

5. LAS QUEMADURAS

5. LAS QUEMADURAS

Pueden ser causadas por el calor o por una sustancia cáustica o corrosiva.

5.1. Quemaduras por calor.

Forma de actuar

- 1.º No hay que intentar limpiar las quemaduras ni romper ni abrir las ampollas.
- 2.º Envolver la parte quemada con una venda estéril o limpia o bien con Eritul, si lo tenemos a mano.
- 3.º Si no tiene otras lesiones, darle de beber agua salada y bicarbonato, té, etc.
- 4.º Trasladarlo rápidamente a un Centro especializado.
- 5.º Administrar un sedante si existen dolores.

5.2. Quemaduras por *productos químicos*

5.2.1. *Cómo distinguirlos*

Los líquidos son los que producen quemaduras en los tejidos. Se distinguen las quemaduras producidas por ácidos de las producidas por álcalis en que las primeras forman una costra negra y dura sobre los tejidos que, una vez formada, protege la quemadura de la acción ulterior del ácido. Las quemaduras producidas por álcalis tienen un aspecto blanquecino blando y húmedo; el hecho de que no se forme una costra como en las anteriores hace que el cáustico siga actuando sobre los tejidos, haciendo cada vez más profundas las lesiones.

La diferencia esencial entre una quemadura producida por el calor y la producida por los cáusticos está en que el calor deja de actuar en cuanto se alejan los tejidos del

foco calórico; en cambio, los cáusticos siguen actuando en tanto no se neutralicen.

5.2.2. Forma de actuar

- 1.º Despojar a la víctima de las prendas impregnadas con el cáustico, desnudando la parte afectada
- 2.º Lavar con agua abundante la parte afectada, para arrastrar en lo posible todo vestigio del líquido cáustico
- 3.º Disolver en el agua un producto que neutralice al agente agresor (bicarbonato, jabón, etc), si la quemadura ha sido producida por un ácido, en cambio, si es producida por un álcali, emplearemos un ácido para neutralizarlo, utilizando con preferencia el ácido acético (vinagre)

5.3. Quemaduras en los ojos.

Forma de actuar

- 1.º Lavar con mucha agua Si las quemaduras son por ácido, neutralizar con una solución bicarbonatada (una cuchara sopera por un litro de agua).
- 2.º Si son por soluciones alcalinas, lavar solamente con agua.
- 3.º Vendar cubriendo totalmente el ojo

6. LIPOTIMIA, COMA, SINCOPE, SHOCK Y MUERTE

6.1. Lipotimia, coma, síncope, shock y muerte

6.1.1. Conceptos

Lipotimia o desmayo

Corresponde al también llamado «mareo» y se caracteriza por obnubilación, palidez de cara, sensación de vértigo y náuseas

Coma

Se produce cuando a causa de una enfermedad quedan abolidas o suprimidas la conciencia, vigilancia y estado de alerta, pero se conservan la respiración, la circulación y la diuresis.

Síncope

Tiene lugar cuando se pierde brusca y transitoriamente el conocimiento, como, por ejemplo, tras una descarga eléctrica.

Existen diversas causas de síncope:

- Circulatorias periféricas.
- Cardíacas.
- Perturbaciones cerebrales y metabólicas

Shock

Se puede presentar en los lesionados traumatizados o quemados. El lesionado presenta piel fría, estado de semiconsciencia, pulso blando y muy difícil de percibir. Veamos, detenidamente, algunos de estos estados.

6.2. El síncope

Se reconoce este estado porque el accidentado:

- No tiene heridas ni golpes
- Respira con regularidad
- El pulso, aunque es rápido (no pasa de 110), es fácilmente palpable
- La cara tiene buen aspecto, aunque pálida
 - No tiene convulsiones
 - No padece enfermedades crónicas (consultese a sus acompañantes)

6.2.1. Cómo actuar

Acostarle de forma que la cabeza quede más baja que el cuerpo, a fin de favorecer la irrigación cerebral

Desabrochar la ropa (cinturón, corbata y cuello etc.) para que respire con facilidad

La pérdida del conocimiento puede ser debida a otras causas más graves, como son las intoxicaciones por gases (gases de utilización doméstica, brasero, etc.), asfixias por inmersión, electrocuciones y también por traumatismo en la cabeza. En estos casos se actuará como se indica en los Capítulos correspondientes

6.3. El shock

El shock es un estado siempre grave que puede aparecer inmediatamente después de un accidente o bien al poco tiempo de haberse producido. Si no se trata debidamente y sin pérdida de tiempo, conduce con frecuencia a la muerte.

Hay casos, incluso de heridos muy graves, en que no se presenta el shock.

6.3.1. Clasificación

Podemos distinguir varias clases de shock.

- 1.º Shock traumático, que es el desencadenado como consecuencia de grandes traumatismos:

- Aplastamiento de miembros
- Grandes heridas con desgarro
- Fracturas múltiples o abiertas
- Fuertes compresiones de tórax
- Fuertes golpes en el abdomen
- Grandes quemaduras

Y, en general, todo aquello que produzca dolores muy intensos

- 2.º Shock hipovolémico, que se desencadena como consecuencia de una gran pérdida de sangre
- 3.º Shock de origen cardíaco. Se produce generalmente como consecuencia de un infarto de miocardio.
- 4.º Otras causas que influyen favoreciendo la aparición del shock son las enfermedades crónicas, el hambre, el frío, el cansancio físico y moral y, en general, todos los estados de debilitamiento general. Son más propensos al shock los ancianos y los niños

En los shockados siempre están combinadas en mayor o menor grado todas las causas anteriormente descritas. La anterior clasificación solamente sirve para determinar cuál es la causa principal del shock

6.3.2. Síntomas

Podremos afirmar que un herido puede estar shockado cuando tiene:

- La piel pálida y fría.
- La cara desencajada.
- Sudor frío.
- El pulso muy rápido (por encima de las 110 pulsaciones) y muy blando; a veces no es perceptible
- La respiración superficial.
- Amodorramiento.
- Apatía y desinterés por cuanto le rodea.
- Puede perder el sentido o no.

6.3.3. Tratamiento

Para tratar de vencer el estado de shock, y sobre todo para no agravarlo, se debe hacer lo siguiente:

- 1.º Tender al herido con la cabeza baja
- 2.º Mantenerlo en reposo absoluto
- 3.º Abrigarle con una o varias mantas para evitar que se enfríe; pero no ponerle nunca bolsas de agua caliente ni otros caloríferos si no se le vigila constantemente para evitar quemaduras
- 4.º Si no tiene perdido el conocimiento ni tiene heridas de vientre, darle a beber agua con sal y bicarbonato (sal, una cucharadita de las de café, bicarbonato, media cucharadita para un litro de agua), toda la cantidad que pueda tomar. También se le pueden dar pequeñas cantidades de infusiones calientes
- 5.º Evitarle toda clase de emociones, ocultándole las malas noticias sobre sus familiares accidentados
- 6.º Animarle con palabras de consuelo y tranquilizarle, quitándole importancia a lo sucedido, así como anunciarle la próxima llegada de toda clase de auxilios sanitarios

6.3.4. Evacuación

El transporte de los shockados tiene que hacerse con rapidez y muchas precauciones.

