- a) Aplicar en un ojo una gota de suero (usar 0.1 ml. de suero + 0.9 ml de solución fisiológica si es alérgico aparecerá lagrimeo y prurito y hay riesgo grave al usar el suero; la reacción ocular se supera con 1 gota de colirio de adrenalina al milésimo.
- b) La misma dilución aplicar 0.1 ml. intradérmicamente; si en algunos minutos aparece una pustula histamínica, quiere decir que es alérgico y hay grave riesgo.

Conducta: Si no aparece esta sintomatología aplicar 100 ml. de suero polivalente, o según el caso 40 ml. de antihistamínico ó 100 ml. -- anticrotálico intravenoso diluido en 250 ml. de suero fisiológico - gota a gota en una hora. Si es alérgico: Medir el riesgo, las bothrops tienen fatalidad y las corales, alta y a veces es mejor usar el suero conesteroídes.

Aplicar el suero con los siguientes cuidados;

- 1-0.1 ml. subcutáneo del suero a usar al 1/10 en suero fisiológico
- 2- Si a los 10 minutos no ocurre nada aplicar 0.1 ml. de suero sin dilución vía
- 3- Si después de 10 minutos no ocurre nada, aplicar 1 ml. de suero vía subcutáneo.
- 4- Si no ocurre nada a los 10 minutos, aplicar la dosis restante - por vía endovenosa en gotero

Si aparece facies coluptuosa, dificultad para respirar, malestar - agitación; poner torniquete encima del sitio de aplicación, suspender el goteo y aplicar 1 ml. de adrenalina al milésimo una vez pasado el cuadro aflojar el torniquete si corresponde.

RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LOS RIESGOS POR MORDEDURA DE VIBORA:

1. Proteger piernas y pies con calzados adecuados (botas, 2) evitar dormir en el suelo. 3) cuidarse al introducir las manos e ojedades, malezas, etc. 4) cuidar que los niños no se salgan de la vivienda en el campo. 5) construir las casas de campo con paredes lisas y el piso a 60 cms. del suelo y sin gradas. 6) mantener limpio los alrededores de la vivienda 7) Tener conocimiento de la problemática de la mordedura de víbora, -

teniendo presente que la aplicación del suero no soluciona el caso, pues pueden con cierta frecuencia aparecer complicaciones que requerirán asistencia médica especializada. 8) Al salir el campo reunirse de los elementos de primeros auxilios ya citados siendo conveniente tener un adiestramiento para un eventual caso de mordedura. 9) Los Servicios de Salud estarán equipados con los elementos necesarios para tratar casos y derivarlos, ante la posibilidad de una complicación renal, a Servicios especializados. 10) No introducirse en charcos de agua estancada ni pantanos. 11) intensificar las precauciones durante el verano y durante las crecidas de los ríos que salen de su cause 12) Cuando habrá que transitar áreas peligrosas es aconsejable proveerse de una vara para abrirse paso y como defensa.

PRESENTACION COMERCIAL DE LOS SUEROS ANTIOFIDICOS: (siempre leer el prospecto y seguir sus indicaciones para su conservación y validez). a) Suero antihtrópico purificado: 1 ml. neutraliza 2.5 mg. de veneno (aplicar 40 ml. intravenosa, previa prueba).

presentación comercial: cajas con 2 ampollas de 10 ml.) suero anticrotálico purificado: 1 ml. neutraliza 1 mg. de veneno. Presentación comercial: cajas con 5 ampollas de 10 ml. aplicar 100 ml. intravenosa, previa prueba.

c) suero antiofídico purificado polivalente 1 ml. neutraliza 1 mg. de veneno crotálico y 1,6 de bothrópico. Presentación comercial: cajas con 5 ampollas de 10 ml., aplicación intravenosa, previa prueba.

12.- Epilepsias

CONSIDERACIONES GENERALES Y CLASIFICACION

Como lo sugiere el término "Epilepsia", no existe una enfermedad específica que se llame "epilepsia" sino más bien es un grupo de trastornos, las epilepsias, que tal vez comprendan mecanismos fisiopatológicos semejantes pero originados en diferentes regiones anatómicas del encéfalo, - que tienen diferentes causas y están asociadas con distintas manifestaciones electroencefalográficas.

