
  - c. Inmovilizamos la parte donde está la herida.
  - d. Traslado de la persona a un centro médico.

- Herida de tórax: a. Si hay clavado algún objeto no lo quitaremos ya que si lo hacemos podemos producir una hemorragia. lo fijaremos lo mejor posible para evitar que produzca más daño.
- b. Colocaremos un apósito en la herida.
- c. Traslado de la persona a un centro médico semi-sentado o tumbado sobre el lado afectado.
- d. Valorar la respiración y pulso durante el traslado.

• Herida de abdomen:

- a. Si hay clavado algún objeto no retirarlo, lo fijaremos lo mejor posible para evitar que produzca más daño.
- b. Acostar al paciente boca arriba con las rodillas flexionadas.
- c. Taponar la herida con un paño.
- d. Ponerle vendas o apósitos a modo de faja por el abdomen.
- e. Traslado de la persona a un centro médico.
- f. Valorar la respiración y pulso durante el traslado.

ATENCIÓN: No utilizar nunca encima de las heridas:

- Algodón, pañuelos o servilletas de papel: desprenden pelusas.
- Alcohol, lejía, etc: son desinfectantes muy potentes pero queman los bordes de las heridas.

## 8. Quemaduras.

Las quemaduras son un tipo de lesión bastante frecuente sobre todo en el hogar. Pueden ser producidas por diferentes causas:

- Calor: cerillas, mecheros, plancha, etc.
- Electricidad: descarga eléctrica.
- Productos químicos: los productos del hogar como la lejía.

Síntomas:

Enrojecimiento

Ampollas

Aspecto carbonizado

Dolor. Cuanto más profundas sean las quemaduras menos dolor producen.

Tipos:

**1º GRADO:** Hay una inflamación ligera y son dolorosas. Afectan a la primera capa de la piel. Epidermis

**2º GRADO:** Aparece la ampolla y son dolorosas. Afectan a la segunda capa de la piel. Dermis

**3º GRADO:** Destrucción de todas las capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis), son de color negro (carbonizado) y no hay dolor ya que han sido afectadas las terminaciones nerviosas.

Actuación:

- a. Proteger el lugar, es decir, hay que apartar la fuente de calor que ha causado la quemadura: desenchufar la plancha, tapar la sartén si hay fuego, apagar a la víctima si está ardiendo, etc.
- b. Valoración inicial: Lo primero que debemos de tener en cuenta es la situación en la que se encuentra el quemado. Valorar es estado general y asegurar las constantes vitales
- c. Aplicar en la zona quemada agua fría durante 10 minutos. También se puede cubrir la zona con compresas empapadas de agua fría que se irán renovando periódicamente. De esta manera se va a aliviar el dolor y la aparición de ampollas. En quemaduras extensas no se recomienda el enfriamiento ya que podría producir una hipotermia.
- d. Si la quemadura es extensa o profunda hay que cubrir la zona afectada para evitar el riesgo de infección; Par ello la taparemos con toallas, pañuelos, sábanas, etc. Siempre LIMPIOS.
- e. Si la ropa de la persona también se ha quemado y está pegada a la piel de la persona NO se la quitaremos, la recortaremos quedando pegada a la piel la parte adherida a esta. En cambio quitaremos INMEDIATAMENTE las ropas que estén impregnadas en productos químicos o líquidos hirvientes, mientras se mantiene la zona afectada bajo un chorro de agua fría, protegiendo nuestras manos del contacto con la sustancia química.
- f. Retirar anillos, relojes, pulseras, etc... para evitar que se estrangule la zona a consecuencia del edema (inflamación) que se producirá
- g. No se deben pinchar ni romper las ampollas, son la mejor defensa ante el riesgo de infección. En un Centro Sanitario, con medios y materiales adecuados lo harán posteriormente, para evitar una posible infección.
- h. Los pacientes con quemaduras en la cara, presentan rápidamente edema (inflamación); pueden manifestarse complicaciones respiratorias debido a los humos aspirados. Tenerlo siempre en cuenta; mantener abiertas las vías aéreas y trasladar semi-sentados.
- i. No vendar superficies quemadas juntas, ya que estas podrían quedar pegadas, ni poner vendajes compresivos ni muy voluminosos. Si nos encontramos con una persona que está ardiendo. La tenderemos en el suelo y la cubriremos con ropa para así apagar el fuego. Si no tuvieras nada de ropa para ponerle por encima hazla rodar sobre el suelo. No aplicar agua.