La rapidez del traslado a un Centro quirúrgico viene dada por la necesidad de hacerle abundantes transfusiones de sangre o plasma, a fin de restablecer el volumen de sangre circulante, así como tratar sus lesiones y restablecer el ritmo normal del corazón antes de que el shock se haga irreversible.

Las precauciones son necesarias, a fin de no agravar el shock por nuevos sufrimientos (fracturas no inmovilizadas, aumento de la hemorragia, etc.).

6.4. Accidentes cerebrales

Se consideran como tales la brusca aparición de pérdida de conocimiento, con respiración estertorosa y, a veces, parálisis de los miembros, torcedura de boca, etc.,

cuyas causas pueden ser varias, tales como hemorragias cerebrales, embolias cerebrales, etc.

La conducta del socorrista ante estos cuadros debe ser: colocar al afectado en posición horizontal, facilitando su respiración y manteniéndolo en reposo absoluto hasta la llegada del médico.

6.5. Convulsiones

Se denominan convulsiones a los movimientos espasmodicos y desordenados que sufren algunas personas, especialmente en miembros y cabeza, debidos a causas muy diversas: epilepsia, tétanos, meningitis, intoxicaciones, traumatismos cráneocerebrales, etc.

La forma de actuar ante estos enfermos es la siguiente:

- 1.º Colocar al enfermo horizontalmente.
- 2.º Quitarle las ropas que le compriman.
- 3.º Evitar las mordeduras de lengua, para lo cual colocaremos entre sus dientes un corcho, pañuelo, cuchara, etc., cuidando que no se lo pueda tragar.
- 4.º Acompañar al afectado hasta que llegue el médico.

6.6. Muerte aparente y muerte real

Ante una persona inmóvil en la que no percibimos su respiración, podemos dudar si la muerte es aparente o real.

La forma de averiguarlo es sencilla: en el cuello palparemos las carótidas para poder apreciar sus latidos, si es que vive; abriremos sus ojos y comprobaremos si sus pupilas se contraen por la luz, porque si están dilatadas y no se cierran ante aquélla, nos indicará que la muerte es inminente si no se realiza inmediata y adecuadamente la reanimación cardio-respiratoria.

7. RESPIRACION ARTIFICIAL Y REANIMACION EN GENERAL

7. RESPIRACION ARTIFICIAL

REANIMACION EN GENERAL

La reanimación es una técnica de excepcional importancia para salvar vidas. Si por parálisis respiratoria o cardíaca deja de llegar sangre y, por tanto, oxígeno al cerebro durante cuatro o cinco minutos, se produce la muerte.

De aquí el gran interés de restablecer el aporte de oxígeno al cerebro:

- a) Librando las vías respiratorias de toda obstrucción mecánica.
- b) Restableciendo la respiración a su ritmo normal.
- c) Restableciendo las contracciones cardíacas a su ritmo normal.

7.1. Reanimación respiratoria.

Consejos generales

- 1° Suprimir los obstáculos que impidan la respiración.
 - Desabrochar y aflojar los trajes, especialmente en cuello y cintura.
 - Vaciar la boca desviando lateralmente la cabeza si está llena de agua, o mediante los dedos facilitar la salida de secreciones que tuviera en la boca.
 - Colocar la mano derecha nuestra debajo de la región occipital para que la cabeza quede hacia atrás, empujando con la mano izquierda el mentón para que quede levantado.
- 2° En todos los casos en que la respiración es insuficiente hay que hacer la respiración artificial inmediatamente (no será eficaz si se comienza cuatro minutos después del comienzo de la asfixia; no obstante, debe intentarse en todos los casos).

7.2. Métodos de respiración artificial

Existen varios métodos de respiración artificial, todos ellos de gran utilidad. Sin embargo, en todo momento se debe utilizar aquel que se conozca mejor.

7.2.1. Método de Holger-Nielsen

Este método se utiliza cuando las vías respiratorias de la víctima están obstruidas o existe peligro de que lo estén (agua, sangre, vómitos) y siempre que se tenga la seguridad de que no existen fracturas en miembros superiores, tórax o columna vertebral.

7.2.2. Forma de actuar

Colocar a la víctima en posición de tumbado con la boca hacia abajo y los codos doblados de manera que las manos estén una sobre otra. La cabeza ligeramente vuelta hacia un lado y apoyado sobre sus manos, dejando libre la cavidad bucal. Es preferible que la víctima esté ligeramente inclinada de forma que la cabeza quede más baja que el resto del cuerpo. El socorrista se colocará a la cabeza del paciente apoyado en una rodilla de un lado y en un pie de otro, apoyando las manos sobre el tórax (fig. 14). Para expulsar el aire del tórax hay que ejercer una fuerte presión en la caja torácica de la víctima, para esto se ponen los brazos en vertical, apoyándose con todo el peso sobre el tórax, con los codos extendidos. Para permitir la entrada del aire en los pulmones se cesa de presionar, volviendo a la posición anterior, cogiendo los brazos de la víctima o los codos y elevándolos hacia el socorrista con una fuerza suficiente sólo para levantar el torso del sujeto.

Este procedimiento, modificado, es muy eficaz en los niños pequeños. En este caso se expulsa el aire de los pulmones haciendo presión con los dedos sobre el tórax. La inspiración se lleva a cabo elevando ligeramente la espalda del niño.

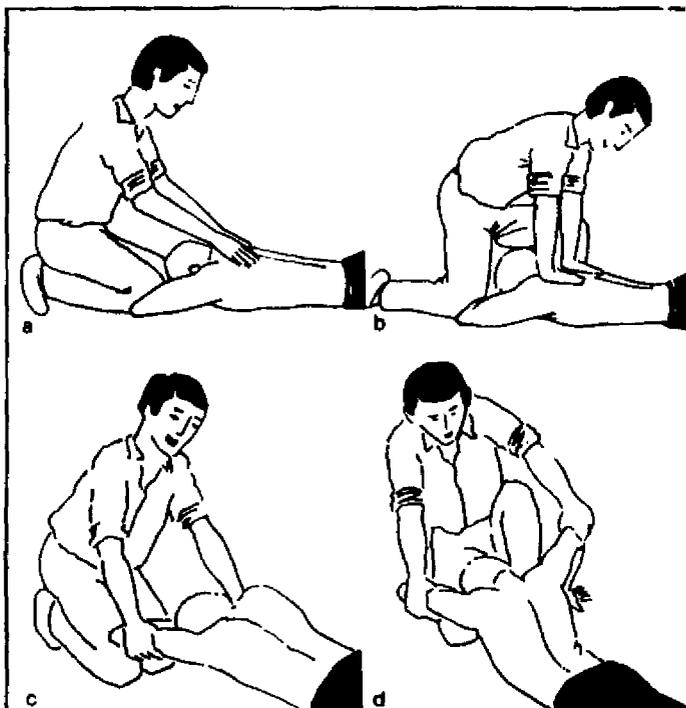


Fig. 14—Respiración artificial Método de Holger-Nielsen.