La epilepsia es más bien considerada como un síntoma producido por un tipo de trastorno generalizado de la función cerebral. Por supuesto, -- existen otros tipos de trastornos de la función cerebral. Cuando se está ante un paciente con antecedentes de uno o más episodios breves de alteración de la función cerebral, el clínico deberá considerar los -- siguientes posibilidades:

1. Epilepsia.
2. Alteraciones del flujo sanguíneo cerebral.
 - a. funcionales; por ejemplo, síncope vasovagal;
 - b. Patológicas; por ejemplo, ataques de isquemia transitoria, ataques de desplome" de la insuficiencia vertebrobasilar.
3. Alteraciones de la composición sanguínea; por ejemplo, hipoglucemia, medicamentos.
4. Alteración orgánica del encéfalo; por ejemplo, lesiones del tallo encefálico, tumores dentro del sistema ventricular.
5. Síndrome de narcolepsia-cataplexia.
6. Trastornos psiquiátricos; por ejemplo, histeria, catatonía.
7. Simulación.

EPILEPSIA

La epilepsia es un trastorno caracterizado por episodios separados recurrentes, principalmente de origen encefálico, en los que hay una altera

ción del movimiento, de la sensibilidad, de la conducta, de la percepción, de la conciencia, o de todo ello.

Desafortunadamente, esta definición excluye las convulsiones que, aunque similares a las crisis epilépticas, tienen una causa extracraneal reconocible, como la hipoglucemia, la uremia y la eclampsia.

Por lo tanto, se propone definir y considerar a la epilepsia como un - síntoma de descarga neuronal transitoria excesiva, producida por causas intracraneales o extracraneales: se caracteriza por episodios separados que tienden a ser recurrentes, en los que hay una alteración del movimiento, de la sensación, de la conducta, de la percepción, de la conciencia o de todo ello

Clasificación de la epilepsia

quedará manifiesto que algunos pacientes tienen epilepsia por una causa demostrable conocida (por ejemplo, lesión craneal, neoplasia cerebral, hipoglucemia, supresión de medicamentos), mientras que otros pacientes presentan crisis epilépticas sin causa demostrable. Por lo tanto, es posible clasificar la epilepsia en base a su etiología, como se indica en el cuadro 1-1.

Cuadro 1-1. Clasificación de la epilepsia según su etiología

1. Epilepsia idiopática (primaria o constitucional)
 - Sin causa aparente
 - Caracterizada clínicamente por:
 - Crisis mayores (gran mal)
 - Crisis menores (ausencias; pequeño mal)
 - (crisis mioclónicas)
 - (crisis acinéticas)
2. Epilepsia sintomática (secundaria)
 - a. Debido a causas intracraneales
 - b. Debida a causas extracraneales

Caracterizada clínicamente por:

síntomas corticales focales

Síntomas corticales focales que proceden a una crisis mayor --
(gran mal)

Crisis mioclónicas

Cuadro 1-2. Clasificación de la epilepsia adaptada de la clasificación propuesta por la Liga Internacional contra la Epilepsia (1969)

1. Crisis generalizada

Crisis simétricas bilaterales sin inicio local; clínicamente manifestadas por:

- a. Ausencias
- b. Mioclono bilateral
- c. Espasmos infantiles
- d. Crisis clónicas
- e. Crisis tónicas
- f. Crisis tonicoclónicas
- g. Crisis acinéticas

2. Crisis parciales

Las crisis se inician localmente con:

a. Sintomatología elemental

motora
sensorial
autónoma

b. Sintomatología compleja

Alteración de la conciencia
alucinaciones complejas
síntomas efectivos
automatismo

c. Crisis parciales que se tornan en crisis tonicoclónicas

generalizadas.

3. Crisis no clasificables

Crisis que no pueden ser clasificadas debido a datos incompletos.