**QUEMADURAS QUÍMICAS O CAUSTICACIONES:**

Son las quemaduras producidas por productos químicos o de tipo corrosivos. Las lesiones son parecidas a las producidas por el calor, aunque la acción corrosiva de los cáusticos se prolonga mientras queden restos del mismo en la zona alcanzada.

Estas lesiones varían, desde el enrojecimiento o eritema. Hasta la destrucción de los tejidos, según la naturaleza del cáustico y su concentración.

Actuación:

- a. Debemos retirar el producto químico del contacto con la piel tan rápidamente como sea posible; no hay que perder el tiempo.
- b. Es preciso iniciar cuanto antes el lavado con agua abundante, pero no a presión.
- c. Retirar los objetos y ropas que estén en contacto con la piel.
- d. Mantenerlo bajo el agua entre 15 o 20 minutos, bajo un chorro abundante
- e. Tratar después como el resto de las quemaduras: cubrir y traslado.

#### QUEMADURAS ELÉCTRICAS:

Es la quemadura producida en nuestro organismo por el paso de la corriente desde el cable hasta la tierra. La corriente eléctrica que atraviesa el cuerpo puede alterar el ritmo cardiaco, causar incluso su parada. Cuando alguien se electrocuta, la corriente entra en el cuerpo en el punto de contacto y viaja a lo largo del camino de menor resistencia ( los nervios y los vasos sanguíneos) quemándolos y destruyéndolos.

Actuación:

- a. Desconectaremos la corriente antes de tocar a la víctima.
- b. Si no es posible, nos aislaremos con palos, cuerdas etc, sin tocar a la víctima directamente.
- c. Comprobar las constantes vitales y actuar conforme a esa valoración.
- d. Cubrir la zona afectada ( orificios de entrada y salida)
- e. Trasladar al hospital aunque las lesiones sean mínimas, pueden aparecer alteraciones tardías u órganos internos afectados.

Actuación ante una quemadura en un ojo:

- a. Aplicar un chorro de agua fría sobre el ojo durante 10 minutos.
- b. Colocar un apósito sobre el ojo.
- c. Trasladar a la persona a un centro médico.

ATENCIÓN: No aplicar sobre una quemadura:

- Pomadas, lociones, Aceite, vinagre, pasta de dientes, mantequilla, etc.
- Hielo o agua helada para enfriar la herida
- Algodón o apósitos adhesivos directamente.
- No romper la ampolla producida por una quemadura.

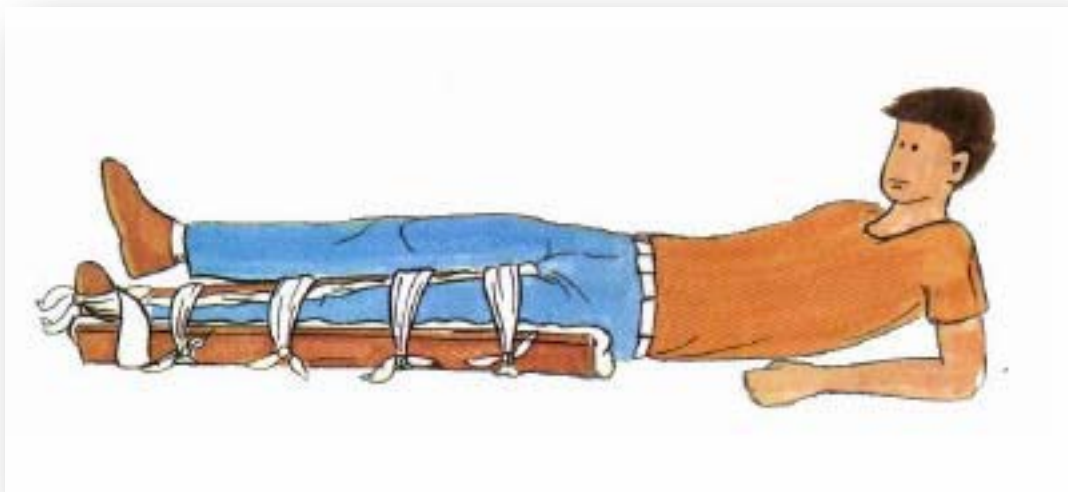
#### **9. Vendajes e inmovilizaciones.**

