

Paraninfo
ciclos formativos

PURIFICACIÓN D. ARRIAZA ROMERO ♦ JUAN FERNANDO MARTÍNEZ ATIENZA ♦ CRISTINA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

PRIMEROS AUXILIOS



SERVICIOS SOCIOCULTURALES Y A LA COMUNIDAD

TÉCNICO EN ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
TÉCNICO SUPERIOR EN ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL Y TURÍSTICA
TÉCNICO SUPERIOR EN INTEGRACIÓN SOCIAL
TÉCNICO SUPERIOR EN EDUCACIÓN INFANTIL

SANIDAD

TÉCNICO EN FARMACIA Y PARAFARMACIA

Actualización

Página 32

Se actualiza el contenido del Sabías que...

Sabías que...

Según las *Recomendaciones para la Resucitación 2015* del Consejo Europeo de Resucitación «(...) la desfibrilación en los 3-5 primeros minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como del 50 % - 70 %. Se puede conseguir desfibrilación precoz por los que hacen la RCP mediante la utilización de DEA de acceso público in situ. Se deberían implementar activamente programas de acceso público a DEA en los espacios públicos que tengan una alta afluencia de personas».

Páginas 33 y siguientes

Se actualiza el contenido del Procedimiento 1 - Soporte vital básico (SVB) en adultos.

Procedimiento 1

Soporte vital básico (SVB) en adultos

En los adultos la interrupción brusca e inesperada de la actividad cardiocirculatoria que conduce al fallo respiratorio suele estar provocada, en la mayoría de los casos, por un trastorno de la actividad eléctrica del corazón denominado *fibrilación ventricular*.

El **objetivo** de la reanimación cardiopulmonar será suplir la actividad cardíaca y ventilatoria, que han fracasado, para intentar que la sangre llegue a todos los órganos vitales y restablecer lo antes posible el funcionamiento autónomo del corazón y de la respiración.

Protocolo de actuación

1. Asegúrese de que usted, rescador, y la víctima están seguros y a salvo de accidentes inesperados o peligros sobreañadidos (tráfico, electricidad, desprendimientos, etc.) que pudieran poner en peligro sus vidas.
2. Compruebe el nivel de consciencia de la víctima, para ello zarandéelo suavemente por los hombros y pregúntele con voz alta y clara «¿Qué le pasa?» o «¿Se encuentra bien?».
3. Si la víctima **responde** hablando o intentando hablar, significa que está consciente y respira. Déjelo en la misma posición en que se encuentra (siempre que no entrañe mayor peligro) e intente averiguar qué ha ocurrido pidiendo ayuda si es necesario. Reevalúelo regularmente.
4. Si la víctima **no responde**, colóquela en decúbito supino (boca arriba) e inicie la **apertura de la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón**. El objetivo de esta técnica es garantizar la permeabilidad respiratoria y la entrada de aire hacia los pulmones. Para realizar esta maniobra sitúese de rodillas junto a la víctima y coloque una mano en su frente, inclinando suavemente la cabeza hacia atrás; con la yema de los dedos de la otra mano debajo el mentón de la víctima, elévelo para abrir la vía aérea. Al inclinar la cabeza hacia atrás, a la vez que se eleva la mandíbula, se provoca la hiperextensión del cuello. Durante esta maniobra debe evitarse movilizar el eje cabeza-cuello para prevenir lesiones de columna cervical. Con esta maniobra podemos observar el interior de la boca y comprobar la existencia de cuerpos extraños que pudieran causar obstrucción respiratoria y retirarlos.
5. A la vez que abre la vía aérea utilizando la maniobra frente-mentón, evalúe si la persona respira o no con normalidad. Para ello se emplea la **técnica de ver, oír y sentir**:
 - Ver si existe movimiento torácico.
 - Oír si hay sonidos respiratorios, para lo cual acerque el oído a la boca-nariz de la víctima.
 - Sentir si se aprecia aire espirado en la mejilla.