- a) Posición inicial
- b) Compresión de la caja torácica apoyando todo el peso del salvador sobre la víctima.
- c) Comienza la inspiración
- d) Fase de inspiración, levantando el torso de la víctima hacia su salvador

Este método, con el de Sylvester, son de elección en los asfixiados por inmersión.

7.2.3. Método de boca a boca (o de boca a nariz)

Se utiliza este método cuando las vías respiratorias están libres y existen fracturas de miembros superiores, tórax o columna vertebral.

7.2.4. Forma de actuar

La cabeza debe estar inclinada hacia atrás, de forma

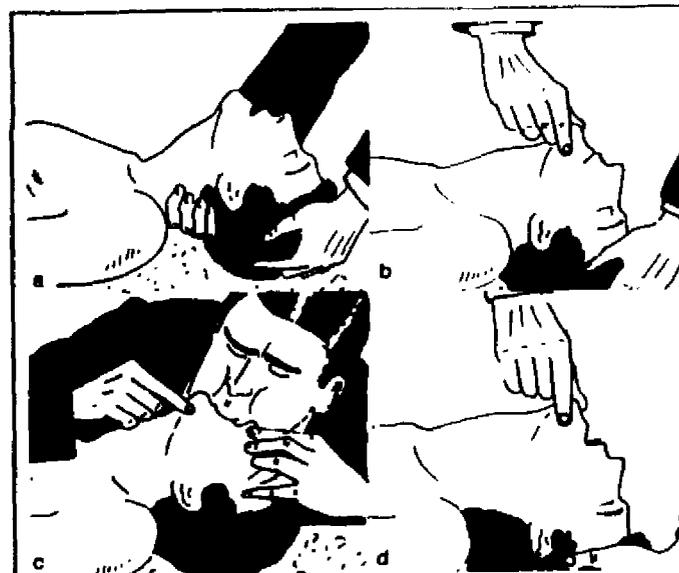


Fig. 15—Respiración artificial Método -boca a boca-

- a) Coloque a la víctima boca arriba, poniendo una manta o almohada debajo de los hombros. Ponga una mano en el cogote del accidentado y levante el cuello. Incline su cabeza hacia atrás sosteniéndole por la frente con la otra mano.
- b) Tire de la barbilla hacia arriba, hasta que la cabeza quede totalmente inclinada hacia atrás.
- c) Apoye firmemente su boca sobre la de la víctima, tápelo la nariz y soplo para hacer que el pecho se eleve. Si se trata de un niño pequeño, soplo a la vez sobre su boca y nariz. Las inspiraciones debe hacerlas el socorrista profundamente con la nariz, y las espiraciones, por la boca, reempléndolas de 12 a 16 veces por minuto.
- d) Compruebe la respiración

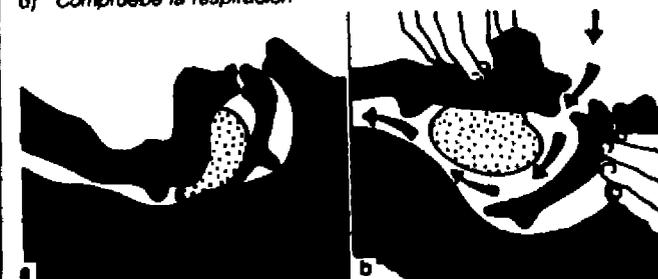


Fig. 16.

- a) Obstrucción de las vías respiratorias por la caída de la lengua hacia atrás
- b) Desobstrucción por medio de la inclinación de la cabeza hacia atrás.

que el mentón sea la parte más alta del cuerpo (fig 15). El maxilar inferior se lleva lo más adelante posible. Estas posiciones son de gran importancia y hay que conocerlas, porque si la posición es incorrecta el aire pasará al estómago en lugar de a los pulmones, ya que la lengua caída hacia atrás y el maxilar también relajado cierran las vías respiratorias impidiendo la entrada del aire (fig 16).

Para la inspiración de la víctima, el salvador llena sus propios pulmones de aire. La mano no utilizada para sujetar el maxilar inferior coge la nariz en pinza, obturándola. Sin ningún cambio, el salvador pondrá su boca sobre la del accidentado y le insuflará el máximo de aire posible, vigilando que sea el tórax el que se levante y no el abdomen.

Para la expiración, el salvador vuelve la cabeza de lado, soltando la nariz. La cabeza y el maxilar inferior de la víctima continúan en la posición correcta.

En la reanimación de niños no es necesario obstruir la nariz, siendo la boca del salvador lo suficientemente grande, en proporción, para cubrir la boca y la nariz del niño.

Cuando es de boca a nariz, el salvador sopla en la nariz manteniendo la boca de la víctima cerrada en el tiempo inspiratorio.

7.2.5. Método de Sylvester

Cada vez se utiliza menos. La víctima se tiende boca arriba, con la cabeza de lado. Mantener la lengua fuera de la boca con una pinza o con un pañuelo. Levantar un poco los hombros con una tela doblada, una manta, almohada, etc. El salvador se pone a la cabeza de la víctima, de rodillas (fig. 17).

Tiempo respiratorio. Teniendo cogidas las muñecas de la víctima, poner los antebrazos sobre el pecho. El salvador se inclina hacia adelante, comprimiendo la caja torácica.

- a) Tiempo de inspiración. El salvador vuelve hacia atrás sentándose sobre los talones, apartando mucho los brazos de la víctima.
- b) Tiempo de expiración. Observar fig. 17-B.