#### A. Inmovilizaciones:

La inmovilización se hace con el objeto de impedir cualquier movimiento a nivel de la zona lesionada y evitar así, empeorar las lesiones ya existentes. También con ello conseguiremos reducir el dolor.

Se utilizan dos técnicas para inmovilizar una supuesta fractura:

- a. Una, más sencilla, es la utilización del propio cuerpo de la víctima que sirve como soporte de la inmovilización, con la ayuda de pañuelos en forma de vendas, pañuelos triangulares( cabestrillos), etc.
- b. Otra técnica, más compleja, requiere la utilización de elementos rígidos o “férulas”, como soporte de la inmovilización; pueden servir: tablillas, periódicos o revistas enrolladas, tubos de cartón, palos de escoba, paraguas, o cualquier soporte rígido que seamos capaces de improvisar. Esta técnica es bastante más complicada que la anterior y requiere de algo de práctica para realizarla correctamente.



Técnica para la colocación de un cabestrillo:

Para colocar un cabestrillo, hemos de seguir los siguientes pasos:

- a. Pedir al accidentado que se sostenga el brazo lesionado, de manera que la muñeca se encuentre ligeramente más alta que el codo; ayudarle en caso necesario.
- b. Introducir el pañuelo por el hueco que queda debajo del codo, entre éste y el cuerpo; deslizarlo hacia arriba y extenderlo con cuidado de manera que la punta del pañuelo quede a la altura del codo del brazo lesionado y su base llegue a la altura de los nudillos de la mano.
- c. Doblar el extremo inferior del pañuelo hacia arriba y atar con un nudo los extremos del pañuelo a un lado del cuello.

d. La víctima ha de sostener el brazo lesionado hasta que el cabestrillo esté atado.

e. Con el pañuelo que sobra a la altura del codo, hacer un nudo sencillo o sujetarlo con un imperdible al cabestrillo, con el objeto de evitar que el brazo lesionado se deslice hacia atrás y se salga del cabestrillo.

En caso de no disponer ni tan siquiera de un pañuelo triangular, SE PUEDE IMPROVISAR UN CABESTRILLO, utilizando para ello la propia ropa del accidentado; un jersey, una chaqueta o una camisa, nos pueden servir para improvisar un cabestrillo, doblándolos sobre sí mismos y abotonándolos o sujetándolos con un imperdible después.

### B. Vendajes:

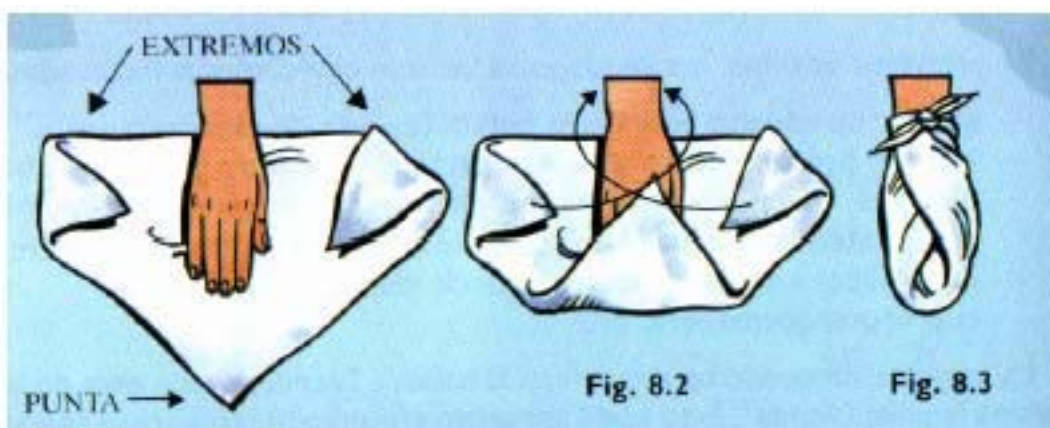
En primeros auxilios vamos a utilizar 2 sistemas de vendajes:

- a. Los pañuelos triangulares
- b. Las vendas.