Crisis Generalizada:

Es posible que sólo, o principalmente, los tipos hereditarios de epilepsia generalizada comiencen en la formación reticular mesodiencefálica. - En la epilepsia primariamente generalizada de causa adquirida, la descarga excesiva pueden originarse fuera de la formación reticular mesodiencefálica, pero diseminarse tan rápido a esta región, que su proyección generalizada subsecuente sólo se manifiesta en forma clínica o electroencefalográfica.

El EEG muestra descargas difusas, sincrónicas y simétricas en forma de espigas y ondas lentas y hay alteración de conciencia y fenómenos motores bilaterales.

Las crisis parciales tienen las siguientes características:

1. La descarga excesiva se origina en un grupo de neuronas en cualquier parte del encéfalo que no sea el sistema mesodiencefálico. La descarga pueden mantenerse localizada, difundirse localmente o diseminarse con amplitud para afectar el sistema mesodiencefálico, el cual puede entonces ser activado y producir una crisis generalizada secundaria - al fenómeno cortical primario.
2. En el electroencefalograma las descargas se inician localmente, aunque después pueden volverse bilaterales o difusas.
3. Las manifestaciones clínicas dependen del sitio en donde se produce la descarga local y de si permanece localizada o se disemina en forma amplia para afectar la formación reticular mesodiencefálica. Sus manifestaciones son diversas.
4. Por su etiología, la epilepsia parcial siempre es producida por alteraciones locales del encéfalo (aunque esta alteración en ocasiones sea hereditaria, como en la esclerosis tuberosa).

La alteración local del encéfalo que causa la epilepsia puede ser clasificada de acuerdo a la edad del paciente:

Infancia y adolescencia

Lesión cerebral al nacimiento, anóxica o de otro tipo.

Anomalías congénitas y del desarrollo, incluyendo malformación arteriovenosa.

Secuelas de meningitis o encefalitis.

Vida adulta por abajo de los 50 años

Lesión craneal

Esclerosis medial del lóbulo temporal, con frecuencia debida a hipoxia cerebral temprana.

Tumores cerebrales, a menudo primarios

Malformación arteriovenosa.

Vida adulta por arriba de los 50 años

Enfermedad oclusiva cerebrovascular.

Atrofia cerebral.

Las causas extracraneales de epilepsia incluyen:

trastorno anóxico

Por ejemplo, paro cardíaco o respiratorio.

Trastorno endocrino

por ejemplo, hipoglucemia: hipocalcemia.

Enfermedad renal

por ejemplo, uremia.

Embarazo

por ejemplo, eclampsia.

Venenos y sustancias tóxicas

Por ejemplo, alcohol, plomo, hidrocarburos clorados (insecticidas), supresión barbitúrica.

a toda persona adulta mayor de 25 años que convulsiona descartarle un --

tumor cerebral

Cuadro 1-3 Relación entre las dos clasificaciones mencionadas en el texto

Etiología de la epilepsia	Patrón sintomática	inicio de la epilepsia
Primaria (idiopática)	Ausencias del pequeño mal	Generalizada
Primaria o Sintomática	Crisis mioclónicas Crisis tónicas o clónicas Crisis tónicas clónicas	
Sintomática	Crisis focales * Crisis tonicoclónicas Secundarias	

Frecuencia relativa de diferentes tipos de epilepsia

Gastaut y coll (1976) realizaron un análisis de los tipos de crisis epilépticas encontradas en 6,000 de sus pacientes. Un resumen de sus datos proporcionará una idea de la frecuencia relativa de los diferentes tipos de epilepsia. En casi 24% de los pacientes no pudo clasificarse el tipo de crisis. La epilepsia generalizada ocurrió en 38% de los enfermos -- clasificables (incluyendo 28% con crisis tonicoclónicas, 9% con ausencias, 4% con crisis mioclónicas adquiridas, habiendo algunos pacientes con más de un tipo de crisis). La epilepsia parcial estuvo presente en 62% de los pacientes clasificables (10% con crisis con sintomatología elemental, 40% con sintomatología compleja y 13% con crisis que se generalizaban secundariamente). Así para fines prácticos, la epilepsia parcial es casi dos veces más común que la epilepsia generalizada.