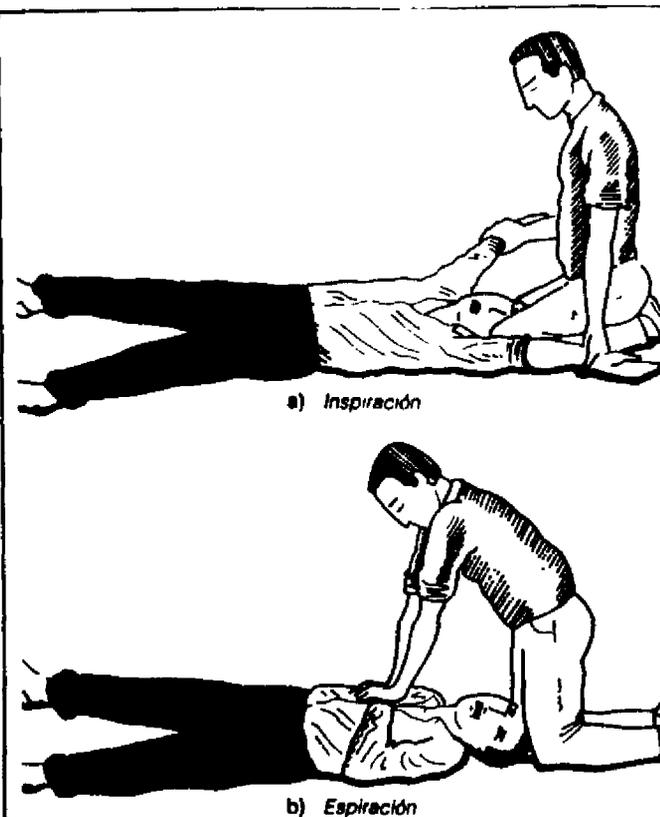


Fig 17 —Respiración artificial Método Sylvester

Este método no se puede utilizar en el momento en que haya peligro de que las vías respiratorias estén obstruidas por algún líquido, así como en los accidentes de circulación, especialmente cuando el herido sufre lesiones torácicas o fracturas.

7.3. Reanimación circulatoria

Hay que pensar en un estado de shock cuando la víctima está pálida, suda con sudor frío y tiene el pulso rápido.

Tender a la víctima y cubrirla con mantas o similares, pero sin calentarla con botellas de agua. Hacérselo notar al médico a su llegada. Sólo él puede tomar otras decisiones más eficaces.

7.4. Reanimación cardiaca

Para proceder a hacer la reanimación cardiaca colocaremos al accidentado boca arriba, y aplicando el talón de la mano sobre la mitad inferior del esternón comprimiémoslo con fuerza hacia abajo. Se hacen de 70 a 75 compresiones rítmicas por minuto. El corazón está situado entre la columna vertebral y el esternón, por tanto, al comprimir sobre el esternón se comprime el corazón contra la columna vertebral vaciándose de sangre, y al cesar la compresión se vuelve a llenar.

La mano izquierda se apoyará en el esternón, y con la derecha superpuesta se refuerza la compresión.

En los intervalos se debe separar por completo la mano del pecho de la víctima, a fin de dejar que el tórax vuelva a su posición primitiva.

En los niños bastará con una sola mano, y en los lactantes, con dos dedos (Índice y medio), pero el ritmo será más frecuente (de unas ochenta y cinco presiones por minuto).

Al mismo tiempo se realizará la respiración artificial boca a boca. Si es una sola persona la que actúa, insuflará por boca dos veces, tras cinco presiones cardiacas. Si son dos, se hará una respiración por cada tres compresiones torácicas.

8. PARTOS Y ABORTOS

8. PARTOS Y ABORTOS

El parto es un hecho fisiológico que requiere ciertos cuidados y atenciones, pues se puede presentar en cualquier momento y sin ningún síntoma previo que advierta la proximidad del mismo.

Parto a término

Es aquel que se produce cuando el feto ha llegado a la plena madurez, tras nueve meses de gestación.

Parto prematuro

Es el que se desencadena a partir de los seis meses de gestación, cuando el feto, si bien no ha llegado a la madurez total, ya está en condiciones de sobrevivir separado de la madre. Cuanto mayor haya sido el tiempo de gestación, más maduro está el niño, más defensa tiene y, por tanto, más probabilidades de sobrevivir.

Se entiende por *aborto* cuando la expulsión del feto tiene lugar antes de los seis meses de gestación, es decir, cuando el feto no está en condiciones de vivir separado de la madre.

Las fuertes excitaciones nerviosas producidas por el pánico, los golpes violentos en el vientre, el traqueteo producido por el transporte en coche o moto, la ingestión de ciertos alimentos o bebidas tóxicas o excitantes pueden en ocasiones provocar el parto prematuramente.

8.1. **Cómo actuar antes del parto**

Cuando nos encontremos con una mujer en trance de parir, si hay posibilidad de trasladarla (teniendo en cuenta el tiempo y los medios) a un Centro sanitario, se hará procurando la máxima comodidad de la parturienta. En el caso de que el traslado no sea posible, la mejor solu-

ción es esperar a que llegue la ayuda de un médico o comadrona, o bien esperar a que el parto se produzca por sí solo.

Mientras tanto, iremos preparando todo lo necesario para cuando se produzca el parto. En primer lugar, una cinta para ligar el cordón umbilical. Normalmente se emplea un cordoncillo trenzado de seda estéril; como lo más probable es que no lo tengamos a mano, buscaremos una cuerda, cinta o hilo lo más elástico posible y que sea relativamente grueso, pues si empleamos un hilo muy fino existe el peligro de que al apretar corte el cordón umbilical. Esta cinta deberá esterilizarse en alcohol o en agua hirviendo, si es posible.

Buscaremos también unas tijeras, que servirán para cortar el cordón umbilical, y que también serán esterilizadas en alcohol.

Hay que preparar también paños, toallas y compresas para:

- 1° Envolver al niño cuando nazca. Para ello tenemos que preparar una tela fina y suave, lo más limpia posible; lo mejor es una sábana o trozo de sábana, una toalla y, por fin, una manta pequeña, en ellos y por el orden citado se envolverá al niño.
- 2° Toallas y paños para el momento del parto, así como para proteger a la madre después del parto.

8.2. **Actuación durante el parto**

La parturienta está acostada y con las piernas cruzadas. Sentirá dolores intermitentes de mayor o menor intensidad, que serán cada vez más frecuentes. Llegará un momento en que sentirá la misma sensación que cuando tiene necesidad de defecar, acompañada de una necesidad imperiosa de apretar, de hacer esfuerzos. Llegado este momento se le permitirá separar las piernas, con las rodillas dobladas, los talones junto a las nalgas y las rodillas separadas lo más posible; bajo las nalgas y exten-

cida hacia delante pondremos una toalla. Continuarán los dolores con intervalos cada vez más cortos y también las ganas de apretar, en este instante le ordenaremos que respire profundamente para evitar que apriete y gaste sus esfuerzos inútilmente. Los dolores intermitentes no son más que las contracciones de la matriz con objeto de expulsar su contenido.