Ambos tienen las mismas utilidades, pero su diferencia radica en que en un caso (pañuelos triangulares), el vendaje se puede improvisar de una manera rápida, y en el otro (vendas), es necesario poder disponer de ellas.



#### a. Vendajes con pañuelo triangular:



- Técnica del vendaje con pañuelo triangular (mano o pie): Es necesario un trozo de tela triangular; la pañoleta sirve para hacer este tipo de vendaje. Coloca la mano sobre el pañuelo extendido, con los dedos en dirección a la punta del pañuelo. Pliega la punta del pañuelo sobre la mano. Coge los

extremos del pañuelo y crúzalos, pasándolos por debajo de la muñeca y anudándolos por encima.

- Técnica del vendaje con pañuelo triangular (cabeza): Coloca el pañuelo extendido sobre la frente de la víctima. Coge los extremos del pañuelo y llévalos hacia atrás, haciendo que se crucen a la altura de la nuca. Continúa el vendaje, llevando los extremos del pañuelo hacia la frente y anudándolos a continuación. La punta del pañuelo que ha quedado en la nuca puede ser tensada y doblada sobre sí misma.

Un pañuelo triangular nos puede servir también para improvisar una venda más o menos ancha. Par ello, doblaremos la punta del pañuelo sobre el punto medio de su base y después, volveremos a doblarlo por la mitad, en el mismo sentido, hasta que logremos la anchura deseada.

b. Vendaje con vendas:

Colocar la zona que se va a vendar en la posición en la que permanecerá una vez realizado el vendaje, es decir en su posición anatómica normal. Se empieza el vendaje de la zona distal a la proximal, es decir de la más alejada a la más próxima al cuerpo. Se coge la venda con la mano derecha y se sujeta el extremo inicial con el índice de la mano izquierda, se dan varias vueltas para fijar el extremo. Las articulaciones se suelen vendar con un vendaje conocido como en "8" debido a su forma, y se realiza empezando desde la parte distal a la proximal y como hemos dicho realizando vueltas como si estuviéramos haciendo un 8.



Cuando hagamos un vendaje debemos tener en cuenta que este no esté demasiado apretado, y esto lo sabremos preguntando al herido si le molesta y observando el color de la zona vendada. Si en vez de tener un color normal pasa a tener un color pálido quiere decir que no llega sangre a la zona vendada y por lo tanto que debemos aflojarlo.

## 10. Esguinces y luxaciones.

Las alteraciones más frecuentes en las articulaciones son:

- Torceduras (esguinces)

- Dislocaciones (luxaciones)

La diferencia que existe entre ambas alteraciones es que en un esguince la articulación vuelve a su sitio (vuelve a su cavidad articular) después de una separación momentánea al cesar el agente que lo ha originado. En la luxación la articulación permanece separada después de cesar el agente causante. Estas alteraciones son bastante frecuentes y si no está habituado resulta difícil llegar a diferenciar estas lesiones entre sí, por lo que es muy importante antes de hacer nada, escuchar, a la persona o a un testigo presencial, lo que ha pasado.

#### A. Síntomas:

- Dolor
- Hinchazón: es característico del esguince.
- Deformación: es característico de la luxación.
- Dificultad para realizar movimientos (Impotencia funcional)

#### PRIMEROS AUXILIOS EN ESGUINCES:

- Inmovilizar la articulación afectada mediante un vendaje compresivo.
- Elevar la extremidad afectada y mantenerla en reposo, para disminuir la inflamación.
- Aplicar frío local inicialmente, lo que ayudará a calmar el dolor. Esto se realizará aplicando una bolsa de hielo envuelta en una toalla o similar para evitar que el frío sea excesivamente intenso.
- No aplicar pomadas antiinflamatorias ni analgésicos ya que enmascaran los síntomas.
- Trasladar a un Centro Sanitario.