MANEJO DE UN PACIENTE CON TRASTORNOS CONVULSIVOS
(Epilepsias)

SI CONSULTA POR

QUE HACER

QUE RECETAR

I.- STATUS CONVULSIVO

(Estado de mal epiléptico)

ADULTOS

a.- Aplicar Valium (Diazepam) 10 -
mgs. (Amp.)

I.V. Directa y lentamente, o -
diluida en 3 cc de Agua Desti-
lada.- Repetir igual Dosis des-
pués de 15 minutos si no hay -
respuesta clínica.

b.- Si no ceden las convulsiones:
Agregar Decadrón (Dexametasona)
10 mgs.

I.V. iniciales y luego 4 mgs.

I.V. c/4 horas, hasta que esté
controlado el cuadro.

Su uso es para resolver el pro-
bable edema cerebral que no de-
ja actuar al Anticonvulsivamente
parental.

1.- Colocarlos en un
lugar seguro.

2.- Aflojarle cinturonos
corbata etc.

3.- Retirar prótesis
Dentaria, si tuviere.

4.- Aplicar baja lengua en
tre los molares.

5.- Colocarlos de lado.

6.- Prevenir Bronco-Aspira-
ción de Vómitos.

PACIENTE QUE ESTÁ CONVULSIONANDO
REPETIDAMENTE SIN
RECUPERAR SU CONCIENCIA.

SI CONSULTA POR:

QUE HACER

QUE RÉCETAR

NIÑOS

- a.- Aplicar Valium (Diazepán 0.1-03 mg/kg de peso I.V. Directo y -- lentamente de no canalizarse ve na usar la vía rectal en forma de Enema en 10 cc de Agua Desti lada.
- 3.- De no contarse con Valium (Dia zepán) usar:
Fenobarbital Sódico a razón de 1-3 MG/KG. de peso I.V. y lenta mente, diluido en 3cc. de Agua Destilada.

SI CONSULTA POR:

II.- TRATAMIENTO DE
MANTENIMIENTO.

- a) Pacientes contra-referidos de Hospitales Nacional o Regional.
- b) Pacientes con diagnóstico claro que consulten por primera vez.

QUE HACER

1. Asegurarse que toma su medicamento.
2. Buscar síntomas secundarios, ejemplo: Nistagmus, Sedación, Mareos, acné, Hipertrofia gingival, Ataxia, etc.
- 3.- Investigar capacidad de adaptación e integración al medio.
- 4.- Educar al paciente y su familia sobre el trastor-c.- Fenobarbital= 1-3MG./KG de PESO/ no que sufre.
- 5.- Controles periódicos.

QUE RECETAR

ADULTOS

- a.- Epamín (Difenilhidantoína) 300-400 MGS/DIA.
- b.- Mysoline (Primidona) 750-1000 MGS/DIA
- c.- Fenobarbital= 100-200 MGS/NO-CHE,

NIÑOS

- a.- Epamín (Difenilhidantoína) 4-7 MGS/KG. de peso/DIA.
- b.- Mysoline (Primidona) 15-20 MGS. por MG. de PESO/DIA.
- c.- Fenobarbital= 1-3MG./KG de PESO/DIA.
- Administrar las dosis después de los alimentos.
- Administrar sólo por la noche por los efectos sedantes.
- Preferentemente iniciar el tratamiento con un sólo medicamento.

EX CONSULTA POR:

QUE HACER

QUE RECETAR

III.- CONVULSIONES
PERSISTENTES

Pacientes que después de un tiempo prudencial de tratamiento (1-2 meses) siguen sin mayores modificaciones de su cuadro clínico.

- 1.- Investigar si toma la medicina.
- 2.- Indagar sobre Ingesta Alcoholica y desvalos.

1.- Prescribir un aumento de la Dosis.

2.- Si no responde así, usar combinaciones: Epamin/Feobarbital o Epamin/Nysoline.

NUNCA MYSOLINE/FENCARBITAL.

3.- Si se pasa de un medicamento a otro deberá reducirse paulatinamente el que se suprime e iniciarse con dosis gradualmente ascendentes el que los substituirá.