En un momento dado, y coincidiendo con los dolores, podremos ver asomada por la vulva la cabeza del niño, que desaparecerá en cuanto cese el dolor. Pasado un cierto tiempo observaremos que la cabeza ya no desaparece al cesar las contracciones de la matriz, o sea, en el intervalo de los dolores. Este es el momento en que la parturienta tiene que colaborar.

Durante los intervalos de las contracciones deberá estar relajada y respirando profundamente. Cuando empiece un dolor deberá aspirar profundamente y, conteniendo la respiración, apretar todo lo que pueda. Coincidiendo con el momento de dolor más intenso, en cuanto se pase la máxima intensidad del dolor, debe expulsar el aire y relajarse nuevamente, a fin de no agotar prematuramente sus fuerzas. Es muy conveniente que se pueda agarrar con las manos a los barrotes de la cama, si no tenemos cama, procuraremos improvisar un asidero firme detrás de su cabeza.

Pasado un cierto tiempo y coincidiendo con un dolor saldrá la cabeza entera del niño. En este momento es cuando por primera vez podremos intervenir manualmente, y se ordenará a la mujer que deje de apretar durante los dolores. Con las manos bien lavadas en alcohol, cogeremos la cabeza del niño, comprobaremos que el cordón umbilical no está arrollado al cuello, porque si lo está, tendremos que deshacer la lazada, a fin de que quede libre, y con sumo cuidado, SIN HACER FUERZA, trataremos de ayudarlo a salir; encontraremos una cierta resistencia: para vencer la cual, con gran suavidad, llevaremos la cabeza hacia abajo, a fin de que el hombro superior se deslice por debajo del pubis, lo cual se nota sin necesidad de tirar; el niño sale un poco más, ya que desaparece la resistencia que ofrecía a salir. En este momento, y sin tirar ni hacer fuerza, doblaremos la cabeza hacia

arriba todo lo que se pueda y el niño saldrá solo, sin necesidad de tirar.

Ya tenemos al niño fuera de la madre; pero está unido por el cordón umbilical a la placenta, que todavía está dentro de la matriz y que tardará bastante tiempo en salir.

Si disponemos de dos pinzas de seguridad, procederemos a pinzar el cordón a unos 10 y 12 centímetros del vientre del niño, y una vez comprobado que están firmes y no se van a soltar, cortaremos el cordón por en medio de las dos, procediendo después a ligar el cordón del niño.

Si no tenemos pinza, con el cordoncillo procederemos a hacer una doble ligadura del cordón: una a unos 8 o 10 cm. del vientre del niño y otra ligadura dos centímetros más alejada; una vez que hayamos comprobado que las ligaduras están firmes, cortaremos por en medio de ambas.

Una vez separado el niño de la madre es necesario que respire normalmente, pues algunas veces tiene mucosidades o líquido que le impiden respirar. La mejor señal de su vitalidad y de que puede respirar sin dificultades es que llora con fuerza. Si el niño al nacer no llora y vemos que se congestiona o se pone muy pálido, debemos inmediatamente proceder a estimularle los centros respiratorios.

Un buen sistema es cogerlo fuertemente por los pies (con un paño, a fin de que no se escurra debido a la capa de grasa que lo envuelve) y, manteniéndole en alto con la cabeza hacia abajo, frotarle la espalda con energía y dándole cachetes en las nalgas y espaldas; de esta forma provocaremos el llanto y, debido a que tiene la cabeza baja, favoreceremos la expulsión de las mucosidades y líquido que pueda tener en sus vías respiratorias. Si a pesar de todo no respira normalmente, se hará la respiración artificial por el método boca a boca, limpiándole previamente las fauces con un dedo envuelto en un pañuelo. Una vez que ya llora con fuerza, acabaremos de ligar el cordón umbilical, doblándolo por la mitad y haciendo una nueva lazada a un centímetro del vientre, lazada que a su vez coge el extremo más alejado.

Lo normal, cuando la asistencia al parto la efectúa un socorrista, es que los medios con que se cuenta sean

escasos o nulos; por ello, no debemos bañar ni limpiar al niño de la capa de grasa que lo envuelve, aunque dispongamos de agua y jabón abundantes, ya que esta capa de grasa le protege de las inclemencias del medio ambiente

Si disponemos de una gasa estéril, cubriremos el cordón umbilical con ella y la sujetaremos con una venda a modo de faja; después le envolveremos en el paño de tela fina que ya tenemos preparado, para terminar cubriéndole con una toalla y manta, a fin de que no se enfríe

En tanto nos ocupamos del niño, lo más probable es que la madre ya se haya repuesto y sienta las contracciones del alumbramiento (el alumbramiento es la expulsión de la placenta)

El alumbramiento tiene que ser espontáneo; en ningún caso se debe tirar del cordón a fin de querer facilitar la salida de la placenta, el tirar del cordón puede dar lugar a graves complicaciones. Si la placenta no sale, nos limitaremos a esperar otra vez.

Esperaremos hasta una hora, pasada la cual podemos dar un ligero masaje en el bajo vientre de la madre; el masaje suave y continuado excitará la matriz y se producirá el alumbramiento, saliendo por la vulva la placenta.

Juntamente con la placenta saldrá una cantidad regular de sangre. La placenta se retira y procederemos a limpiar a la madre. Lo más práctico es emplear un recipiente que haga caer el agua (a poder ser, templada) sobre las partes que queremos lavar, frotando suavemente con una torunda de gasa. En ningún caso se intentará limpiar la vagina, ya que podemos provocar infecciones; nos limitaremos a limpiar la piel exterior.

Una vez aseada la madre, se le coloca una compresa limpia o paño entre los muslos, debiendo estirar y cruzar las piernas, a fin de que no se desplace la compresa y evitar en lo posible la salida de sangre y líquido. La madre debe reposar varias horas en las mejores condiciones que permitan las circunstancias.

Lo más difícil en la asistencia al parto, incluso para los profesionales, es saber esperar. El parto es un hecho fisiológico que normalmente evoluciona solo; por ello cualquier maniobra que se haga para ayudar a la parturienta

puede ser contraproducente, hay que tener conocimientos muy sólidos de Tocología para poder intervenir en un parto con éxito

8.3. Actuación ante un aborto

En comparación con el parto, el aborto tiene facetas que simplifican nuestra actuación y otras que la complican. Dado el tamaño del feto, no existe problema para su expulsión, ya que aun teniendo seis meses es lo suficientemente pequeño para salir sin dificultades. En las gestaciones de tres meses o menos, el feto es tan pequeño que puede ser expulsado entre cuajarones de sangre pasando inadvertido a los que asisten al aborto.