#### PRIMEROS AUXILIOS EN LUXACIONES:

- Inmovilizar la articulación afectada tal y como se encuentre.
- No intentar colocar la luxación.
- Traslado a un Centro Sanitario para su reducción y tratamiento definitivo.
- No dar nada por vía oral al paciente, NI DE BEBER NI DE COMER, ya que posiblemente se necesitará anestesia para reducir la luxación.
- Observar la circulación distal a través de los pulsos periféricos, la coloración y temperatura de la piel.

## 11. Fracturas.

Concepto:

Pérdida de continuidad de un hueso, con riesgo de producir otras alteraciones, como podrían ser las heridas. Origen traumático (golpes) o patológico (enfermedades que afecten a los huesos).

#### A. Tipos:

Hay muchas formas de clasificar las fracturas, en primeros auxilios, distinguimos fundamentalmente 2 tipos de fracturas:

- **FRACTURAS CERRADAS:** son aquellas en las que la piel que rodea a la fractura no está dañada. No aparece herida
- **FRACTURAS ABIERTAS:** son aquellas en las que además del hueso, la piel también se rompe, pudiendo apareciendo algún fragmento óseo a través de la herida.



Examen físico de las extremidades:

- Desvestir el área lesionada
- Inspección: presencia de heridas, hemorragias, coloración de la piel, deformidades,...
- Palpación: pulsos distales, sensibilidad, temperatura, puntos dolorosos,...
- Movilidad: movilidad activa, alt. Neurológicas y afectaciones óseas sin deformidad; movilidad pasiva.

Complicaciones:

- I. Posibilidad de lesión de partes blandas cercanas. Tener mucho cuidado a la hora de manejar una fractura, ya que una mala manipulación de dicha fractura puede hacer que convirtamos una fractura cerrada en una abierta.
- II. Hemorragia
- III. Infección.

**B. Actuación:**

- a. Como en las otras actuaciones en primer lugar hay que proteger el lugar de los hechos. Por ejemplo, un peatón que ha sido atropellado, puede haber quedado tendido en la calzada, pudiendo originarse un nuevo accidente si no son avisados los conductores que transitan por el lugar.
- b. Es muy importante EVITAR cualquier movimiento innecesario de la zona lesionada. Hay que inmovilizar la fractura en la misma posición en la que nos la encontremos; a la hora de inmovilizar cogeremos el hueso o huesos rotos y las articulaciones superior e inferior; por ejemplo, si sospechamos una fractura en el antebrazo hay que inmovilizar éste y las articulaciones del codo y de la muñeca.
- d. En la caso de fracturas abiertas hay que cubrir la herida con apósitos estériles o pañuelos lo más limpios posibles, ANTES de inmovilizarla.
- e. Llevar a la persona a un centro médico.



## 12. Ampollas.

Una vez que nos haya aparecido una ampolla sea por la causa que sea: quemadura, roce del zapato, etc, la mejor protección es su propia piel, por lo que NO la pincharemos. En caso de que tengamos que reventarla, por ejemplo, vamos de ruta y nos ha salido una ampolla y tenemos que seguir andando, vamos a seguir los siguientes pasos:

- a. Desinfectar la piel de la ampolla y la aguja que vamos a utilizar para reventarla.(si la aguja es estéril no hace falta desinfectarla)
- b. Con la aguja se pincha la ampolla por los bordes
- c. Se aprieta en la ampolla para que salga el líquido
- d. Colocamos un apósito estéril.

## 14. Picaduras.

Picadura de insectos:

Son bastante frecuentes sobre todo en los meses de verano. La mayor parte de estas picaduras no son graves y solo causan molestias.