Figura 2.8 Lo primero es comprobar el nivel de consciencia de la víctima



Figura 2.9 Se realiza la maniobra frente-mentón para la apertura de la vía aérea



Figura 2.10 Comprobar si la víctima respira mediante ver, oír y sentir

En esta maniobra de ver, oír y sentir no se deben emplear más de 10 segundos. En los primeros minutos de una parada cardíaca, una víctima puede estar prácticamente sin respiración, o presentar boqueadas infrecuentes, lentas y ruidosas (boqueadas agónicas). No confunda esto con la respiración normal. En caso de duda, actuar como si no existiese respiración.

6. Si la víctima **respira**, sitúela en **posición de seguridad**, para ello retírele las gafas, si las tuviera, y objetos personales de los bolsillos como llaves o mecheros. A continuación:
- Arrodílese al lado de la víctima.
 - Compruebe que las piernas están alineadas.
 - Sitúe el brazo más cercano a usted en ángulo recto (90° entre el cuerpo y el brazo), doblando el codo con la palma de la mano hacia arriba.
 - Acerque el brazo más lejano cruzándolo sobre el pecho y sitúe el dorso de la mano sujetando la cara de la víctima.
 - Coloque el miembro inferior más alejado de usted en semiflexión (90°).
 - Sujutando a la altura del hombro y la cadera, rote a la víctima hasta dejarlo situado lateralmente y estabilizado con la ayuda de la pierna flexionada en ángulo recto.
 - Extienda la cabeza hacia atrás para que la vía aérea continúe abierta y asegure esta posición con la mano debajo de la mejilla.
 - Si la víctima debe permanecer un tiempo prolongado en esta posición, es necesario cambiarla al decúbito lateral contrario pasados 30 minutos.



Figura 2.11 Posición lateral de seguridad

7. Si la persona **no responde y no respira** con normalidad, entonces pida a alguien que llame al servicio de emergencias (112). Si esto no es posible, llame usted mismo, preferentemente activando la función de manos libres para comunicarse con el operador telefónico de emergencias. Mientras hace esta llamada, intente permanecer al lado de la víctima. Identifique claramente: el lugar del suceso, la causa de la llamada (persona inconsciente, accidente,

etc.), circunstancias, hora, características de la víctima, etc. Deberá contestar las preguntas efectuadas por el centro de coordinación de manera clara y escueta. No cuelgue el teléfono antes que el servicio de emergencias.

8. Si es posible, envíe a alguien a localizar un DEA. Si está usted solo, no abandone a la víctima e inicie las maniobras de masaje cardiaco externo de la siguiente forma:

- Con la víctima situada boca arriba arrodílese a su lado y aflójele cualquier prenda que pudiera comprimirle el pecho o el cuello.
- Coloque el talón de una mano en el centro del pecho (a la altura del tercio inferior del esternón) y sobre esta el talón de la otra mano, entrelazando los dedos.
- Cargue verticalmente el peso de su cuerpo sobre el pecho de la víctima, con los brazos totalmente extendidos, sin doblar los codos. Asegúrese de que la presión no se aplica sobre las costillas de la víctima ni tampoco haga presión sobre la parte alta del abdomen o la parte final del esternón.
- Comprima con firmeza el esternón deprimiéndolo entre 4 o 5 cm, pero no más de 6 cm.
- Relaje la presión tras cada compresión torácica, pero sin perder el contacto con el cuerpo del accidentado, ya que esto supondría tener que volver a colocar de nuevo las manos en el punto exacto del masaje.
- El ritmo de las compresiones será aproximadamente de 100-120 compresiones por minuto. El tiempo transcurrido entre compresión y descompresión será siempre el mismo.