Otra razón que simplifica nuestra actuación es que no tenemos que preocuparnos de la supervivencia del feto, ya que sabemos nace muerto o muere en cuanto se separe de la madre, puesto que carece de condiciones para sobrevivir.

La mayor dificultad que encontramos, en comparación con la asistencia al parto, es que el aborto es lento; se manifiesta, generalmente, sólo por hemorragias y dolores esporádicos no reglados, no teniendo un curso definido puede durar días y semanas; entonces se denomina aborto incompleto.

En esta situación nada puede hacer el socorrista; solamente acondicionar a la gestante lo más cómodamente posible, en reposo absoluto y en espera de que se le pueda trasladar a un centro sanitario o que llegue algún facultativo

En algunas ocasiones el aborto se desarrolla sin complicación alguna; esto es, que sale el feto y luego la placenta completa en poco tiempo; a veces sale todo junto. Cuanto más avanzada sea la gestación, más probabilidades tenemos de que su evolución sea sin complicaciones; por el contrario, los abortos de tres meses suelen ser casi siempre complicados.

Cuando salga el feto es preciso siempre ligar el cordón

umbilical como ya hemos dicho en el parto y separarlo de la madre, debiendo tener mucho cuidado de que no se suelte la ligadura del extremo que queda unido a la placenta, ya que ello facilitara grandemente el desprendimiento de la misma y por ello, su salida.

8.4. Incidencias

8.4.1. Parto de nalgas

En ocasiones puede suceder que en vez de aparecer la cabeza del niño aparezcan las nalgas. Nuestro comportamiento será igual que el parto de vértice, esto es, cuando sale primero la cabeza, con la única diferencia de que nos abstendremos de tirar del feto, a fin de facilitar la salida de la cabeza. Esta precaución es fundamental.

8.4.2. Hemorragias

Es raro que antes del parto se presente una hemorragia, pero cuando se presenta, generalmente se reduce a medida que avanza, ya que el propio niño sirve de tapón. Inmediatamente después de salir el niño, normalmente sale una pequeña cantidad de sangre mezclada con gran cantidad de líquido amniótico, esto hay que tenerlo muy en cuenta, ya que el volumen total del líquido sanguinolento puede alarmar al socorrista si no tiene en cuenta que la mayoría es líquido amniótico.

Después del parto es cuando las hemorragias son más frecuentes y peligrosas. Al desprenderse la placenta hay una pequeña hemorragia que es normal, ésta debe de cesar inmediatamente después de expulsarse la placenta.

Al producirse el alumbramiento (expulsión de la placenta) debemos comprobar inmediatamente si ha salido completa; para lo cual, cogiéndola con ambas manos por la cara donde está el cordón umbilical, revisaremos cuidadosamente la cara opuesta, incluso quitando los coágulos

de sangre que pueda haber, para comprobar que no falta ningún trozo.

Después del alumbramiento comprobaremos que no sangra y en tanto asomamos a la madre del cuello seguir atentos a la posible hemorragia, una vez acobardada y en reposo se comprobará cada veinte minutos si se produce o no hemorragia. Hay que tener en cuenta que normalmente las compresas estarán manchadas de líquido sanguinolento, lo cual no debe alarmarnos, por ser normal. En caso de que se compruebe que sale sangre más o menos abundantemente, procederemos a excitar la matriz mediante un suave masaje en el bajo vientre. Es muy fácil de palpar a través de la pared abdominal blanda un bulto del tamaño de una naranja grande, pues bien, esta es la matriz que debe estar dura y tensa. En tanto esté dura, no habrá hemorragia, en cuanto se ablande empezará a sangrar. Nuestra misión consiste en mantenerla dura por medio del masaje, a fin de evitar la hemorragia.

9. ACCIDENTES EN GENERAL

9.1. *Lo que no se debe hacer*

- a) Recoger precipitadamente al herido y llevarlo a una farmacia, café, etc., ya que al efectuar este traslado sin prestar atención a sus lesiones se corre el riesgo de agravar su estado.
- b) Dar bebidas alcohólicas, pues el alcohol reanima momentáneamente al herido y seguidamente agrava su estado por enfriamiento.

9.2. *Lo que se debe hacer*

- a) *Apartar al público.* El socorrista solicitará de varias personas que formen un cordón para rechazar a los curiosos.
- b) *Solicitar los servicios sanitarios y policiales.* Se solicitará de uno de los testigos que avise a la policía y al médico más próximo.
- c) *Reconocer al herido.* El socorrista deberá siempre, de forma rápida pero completa, darse cuenta de las lesiones que presenta el herido (existencia de heridas, de fracturas, de hemorragias, estado de asfixia, etc) sin olvidar que:
 - 1.º Generalmente lo que no se ve, es lo más grave.
 - 2.º Todo debe ser visto, pero tocado lo menos posible.
- d) *Primeros cuidados.* Es indispensable que el herido reciba la primera asistencia en el mismo lugar del accidente antes de ser trasladado; inmovilizar las fracturas, cubrir las heridas, etc., evitando especialmente la agravación del estado de shock.
- e) *Asegurar el traslado del herido.* Un herido debe ser siempre trasladado acostado. Si no se dispone de una ambulancia, se hará el traslado en una camioneta, con el lesionado echado sobre un colchón o varias mantas.

Solamente un herido leve y no shockado podrá ser trasladado sentado en un automóvil

9.3. Clases de urgencia

Es habitual clasificar los estados de urgencia como a continuación se indica.

9.3.1. Extrema urgencia

- 1° Las hemorragias a las que no se puede aplicar un torniquete, como son:
 - a) Las hemorragias internas
 - b) Algunas hemorragias arteriales, que por su localización es imposible su aplicación (heridas del cuello, de la axila, de la ingle)
- 2° Las heridas de tórax con síntomas de asfixia
- 3° Los heridos muy shockados (grandes quemaduras, accidentados con lesiones múltiples, etc)

9.3.2. Muy urgentes

- 1° Los heridos portadores de torniquetes por hemorragia arterial
- 2° Aquellos que tienen los miembros aplastados

9.3.3. Urgentes

- 1° Las fracturas de cráneo, de columna vertebral o de pelvis
- 2° Las heridas profundas y las fracturas abiertas.
- 3° Las embarazadas con lesiones menos urgentes

9.3.4. Menos urgentes

Las pequeñas heridas, fracturas cerradas de huesos pequeños y heridas poco profundas

Esta clasificación no es absoluta y no es necesario aprenderla de memoria, pues en la práctica, y en cada caso, el socorrista deberá tener presentes las reglas generales de evacuación de heridos, que en resumen son

- 1° En primer lugar, los heridos con hemorragias y los shockados
- 2° Seguidamente, los restantes heridos
- 3° Los asfixiados serán tratados en el lugar del accidente