Actuación:

- a. Observa si existe un aguijón clavado en la piel, por ejemplo, en el caso de una picadura de abeja, en este caso se va a extraer con mucho cuidado con unas pinzas, procurando NO comprimir sobre la parte SUPERIOR del aguijón porque es ahí donde se encuentra el veneno y podría extenderse por la herida.
- b. Limpiar la herida con agua y con jabón.
- c. Aplicar sobre la herida una gasa empapada en agua fría o bien hielo, amoniaco rebajado con agua o algún producto específico para picaduras.
- d. En caso de picadura en el interior de la boca que provoque dificultad respiratoria, hacer chupar hielo durante el traslado urgente al Centro Hospitalario.

**ATENCIÓN:** No aplicar barro o saliva sobre una picadura ya que podría infectarse. Tampoco hay que rascarse ni frotarse la zona afectada.

Mordeduras de serpientes:

En nuestro país de un total de 13 especies de serpientes, sólo 5 son venenosas, entre ellas la víbora. La gravedad de la mordedura va a depender de la cantidad de veneno introducido ( en un 50% de los casos no hay entrada de veneno), su potencia, la zona donde se ha producido la mordedura (más grave en el cuello y en la extremidad superior que en la extremidad inferior) y la edad de la víctima (más grave en niños y ancianos).

La huella de la mordedura (víboras) suelen ser 2 puntitos sangrantes, separados entre sí por 1 cm. De distancia aproximadamente; Transcurridos 15-30 minutos, aparecerá la zona amoratada y al cabo de una hora, surgirá inflamación, que en ocasiones, se extiende hasta la raíz del miembro afectado.

Síntomas generales: se producen manifestaciones digestivas, como vómitos, dolor abdominal, diarrea, sed intensa y tendencia al shock.

Actuación:

- a. Tranquilizar a la víctima y mantener en reposo la zona afectada en una postura cómoda para la víctima.
- b. Inmediatamente coloque una "ligadura" por encima del lugar de la mordedura; utilizar si es posible una banda ancha. Si la mordedura se produce en la cara o en el cuello, presione junto a la herida ( de forma que sangre un poco), para retardar la absorción del veneno.
- c. Limpiar la herida con agua y jabón.

d. Si es posible aplique frío sobre la zona, ya que por una parte, disminuye la difusión del veneno y por otra, ayuda a combatir la reacción inflamatoria que suele seguir a la mordedura.

e. Conseguir ayuda médica lo antes posible o traslade a la víctima a un Hospital, manteniendo en absoluto reposo la zona afectada.

**ATENCIÓN:** No hacer ningún tipo de incisión sobre la herida. No intentar succionar la herida, además de no ser eficaz (se extrae muy poca cantidad de veneno) es peligroso, ya que si tuviera lesiones en el interior de su boca, el veneno podría absorberse por ellas.

Picaduras de escorpión :

**Síntomas:** La inoculación produce una fuerte reacción local, con dolor agudo en la zona de la picadura, inflamación y gran edema en el miembro afectado, calambres musculares, temblores y hormigueo. Esta inflamación cursa con enrojecimiento y amoratamiento; excepcionalmente puede provocar agitación, desorientación y convulsiones.

**Actuación:**

- Inmovilizar al afectado, es especial, la zona de la inoculación. Incluso si ha de ser trasladado, lo conveniente sería hacerlo en reposo.
- Aplicar frío sobre el lugar de la inoculación, ya que se retrasará la absorción del veneno.
- Aplicar una banda constrictora, que interrumpa solo la circulación venosa superficial, sin afectar la circulación profunda del miembro afectado.
- No se recomienda la incisión en el lugar de la inoculación.

### **13. Intoxicación.**

Intoxicación es toda alteración del funcionamiento normal del organismo, producida por la entrada de un tóxico en el mismo.

a) Intoxicación por vía digestiva:

Al referirnos a este tipo de intoxicaciones lo hacemos tanto a las producidas por aquellos productos que son tóxicos, como a las producidas por el consumo de alimento en mal estado.

**Tratamiento en el domicilio:**

- Limpiar los labios y el interior de la boca con agua fresca mediante una gasa o paño limpio.
- Lavar con jabón las manos, la cara y las partes que hayan estado en contacto con el producto.