13.- SHOCK (CHOQUE)

Trastornos de la circulación que da como resultado una disminución de la llegada de sangre a los tejidos vitales, - especialmente al cerebro, las causas son muchas por ejemplo: Hemorragias deshidratación (Por vomitos, diarreas), quemaduras, fracturas, medicamentos, infecciones, falla del corazón, etc.

Todo esto se podria involucrar en los siguientes mecanismos:

- 1.- El corazón, que actúa como el organo de impulsión de la sangre en el aparato vascular.
- 2.- El volumen sanguíneo
- 3.- El aparato vascular que incluye arterias, capilares y venas que actuan como conductos para el paso de sangre.

Puede fallar cualquiera de estos tres factores o una combinación de ellos y asi originar el estado de shock.

SINTOMAS Y SIGNOS

El comienzo de la crisis varía generalmente el proceros se instala progresivamente o puede ser en forma brusca.

- 1.- Inquietud, debilidad
- 2.- Nausea, vómito
- 3.- La cara esta muy palida y las zonas expuestas del -

cuerpo, especialmente la frente esta fría y sudorosa.

4.- Puede tener conciencia vaga de lo que sucede, o perder el sentido totalmente.

5.- Pulso rápido y débil

6. El corazón late rápido (Taquicardia)

7.- Respiración rápida y superficial

8.- Inconciencia

TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en eliminar la causa del problema, por lo que debiera ser llevado al hospital para ser investigado, partiendo de que toda persona en estado de shock o coma, sin antecedente previo que explique su situación se debe descartar:

1.- Diabetis mellitus (azúcar en la sangre).

2.- Accidente cerebro vascular (Derrame, etc),

Sin embargo es necesario tomar medidas de tipo inmediato para mejorar el estado actual y evitar más complicaciones que podrían ser fatales al paciente por lo que se haran - los primeros auxilios necesarios:

1.- En caso de lesiones en el pecho o en la cabeza eleve la cabeza y los hombros ligeramente y abrigarlo para que no se enfrie más (Cobijas, mantas, periódicos, - etc.).

2.- Quitarle la ropa que este mojada pero no lo descubra más de lo necesario.

- 3.- No dar nada por la boca
- 4.- A excepción del primer caso, coloquese el cuerpo en posición tal que la fuerza de gravedad ayude a que la - sangre fluya hacia el corazón y cerebro.
 - a.- Coloquese el paciente boca arriba, con la cabeza a un nivel más bajo que el cuerpo. Esto se puede lograr - levantando el pie de la cama, catre, o banca por lo - menos 30 cm., más alto que la cabeza.
 - b.- Si la víctima estuviera sobre una superficie plana y no hubiera otros medios al alcance deben elevarse los pies, piernas y los musculos.
- 5.- Si la persona esta conciente se le puede dar pequeñas cantidades de café ó té caliente ya que además de ser estimulantes le producen calor a la víctima.
- 6.- Si el paciente entra en paro cardiaco respiratorio, - aplicar las medidas de resucitación cardiopulmonar - (REP),
- 7.- En caso de hemorragia o deshidratación severa sueros intravenosos a chorro evaluando perdidas y en niños - sueros a 30 cc X Kg. de peso a chorro.

RESUMIENDO LAS MEDIDAS A APLICAR SON:

- 1.- Posición
- 2.- Calor
- 3.- Solucionar el problema (Hemorragia, deshidratación, etc).
- 4.- Soluciones intravenosas.

DESMAYOS

INSOLACION

Estos son accidentes muy frecuentes que conviene estudiar juntos porque el mecanismo de producción de uno es el contrario del otro.

DESMAYOS

Lipótimia (pérdida del conocimiento), tiene como causa principal la falta de suficiente circulación en los vasos del cerebro lo cual produce una serie de síntomas molestos.

CAUSAS

- 1.- Hambres
- 2.- Aglomeraciones
- 3.- Lugares cerrados con poca ventilación
- 4.- Fatiga severa
- 5.- Impresión fuerte
- 6.- Hemorragias internas
- 7.- Desnutrición

SINTOMAS

- 1.- Sudoración abundante y fría
- 2.- Palidez

INSOLACION

La causa principal es el exceso de sangre en los vasos sanguíneos del cerebro, causada por la exposición directa al sol, también en recintos cerrados con excesivo calor.