9. Si **usted se siente capaz**, combine las compresiones torácicas con respiraciones de rescate a un ritmo de 2 ventilaciones cada 30 compresiones. Procederá de la siguiente forma:

- Con la vía aérea abierta, gracias a la maniobra frente-mentón, tape la nariz pinzando, con los dedos pulgar e índice de la mano que está sobre la frente, la parte blanda de la nariz. Permita que se abra la boca de la víctima, mientras esta mantiene el mentón elevado.
- Inspire normalmente a la vez que sitúa sus labios alrededor de la boca de la víctima asegurándose de que hace un buen sellado.
- Sople de manera continuada dentro de la boca de la víctima aproximadamente durante 1 segundo. El volumen de aire insuflado debe elevar el tórax de manera semejante a como lo haría en una respiración espontánea.
- Retire su boca después de la ventilación para permitir que el tórax descienda para dejar salir el aire. Repita una segunda ventilación de la misma manera que esta primera.
- No interrumpa las compresiones más de 10 segundos para aplicar las dos ventilaciones.
- Vuelva a colocar las manos en el pecho de la víctima sin demora y realice otras 30 compresiones torácicas.



Figura 2.12 Posición de las manos para masaje cardiaco externo



Figura 2.13 Ventilación boca a boca

Recuerda

La secuencia de actuaciones a seguir frente a una persona inconsciente sigue la regla nemotécnica ABC:

A (Airway, vía aérea): abrir la vía aérea.

B (Breathing, ventilación): comprobar la respiración y actuar en consecuencia.

C (Circulation, circulación): activar la circulación sanguínea.

Actividad propuesta

2.5. Antes de iniciar la RCP, la persona que interviene sobre la víctima debe realizar dos comprobaciones. Indica cuáles son.

2.6. Explica cuál es la primera actuación ante la presencia de una persona en situación de emergencia.

10. Si **usted no se siente capaz** para aplicar las respiraciones de rescate, las compresiones torácicas se efectuarán de manera continua, sin interrupción, hasta que llegue la ayuda cualificada, la víctima se recupere o esté exhausto.
11. Tan pronto como llegue el DEA, enciéndalo y aplique los parches adhesivos sobre el pecho desnudo de la víctima. A continuación, siga las instrucciones de los mensajes que emite tanto visuales como sonoras (véase el Procedimiento 3). Nadie debe tocar a la víctima mientras el equipo hace un análisis del ritmo cardíaco y tampoco mientras se aplica la descarga, si es que está indicada la desfibrilación. Tras aplicar la descarga debe continuar durante dos minutos con RCP. El desfibrilador realizará un nuevo análisis del ritmo cardíaco y, si es oportuno, indicará la aplicación de una nueva descarga.
12. Si la víctima se mueve, abre los ojos, respira o inicia cualquier otro gesto que indique recuperación colóquelo en posición de seguridad según lo indicado en el punto 6.

Consideraciones

1. La maniobra frente-mentón no se realizará cuando se sospeche de lesión cervical. En este caso, se realizará la maniobra de *tracción mandibular*, en la que la cabeza y el cuello deben estar alineados para mantener la inmovilización de la columna cervical. Solo se tracciona la mandíbula hacia arriba.
2. Cuando han pasado 10 minutos de la PCR y no se han iniciado las maniobras de RCP o se han iniciado, pero se confirma después que ha pasado este periodo de tiempo, solo se comenzarán o seguirán realizando si:
 - La víctima es donante potencial de órganos.
 - Son casos de hipotermia, intoxicación por barbitúricos o ahogamiento.

Procedimiento 2

Actuación para el soporte vital básico (SVB) en niños

El soporte vital básico aplicado a los niños presenta algunas peculiaridades respecto al estudiado para las víctimas adultas. Estas particularidades son consecuencia de las diferencias anatomofisiológicas que presentan los niños respecto a los adultos.

La PCR en los niños se produce por causas diferentes a los adultos. Ya hemos dicho que la PCR en los adultos tiene mayoritariamente un origen cardíaco, mientras que en los niños el origen de la PCR suele ser la asfixia provocada por atragantamiento, ahogamiento, intoxicación o traumatismo (tráfico o caídas).

El **objetivo** del soporte vital básico pediátrico es el mismo que el del adulto: aportar un flujo sanguíneo en cantidad suficiente para mantener la