- Como regla general, no provocar el vomito, salvo en el caso de intoxicación por medicamentos.
- Neutralizar el tóxico sólo si la víctima está consciente: darle de beber agua albuminosa ( diluir 6 claras de huevo en 1 litro de agua.).
- Seguir las instrucciones que figuran en el envase de algunos productos tóxicos, para casos de intoxicación.
- Consultar con el médico o con el Servicio de Información Toxicológica 91.562.04.20.
- Vigilar las constantes vitales, e iniciar las maniobras de reanimación si son necesarias.
- Posición lateral de seguridad si está consciente.

b) Intoxicación por vía respiratoria:

- Separar a la víctima de la zona tóxica ( sacar a la víctima al aire libre o, si no es posible, airear la habitación, abriendo puertas y ventanas y retirando cualquier producto de combustión ).
- Explorar y mantener las constantes vitales.
- Estar alerta ante la aparición de vómitos.
- Traslado a un Centro Sanitario en posición semisentado. En caso de inconsciencia en posición lateral de seguridad.
- Para el rescate de la víctima, el socorrista debe tomar las medidas necesarias para no sufrir daño alguno:
  - Contener la respiración o utilizar mascarilla.
  - No encender llama alguna.
  - No encender interruptores ni manipular aparatos eléctricos.
  - En caso de humo denso, usar una cuerda guía y asegurarse de que alguien esta pendiente de nosotros desde el exterior.

c) Intoxicación por vía cutánea:

- Proteger nuestras manos con guantes.
- Retirar las ropas impregnadas de tóxico.
- Lavar la piel con agua abundante durante 15-20 minutos.
- Vigilar las constantes vitales.
- Traslado a un Centro Sanitario.

## **14. Insolación.**

### A. Síntomas:

Deshidratación, náuseas, aceleración de pulso y respiración, dolor de cabeza, fiebres altas, pérdida de conocimiento, ...

### B. Actuación:

- a. Retirar del sol, al instante, al enfermo.
- b. Ponerle paños fríos en la frente y en el cuerpo. También se le puede poner hielo.
- c. Dar sorbos de agua con sal (1 cucharada por litro).

### **15. Pérdida de conocimiento; lipotimia; desmayo; mareo.**

#### A. Síntomas:

Sus causas suelen ser varias: fatiga, hambre, emoción repentina... Siempre hay una pérdida de la presión sanguínea. La respiración se hace ligera, el pulso débil, la frente sudorosa y la cara pálida

#### B. Actuación:

- a. Si la persona siente que se va a marear, sentarla, haciendo que agache su cabeza entre las piernas, o bien, ayudarla a tumbarse en el suelo, boca arriba, levantándole los pies por encima del nivel del corazón y con la cabeza en hiperextensión; de esta manera, facilitaremos que la sangre llegue al cerebro.
- b. Si la persona se ha desmayado, colocarla tumbada en el suelo, boca arriba, levantándole los pies.
- c. En ambos casos, es bueno aflojar cualquier prenda de vestir que comprima el cuello, el tórax o la cintura( corbatas, cinturones, etc.)
- d. Procurar que el accidentado tenga suficiente aire: evite que los curiosos se agolpen a su alrededor, abra la ventana de la habitación, abaníquele la cara, etc.
- e. Si a pesar de llevar a cabo estas medidas, la víctima no recupera el conocimiento después de unos instantes (podría tratarse de una situación grave), procederemos a comprobar sus constantes vitales (respiración y pulso); si se mantienen presentes, la colocaremos en posición lateral de seguridad; si no se mantienen, iniciaremos las maniobras de resucitación cardio-pulmonar, ya que posiblemente no se trate de una lipotimia.

### **16. Parto imprevisto.**

Hay muchas veces que las mujeres embarazadas pueden empezar con las contracciones de parto y sorprenderla en la calle, tren, ...