CAUSAS

- 1.- Rayos solares
- 2.- Lugares cerrados con excesivo calor.
- 3.- Todas las personas que han sufrido de insolación que dan muy sensibles a los rayos solares.

SINTOMAS

- 1.- Piel seca
- 2.- Enrojecimiento especialmente la cara.

- 3.- Pulso débil y acelerado
- 4.- Náuseas
- 5.- Pérdida de conocimiento
- 6.- Flacidez de los miembros

- 3.- Pulso lleno y - fuerte
- 4.- Mareos
- 5.- Pérdida de conciencia.
- 6.- Temperatura alta (40-41^o C)
- 7.- Opresión y sofocación
- 8.- Convulsiones

PRIMEROS AUXILIOS EN DESMAYOS:

- 1.- Acostar al paciente con la cabeza más baja que el resto del cuerpo para que haya flujo de sangre al cerebro.
- 2.- También puede colocarse sentado con la cabeza en medio de las piernas.
- 3.- Debe abrigarse y darle calor.
- 4.- Estimularlo inhalando - estimulantes de tipo espíritu de amonio aromático.

PRIMEROS AUXILIOS EN INSOLACION:

- 1.- Llevarlo a la sombra o sitio fresco y acostarlo o sentarlo con la cabeza más alta.
- 2.- Aflojar las prendas de vestir.
- 3.- Envolver al paciente en una sábana y aplicarle agua fría poco a poco.
- 4.- Aplicar bolsas de hielo en la cabeza.
- 5.- Cuando reaccione el paciente le podemos dar: agua de hielo.
- 6.- No darle ninguna - clase de estimulantes.

14.- CUERPOS EXTRAÑOS:

DEFICICION:

Se llama cuerpos extraños a los insectos, tierra, granos, semillas o cualquier otro objeto que ha entrado a un órgano del cuerpo y que no puede estar allí porque bloquea su función, puede suceder en los ojos, oídos, nariz, garganta, etc.

LOCALIZACION FRECUENTE:

- a.- Cuerpos extraños en el ojo
- b.- Cuerpos extraños en la oreja
- c.- Cuerpos extraños en la nariz
- d.- Cuerpos extraños en la garganta o en la tráquea
- e.- Cuerpos extraños en el estomago.

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL OJO:

Los cuerpos extraños, tales como partículas de polvo, arena cemento, ceniza, polvo de esmeril, briznas de metal, con frecuencia penetran en el ojo y se alojan en él. Esto no solo produce una sensación de incomodidad, sino que si no se les desaloja, causan inflamación, lesión de cornea, infecciones, perforaciones, afortunadamente, al aumentar el flujo lacrimógeno la naturaleza desaloja muchas de estas sustancias antes que puedan causar daño. En ningún caso debe frotarse el ojo ya que el frotamiento puede provocar rasguños de los delicados tejidos oculares, o incrustarse una partícula extraña con aristas agudas en los tejidos, lo que dificulta su extracción.

Los tejidos del ojo son muy delicados y se les puede dañar usando métodos rudos o inadecuados de extracción del cuerpo extraño. Siempre es preferible enviar al paciente a un médico especialista, para que resuelva la situación en lugar

de que la persona encargada de los primeros auxilios intenten remover objetos extraños.

Recordemos siempre que tenemos " solo dos ojos y no hay repuesto ", Se recomienda el lavado de ojos con agua helada por 10 a 20 minutos.

TRATAMIENTO O PRIMEROS AUXILIOS:

A veces es posible retirar el cuerpo extraño alojado debajo del párpado superior, llevado éste hacia abajo, sobre el párpado inferior, al volver el superior a su posición normal, su superficie interna se pone en contacto con las pestañas del párpado inferior, las que al botarlo remueven el cuerpo extraño.