Las reglas para la recogida y colocación de los heridos en camillas serán expuestas en otro lugar. Aquí sólo se insiste en un importante principio: el herido NUNCA DEBE SER CAMBIADO DE CAMILLA HASTA SU LLEGADA AL HOSPITAL

9.4. Clases de accidentes

Podemos clasificar los accidentes, según su origen, en

- a) Accidentes de tráfico, cuyas lesiones más frecuentes son fracturas, contusiones, cortaduras y quemaduras.
- b) Accidentes del trabajo, los más frecuentes son caídas, magulladuras, amputaciones, intoxicaciones y electrocuciones
- c) Los accidentes deportivos, suelen ser luxaciones, esguinces y fracturas
- d) Los accidentes domésticos, los más frecuentes son quemaduras, cortaduras, caídas, intoxicaciones y electrocuciones

9.4.1. Accidentes de tráfico. Lo que hay que hacer

- a) Aparcar el vehículo auxiliar en lugar seguro, preferentemente fuera de la carretera

Si es de noche y fuera necesario iluminar la zona del siniestro, situar el coche que haya de iluminar fuera de la carretera y transversalmente a ella para evitar el deslumbramiento de los demás vehículos que circulen por aquella.

b) **Medidas de seguridad inmediata en el vehículo siniestrado serán:**

- 1º Evitar el incendio de la gasolina derramada no encendiendo cerillas, cigarrillos, etc.
- 2º Parar el motor, si aun está en marcha, quitando el contacto o desembornando la batería.
- 3º Inmovilizar el vehículo mediante el freno de mano, metiendo una velocidad o calzándolo convenientemente.
- 4º Si hubiera incendios, utilizar el extintor, si no hay extintor, apagar las llamas con arena o tierra, **NUNCA CON AGUA**.

9.4.2. Primeros auxilios a las víctimas. Medidas fundamentales

- 1º Mover a las víctimas con las máximas precauciones a fin de evitar la agravación de posibles lesiones ocultas.
- 2º Colocar la cabeza hacia atrás, basculándola y presionando la mandíbula inferior hacia arriba, con lo que el aire penetra más fácilmente.
- 3º Practicar la respiración artificial si la respiración no es normal, después de haber efectuado las anteriores maniobras, esta respiración artificial debe ser boca a boca o boca-nariz, ya que en este tipo de accidentes suele haber fractura de costillas, de miembros, conmociones viscerales, etc.
- 4º Cortar la hemorragia.
- 5º Neutralizar los efectos del shock.

9.4.3. Normas específicas

- a) *En caso de aplastamientos o inmovilidad*, librarlas de situaciones que puedan agravar sus lesiones

aplastamientos, asfixia, miembros inmovilizados al quedar enganchados o atrapados en el interior o bajo el vehículo, etc.

- b) *Si la víctima está envuelta en llamas*, cubrirla con una manta o cualquier otra prenda de ropa para apagarlas. Si se utiliza extintor, no aplicar la proyección directamente a las partes desnudas del cuerpo. No quitar la ropa o envoltura que esté pegada a la piel. Si fuese posible, envolverla en una sábana limpia o amplio vendaje.
- c) *Si la víctima está inconsciente*, hay que pensar en un traumatismo cráneo-cerebral.
- 1º En principio, si la víctima respira bien, si aparentemente no pierde mucha sangre, si el pulso es normal o, por lo menos, se aprecia el mismo, esperar la llegada de la policía de tráfico o asistencia sanitaria, pero vigilando lo que pueda pasar.
 - 2º Arroparla con prendas de abrigo, mantas, etc.
 - 3º Si la respiración empeora, hay que pensar en primer lugar en un obstáculo de las vías respiratorias (véase reanimación respiratoria). Acostar al herido dándole la vuelta de una vez, como si tuviese fractura de columna. No hacer la respiración artificial nada más que si se sabe practicarla.
 - 4º Si pierde mucha sangre, ver lo que se dice en este manual sobre Traumatismos vasculares.
 - 5º Si hay lesiones torácicas, ver Traumatismos torácicos.
 - 6º Si hay lesiones abdominales, ver Tratamientos abdominales.
 - 7º Si hay deformaciones visibles de los miembros, ver Fracturas y luxaciones.
- d) *Si la víctima está consciente*
- 1º La localización del dolor hace pensar en un traumatismo de la región.
 - a) Dolor torácico o dificultad al respirar, traumatismo torácico.

- b) Dolor abdominal: traumatismo abdominal.
 - c) Dolor de los miembros: fracturas, luxaciones, esguinces.
 - d) Dolores de columna o nuca: fractura de columna vertebral.
- 2.º Si hay mucha pérdida de sangre, véase Traumatismos vasculares.
- 3.º No dar de beber a un herido. Si no hay hemorragia y aparentemente no existe lesión en el tubo digestivo, se puede dar un sorbo de agua, café o té, ligeros y azucarados. **JAMAS SE LE DARAN BEBIDAS ALCOHOLICAS.**
- e) *Consuelos morales.* Se procurará reconfortar a las víctimas anunciándoles la llegada urgente de socorro o su inmediato traslado a un Centro sanitario. Se evitará causarles impresiones fuertes, silenciando cualquier noticia trágica sobre las restantes víctimas que pudieran haber
 - f) *Tranquilidad,* alejando del lugar del suceso a cualquier persona o grupo de personas que, no siendo necesarias, puedan causar molestias a las víctimas.

9.5. La petición de auxilios

- a) Se solicitará:
 - 1.º Con la máxima urgencia.
 - 2.º Utilizando el medio más rápido.
 - 3.º Al Centro o Puesto de Socorro más próximo.

También, e independientemente de los auxilios sanitarios pedidos, se comunicará el accidente a la Guardia Civil, Agrupación de Tráfico de Carreteras, Alcalde de la localidad inmediata y a la Policía
- b) Datos que se comunicarán:
 - 1.º Lugar del accidente, dando referencia detallada, para evitar dilaciones en la búsqueda.

- 2.º Número y estado aparente de las víctimas
- 3.º Primeras medidas tomadas: sanitarias, de seguridad, etcétera
- 4.º Llamadas efectuadas en petición de auxilios

9.6. Evacuación de las víctimas

- a) Si se espera un auxilio inmediato por parte de personal médico, no se intentará su traslado
- b) Si no ha podido efectuarse ninguna llamada en petición de auxilio a algún Centro de Socorro, o si el auxilio reclamado no se prestase por alguna razón, se intentará entonces el traslado de las víctimas, previa inmovilización de las fracturas, utilizando los medios disponibles en el lugar del accidente al Centro de Socorro más próximo. En este caso se procurará que los heridos vayan tendidos e inmovilizados
- c) Si se logra establecer comunicación con el Centro o Puesto de Socorro a donde se evacuen las víctimas, se le comunicará
 - Hora de salida, número de víctimas, tipo aparente de lesiones y síntomas que ofrezcan

De esta manera, el Centro de Socorro podrá estar preparado para una urgente y eficaz intervención

10. INTOXICACIONES Y OTROS ACCIDENTES

10. **INTOXICACIONES PRINCIPALES**

Podemos distinguir los tres tipos más frecuentes:

10.1. **Intoxicaciones con óxido de carbono** (gas del alumbrado, braseros, motores de explosión, etc.)