Si nos encontrásemos en esta situación:

- a. Tranquilizaremos a la paciente. La colocamos boca arriba con las piernas un poco flexionadas. Siempre que sea posible nos lavaremos las manos.
- b. Si solo ha salido la cabeza se puede coger con ambas manos y tirar muy lentamente un poco inclinado hacia abajo.
- c. Una vez que haya salido la cabeza haremos una pequeña rotación hacia el interior para que el diámetro de los hombros coincida con el diámetro del orificio del salida. Una vez así se tira de la cabeza hacia arriba y hacia abajo

hasta que salen los hombros. Después se tira suavemente hasta que salga todo el cuerpo.

d. Una vez fuera el niño hay que amarrar fuertemente el cordón umbilical por dos partes separadas entre sí por 5 cm., luego cortaremos entre ambos nudos con unas tijeras o cuchillas de afeitar.

e. Si el niño no respira se toma por los pies y se le dan unos golpecitos en la espalda hasta que llore y eche las mucosidades que le impiden respirar.

f. Si la madre sangra mucho hay que dar unos masajes suaves alrededor del ombligo hasta que salga la placenta, nunca tirar del cordón.

g. Por último colocar unas compresas esterilizadas sobre los genitales y cerrar las piernas de la mujer. Se abriga al niño. Avisar a una ambulancia.

### **17. Congelaciones.**

Son las lesiones producidas por la acción del frío. Pueden ser Generales y Locales.

Generales:

Actuación:

- a. Cubrir a la víctima con ropa seca
- b. Darle agua azucarada templada
- c. Friegas con agua cada vez más templadas

Locales:

Pueden ser de:

- Primer grado: primero palidez extrema y más tarde enrojecimiento con pinchazos.
- Segundo grado: la zona se amorata y aparecen ampollas
- Tercer grado: muerte de los tejidos (escaras)

Actuación:

- a. Hacer pequeños masajes en la zona para estimular la circulación sanguínea en la zona afectada.
- b. Aplicar calor de forma progresiva.
- c. Envolver la zona seca aplicando polvos antibióticos cubiertos por gasas estériles.
- d. Traslado al Centro Sanitario.

### **18. Cuerpos extraños.**

OJOS:

- Si es pequeño y está libre:

- Explorar con buena iluminación el globo ocular y el interior del párpado inferior.
- Intentar arrastrarlo con una gasa o torunda humedecida.
- Recomendar al paciente que parpadee
- No frotar los ojos.
- No insistir excesivamente. Es preferible acudir al especialista.
- Si está enclavado o es metálico:
- Inmovilizarlo, si es necesario.
- No tocar.
- Cubrir y hacer un vendaje ahuecado sobre los dos ojos.
- Trasladar a un Centro Sanitario.

#### OIDOS:

- No intentar nunca la extracción con alfileres y otros objetos punzantes.
- No echar agua.
- Acudir a un especialista.

#### NARIZ:

- Intentar su expulsión con una espiración forzada, apretando la fosa nasal libre contra el tabique nasal.
- Si no sale, acudir al especialista.
- No echar agua.

### **19. Elementos del botiquín.**

En primeros auxilios, muchas veces será de gran utilidad poder disponer de un botiquín; de hecho, posiblemente todos hemos pensado alguna vez sobre la necesidad de tener un botiquín en casa, en el coche, etc.

El botiquín debe guardarse en un lugar ni muy húmedo ni muy seco, lejos de una fuente directa de calor y del alcance de los niños. La cocina o el baño NO son buenos lugares para guardar un botiquín.

Su composición puede variar según las circunstancias, pero en general, bastarán los siguientes elementos:

- gasas estériles.
- algodón hidrófilo.
- agua oxigenada.
- antiséptico (tipo betadine).
- esparadrapo.
- tiritas de varios tamaños.
- vendas de gasa orillada, de varios tamaños.
- una venda de gasa para improvisar un cabestrillo.
- analgésicos (paracetamol o A.A.S.); alivian el dolor y son eficaces para

- disminuir la fiebre.
- pomada para pequeñas quemaduras.
- pomada antiinflamatoria para pequeños golpes.
- crema antihistamínica, muy útil para las picaduras.
- termómetro.
- tijeras, preferiblemente de puntas redondeadas.
- pinzas pequeñas.