Otro método consiste en poner al descubierto la superficie interna, sujetando las pestañas entre el pulgar y el índice de una mano y volteando el párpado hacia arriba de la partícula se puede entonces retirar cuidadosamente con la punta de un pedazo de gasa o pañuelo limpio.

Las partículas que se alojan debajo del párpado inferior pueden retirarse haciendo hacia abajo el párpado y exponiendo su superficie interna.

Si se aloja un cuerpo extraño en el globo del ojo, no se debe intentar removerlo ya que se puede causar o aumentar el daño incrustando la partícula en el ojo y agravar la situación. La persona que presta el primer auxilio, debe aplicar sobre el ojo afijado un vendaje de compresa y enviar al individuo inmediatamente a que sea atendido por el médico.

El retirar cuerpos extraños incrustados en el globo del ojo, es asunto exclusivamente de médico y especialista y si los cuerpos son metálicos debe tomar radiografías antes -

de su extracción.

Es indispensable que la persona que dá el primer auxilio , debe proceder con sumo cuidado en el manejo de lesiones - oculares. Nunca se emplea la punta de una hoja de navaja, un palillo de dientes o un fósforo de madera afilado ni - ningún objeto duro para tratar de desalojar del ojo un cuerpo extraño. Si se presenta cualquier dificultad al tratar de remover del ojo el cuerpo extraño, envíese al paciente a que lo vea el médico, sin pérdida de tiempo. El uso de gafas apropiadas no solo evita las heridas en el ojo, sino que impide que penetren en ellos partículas extrañas, los soldadores deben usar caretas protectoras.

En quemaduras de los ojos hacer lavado con agua fría o - suero fisiológico y enviar inmediatamente al oculista, si puede tape el ojo.

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL OIDO:

Suelen penetrar en la oreja insectos pequeños pedacitos de carbón o de alguna otra sustancia. En algunas ocasiones - los niños se meten en los oídos objetos, como granos de - maíz, frijoles, botones, o semillas. Las semillas absorben humedad y se van agrandando dentro del oído, lo que dificulta su extracción y provoca inflamaciones dolorosas.

TRATAMIENTO O PRIMEROS AUXILIOS:

NUNCA. Debe introducirse en el oído alfileres, horquillas o pedazos de alambre para sacar cuerpos extraños, ya que pueden dañar los tejidos que cubren el oído o perforar el tímpano.

Puede matarse a los insectos que han penetrado en el oído colocando éste hacia arriba y vertiendo sobre él gotas de aceite aromático, aceite de oliva o aceite mineral, calentando a temperatura del cuerpo. Después que el aceite ha

estado en el oído varios minutos, voltée la cabeza en forma que el oído se encuentre hacia abajo el insecto sofocado generalmente flota hacia afuera en el aceite que escurre por la oreja.

Los cuerpos extraños que no pueden ser retirados fácilmente del oído, deben ser atendidos por el médico, o el otorrinolaringólogo y ser enviados al hospital. Si no tiene equipo, ni experiencia mejor no toque al paciente.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LA NARIZ:

Generalmente se pueden extraer sin dificultad los cuerpos extraños introducidos en la nariz, pero no debemos forzar la extracción sino que debemos referir al médico.

TRATAMIENTO O PRIMEROS AUXILIOS:

El estornudo inducido por pimienta o cosquillas con una pluma en las ventanas de la nariz, generalmente basta para desalojar los cuerpos extraños. Nunca debe sonarse la nariz violentamente con una de sus ventanas tapadas.

Si el cuerpo extraño está profundo o difícil de sacar mejor no lo toque y envíelo al hospital, al médico o al otorrinolaringólogo.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LA GARGANTA O EN LA TRAQUEA:

Con frecuencia se alojan en la garganta o en la tráquea - alfileres, monedas, semillas, espinas de pescado, dientes postizos y partículas de alimentos. Aunque, por lo común - la obstrucción de los pasajes de aire es completa, se presentan síntomas más o menos graves de sofocación (asfixia), se pone pálido el rostro de la víctima, la que se esfuerza por respirar y tiene acceso violentos.