En estos casos la conducta a seguir es la siguiente:

1. Cortar el gas y parar los motores si los hay
2. Evitar toda chispa (teléfono, timbre, etc.); no fumar. Se trata de evitar explosiones o incendios.
3. Airear y ventilar de la mejor manera posible.
4. Protegerse por medio de un pañuelo en la boca y nariz, etc.
5. Hacer la respiración artificial y reanimación cardiaca de la víctima, si es necesario.
6. Trasladarla en el momento que sea posible a un Servicio de medicina interna.

10.2. **Intoxicaciones alimentarias**

1. Tratar de eliminar el veneno, haciendo que la víctima vomite o provocándole el vómito, si la ingesta ha sido reciente.
2. Guardar las heces y el resto de la comida para su ulterior análisis.
3. Llamar al médico.

10.3. Intoxicaciones accidentales o voluntarias medicamentosas, por venenos y tóxicos

- 1° Eliminar el veneno haciendo que la víctima vomite o provocándole el vómito, salvo que la sustancia sea corrosiva como la lejía
- 2° Administrarle el antídoto (contraveneno) si es que se conoce
- 3° En todos los casos es indispensable un examen médico y el transporte urgente a un Servicio de medicina interna llevando también el envase y los medicamentos o productos sospechosos a dicho Servicio para su análisis

10.4. Accidentes debidos al calor y rayos ultravioleta

10.4.1. Insolaciones. Cómo actuar

- 1° Tender a la víctima en sitio fresco
- 2° Cubrir la cabeza con compresas heladas o frías
- 3° Darle agua con sal o bicarbonato, en el caso de que esté consciente
- 4° Hacer la respiración artificial, si fuera necesario
- 5° En los casos serios es necesaria la estancia en un hospital (Servicio médico)

10.4.2. Incendio. Cómo actuar

- 1° En un inmueble lleno de humo se debe entrar con una cuerda atada a la cintura y sujeta desde fuera
- 2° Llevar consigo una lámpara eléctrica encendida.
- 3° Respirar a través de un pañuelo mojado, evitando las inspiraciones profundas.

- 4° En caso de que las llamas deban ser atravesadas, hay que envolverse en una manta mojada
- 5° Si a la víctima se le han prendido las ropas, inmovilizarla, pues bajo el efecto del terror suele huir y correr con lo que se aviva la combustión
- 6° Apagar las llamas envolviendo a la víctima en un abrigo o una colcha
- 7° Si no se tiene nada a mano, indicarle que se revuelque por el suelo
- 8° Una vez fuera de peligro, no hay que desnudarla. Si tiene quemaduras, ver Capítulo de Quemaduras
- 9° Practicar la reanimación respiratoria y cardiaca si es necesario
- 10° Llevarla rápidamente a un hospital

10.5. Accidentes debidos al frío

El gran desarrollo de los deportes de invierno puede dar lugar a congelaciones locales o bien a congelaciones generales, que pueden terminar en la «muerte blanca».

10.5.1. Las hipotermias. Cómo actuar

- 1° Si la temperatura corporal es inferior a 35°, dar a respirar oxígeno, si la víctima no respira espontáneamente, hay que practicar la respiración artificial
- 2° Calentarla lo antes posible, pero no bruscamente
- 3° No darle a beber alcohol

10.5.2. Congelaciones y helamientos localizados. Cómo actuar

- 1° No hay que dar fricciones con nieve
- 2° Se evitarán la compresión y el calentamiento rápido
- 3° Hay que movilizar la parte helada
- 4° No tocar las ampollas.

10.6. Accidentes por electrocución

10.6.1. Electroclusiones por corriente en domicilios o locales varios. Cómo actuar

- 1° Desconectar los plomos de entrada retirar del contacto a la víctima
- 2° Si hay pérdida del conocimiento, hacer la respiración artificial inmediata con reanimación cardiaca externa, que en ocasiones habrá de prolongarse durante varias horas

10.6.2. Electroclusiones por corrientes de alta tensión. Cómo actuar

- 1° Desconectar la corriente por parte de un especialista
- 2° Tener mucho cuidado al retirar la víctima (cables, suelo electrificado, etc)
- 3° Hacer la respiración artificial inmediata, y reanimación cardiaca, si es necesario
- 4° Envolver a la víctima en ropa limpia en caso de quemaduras.
- 5° Dar a beber agua bicarbonatada (una cucharada sopera en 500 centímetros cúbicos de agua) cada hora, pero solamente si la víctima está consciente
- 6° Guardar la orina para su estudio microscópico posterior

10.7. Ante un presunto ahogado

Las «muertes húmedas» son muy frecuentes por el impulso que están adquiriendo la natación y los deportes acuáticos

Como actuar

- 1 Guardar una prudencia extremada en el traslado de la persona en peligro de ahogamiento
- 2 Una vez en tierra colocar a la víctima boca arriba con la cabeza un tanto baja que el resto del cuerpo
- 3 Vaciar la boca
- 4 Hacer la respiración artificial inmediata (El Ely y Nielsén y mejor boca a boca)
- 5 Secar y cubrir al accidentado y transportarlo al hospital o clínica en el momento en que el estado de la víctima lo permita

10.8. Accidentes producidos por mordeduras de animales

- 1° Las mordeduras de animales pueden producir heridas de distintas clases según la especie de animal y las circunstancias del accidente, de todas formas, se tratarán en igual forma que se ha descrito anteriormente para toda clase de heridas, pero el socorrista puede realizar una muy apreciable labor de protección, haciendo una compresión por encima del lugar de la mordedura con un torniquete improvisado y con poca presión, para que aquella sangre abundantemente e inmediatamente después lavar la herida profusamente con agua jabonosa o detergente del que existe en el botiquín, enjuagando después de un par de minutos con bastante agua, suprimiendo a continuación el torniquete
- 2° Hay que pensar en una complicación muy grave, y es la posibilidad de que el animal (perro, gato, cerdo, caballo, etcétera) pueda estar rabioso, para prevenir esta eventualidad hay que llevar al herido siempre al médico después de hacer la primera cura, evitar, si se puede, que maten al