Con frecuencia las partículas de alimentos la succiona la tráquea en una inhalación repentina, mientras se come. Debe tenerse la precaución de no reír o hablar cuando se tiene en la boca.

TRATAMIENTO O PRIMEROS AUXILIOS:

En todos los casos, debe intentarse inmediatamente eliminar las obstrucciones.

Hagase que el paciente abra la boca, viendo hacia la luz. Sosténgasele la lengua hacia abajo y examínesele la garganta.

Con frecuencia el objeto es visible, Métase el dedo en la boca del paciente , al lado de la lengua y trátase de retirar con él, el objeto. Cuidese de no empujar más hacia la garganta a la tráquea el objeto que causa la obstrucción.

Los objetos extraños que han penetrado tanto que no pueden verse o sentirse con el dedo, suelen desalojarse cuando el paciente tose, y cuando recibe palmadas en la espalda entre los omoplatos. Si tal procedimiento no da resultado satisfactorio, colóquese al paciente en posición invertida, es decir, (de cabeza abajo), y dénesele palmadas fuertes entre los omoplatos, con la esperanza de que desaloje la sustancia obstructora, con la ayuda de la gravedad. A los niños sosténgasele por las piernas, con la cabeza hacia abajo y dénseles palmadas en forma indicada anteriormente, - para que desalojen los cuerpos extraños de la garganta o de la tráquea.

Si los cuerpos extraños no pueden ser expulsados por ninguno de los métodos descritos antes, llámese al médico inmediatamente y remítase de urgencia al hospital.

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ESTÓMAGO:

A Veces se ingieren accidentalmete cuerpos extraños, tales como alfileres, monedas, clavos uotros objetos. Esos objetos pueden alojarse en el esófago, o sea el tubo que conduce al estómago, y provocar graves dificultades al tragar, pero con más frecuencia pasan directamente el estómago.

TRATAMIENTO O PRIMEROS AUXILIOS:

No se intente desalojar cuerpos extraños ni del esófago ni del estómago. No se dé al paciente nada que provoque o evacuación de los intestinos. Consultese inmediatamente a un médico para que el se encargue del tratamiento y llévase con urgencia al hospital.

15. ACCIDENTES EN EL HOGAR:

El hogar verdadero refugio familiar, es conceptuado superficialmente como un lugar tranquilo y sin riesgo. Las estadísticas, sin embargo, demuestran todo lo contrario. En el hogar se produce una gran cantidad de accidentes, especialmente en los niños con diferentes resultados: heridas, quemaduras, fracturas, intoxicaciones a veces mortales.- La cocina ocupa el primer lugar como sitio de accidentes en el Hogar (quemaduras e intoxicaciones) después los baños y los contactos eléctricos, la cuna, la -- cama, el andador.

Por esa razón queremos aquí llamar la atención sobre algunas de las principales causas que motivan accidentes en el hogar:

1. Falta de orden: a) Peligrosas intoxicaciones producidas por sustancias tóxicas descuidadamente dejadas en la cocina y confundidas con un producto alimenticio, particularmente cuando no tiene una etiqueta clara o están al alcance de los niños.

b) Caídas de consecuencias imprevisibles suelen ser debidas a objetos abandonados desordenadamente en el piso de la casa, o al subir gradas o estar en la ventana o pórticos de los pisos.

c) Graves heridas pueden ser producidas por botellas no convenientemente colocadas, vidrios rotos, tablas con clavos, cuchillos etc. Todas estas situaciones pueden evitarse en su mayor parte, si se tiene cuidado de aplicar prudentemente e incluir en los niños el lema de "UN LUGAR PARA CADA COSA EN SU LUGAR"

2. Luz insuficiente: Una iluminación adecuada, particularmente en los sitios de mayor peligro, es fundamental en el hogar para evitar tropezos y caídas con lamentables consecuencias.

3. Pisos resbaladizos: Entre las caídas más peligrosas se cuentan las debidas a resbalones, por cuanto el cuerpo suele caer indefenso, con gran riesgo de fractura del cráneo. Los pisos húmedos o sucios por grasa o aceite o muy encerados son un verdadero peligro para una caída por resbalón.