De igual peligro son las pequeñas alfombras libres en un piso lustrado y las semillas de frutas tiradas en el piso. Tenga su casa limpia y evite los resbalones

4. Defectos en la casa: Clavos salientes en la pared, pisos desnivelados o con tablas flojas, escalones estrechos e incómodos pueden ser otras causas de accidentes en el hogar, que no deberían ocurrir, pues es fácil aprovechar un momento libre y arreglar lo que se encuentra defectuoso.
5. Material mal utilizado: Para cada actividad debe usarse el instrumento requerido lo contrario es, a veces correr riesgos innecesarios. Tal ocurren cuando se utilizan cuhillos como destornilladores o para abrir latas o bien cuando emplean sillas y cajones en lugar de escaleras. - De igual importancia es que el material usado esté en buenas condiciones, ya que por ejemplo, una escalera en condiciones malas es también peligrosa.- no toque instalaciones eléctricas si no sabe como hacerlo
6. Causas personales: En ocasiones la verdadera causa está en la persona que no tiene todas sus condiciones bien como: a) audición defectuosa, b) mala visión, c) pérdida del olfato, debilidad orgánica por alguna enfermedad, otros defectos físicos d) embriaguez, apresuramiento, e) ignorancia, f) inexperiencia etc.

Imprevisión: es por imprevisión o pereza que ocurren la mayoría de los accidentes, así como la falta de orden descuido, luz insuficiente, etc. los niños son las principales víctimas del descuido de los adultos.

CAIDAS:

Las caídas más muertes e incapacidades que cualquier otro tipo de accidente, sea industrial o en el hogar, Estas se agrupan en segundo lugar, entre las causas de muerte por accidentes. Las de primer lugar, son las -- causadas por vehículos a motor.

Usted nunca podrá predecir los resultados de una caída. De lugares muy altos, ello generalmente ocasiona la muerte, pero no todas. De lugares -

bajos, en su mayoría no ocasionan la muerte, pero sí lesiones serias que pueden causarle una invalidez temporal o permanente, por eso lo mejor es evitarlas.

Veamos algunas de las causas que originan caídas:

ESCALERAS:

- a. Llevando objetos que impiden ver por donde se camina
- b. Olvidarse de usar el pasamanos
- c. Falta de atención. No ver las gradas (peldaños).
- d. Materiales o cosas tiradas en las gradas.

POR LO TANTO DEBEMOS:

- a. No llevar objetos que impidan ver donde caminamos, es mejor hacer dos viajes o bien solicitar ayuda de otras personas.
- b. Usar el pasamanos.
- c. Mirar por donde caminamos.
- d. No dejar objetos ni materiales tirados en las gradas.

ESCALERAS DE MANOS:

Otra de las causas que originan caídas en este tipo de escaleras son: -- usar escaleras inapropiadas para el trabajo que se hace. Para estar seguros al usar una de estas escaleras, tengamos en cuenta estas recomendaciones:

- a. Seleccionar la escalera apropiada para el trabajo
- b. Asegurarse de que esté en buenas condiciones
- c. Colocarla en forma segura
- d. Subir o bajar frente a la escalera y sostenerse bien.
- e. No inclinarse demasiado mientras se trabaja
- f. Mantener una mano libre para sostenerse en la escalera, o de otra manera usar una escalera de abrir y cerrar o de plataforma.
- g. Cuando se use una escalera de abrir, asegúrese de que es suficientemente alta como para pararse en la antepenúltima grada o peldaño.

No repare antenas de televisión, ni lave tanques de agua si no pueden o -

nó tienen experiencia.

ANDAMIOS:

Varias causas cuentan en la mayoría de las caídas de andamios por ejemplo:

Andamios débiles (madera o inadecuada)

Poco o insuficiente soportes verticales y horizontales

Reglas de soporte muy distanciados y sujetos impropiaamente

Pisos recargados de materiales

Sin barandas

No todos los andamios deben ser tan exactos como al que hacemos referencia, pero sí deben construirse siguiendo sus mismos principios; o sea:

- Bastantes soportes verticales (pies derechos) uniformemente espaciados.
- Reglas horizontales en todas direcciones.
- Barandas y rodapiés para prevenir caídas de hombres y de materiales.
- Suficientes tuercas para sostener los soportes o " pies derechos".
- Los cruceros o "arriostes" en ambas direcciones para evitar el cimbreo o movimiento.

DERRAMES EN EL SUELO: Doquiera que haya sustancias resbalosas sobre el piso tales como aceite, grasas, ácidos, etc. Las caídas son casi inevitables, si no tomamos las precauciones siguientes:

1. Evitando derrames
2. Usando recipientes para recoger escurrideros inevitables
3. Limpiar de inmediato los derrames
4. Si un derrame no puede limpiarse, cúbrese con un compuesto absorbente (arena, aserrín, esponjas, periódico, etc.).
5. Usar zapatos que se afirmen bien al suelo.
6. Caminar, no correr.

DESORDEN EN EL LUGAR DE TRABAJO: Es una de las causas más comunes de caídas. El orden y acomodo de las cosas previenen un gran porcentaje de caídas y otros tipos de accidentes. Como dice un adagio: UN LUGAR PARA CADA COSA Y CADA COSA EN SU LUGAR.

Estos consejos que a continuación se exponen, nos evitarán muchas caídas.

1. Después de hacer una reparación, haga una buena limpieza.
2. Ponga las basuras y desperdicios en sitios adecuados.
3. Mantenga **bien** despejados los pasillos. No deje materia estorbando en ellos.

Ahora bien, aunque el buen orden es necesario, la precaución no lo es - menos, ya que hay lugares que se observan estas reglas y buen día nos - encontramos con algún obstáculo imprevisto puesto por alguna persona -- desordenada y sufrimos una caída.

Hemos hablado de muchas caídas y hemos mencionado también medios de preveni^{do}los. para hacerlo simple, podemos resumir todo en tres precauciones principales:

1. Seleccionar el equipo adecuado. Usarlo y mantenerlo con seguridad. - Si tenemos por ejemplo varias escaleras, buscar lo que más nos sirva para ejecutar el trabajo con seguridad. Si somos precavidos, nos aseg^uramos de que esté bien fija y no tendremos riesgos mientras trabajamos en ella. Los mismos principios deben aplicarse al resto del equipo.

Consideramos en la cabeza dos porciones: cráneo y cara. está formando por los ocho huesos siguientes: un frontal, dos parientales, dos temporales, un occipital, un etmoides y un esfenoides.

La cara está compuesta por varios huesos formando varias cavidades en las que se alojan los sentidos de la vista, el olfato, gusto y los órganos de la masticación.

El tronco está formado por la columna vertebral, las costillas y el esternón.

La columna cervical (con 7 vértebras), la dorsal (con 12 vértebras), la lumbar (con 5 vértebras), la sacra - (con 5 vértebras soldadas en un sólo hueso), y la coccigea (con 3 soldadas también en otro hueso).

Las costillas son huesos largos, aunque por su estructura se les considera como huesos planos, su número es 24 dispuestas en 12 pares, los siete primeros pares de costillas llamadas costillas verdaderas, o externas, los tres pares siguientes, costillas falsas, no se unen directamente al esternón, sino que poseen un cartílago común que se une al último par de costillas verdaderas. Los dos pares de costillas restantes , quedan con su parte anterior libres denominándose costillas flotantes.

EL ESTERNON:

En el adulto es un sólo hueso plano, situado en la parte anterior del tórax y en su línea media . Su forma es algo semejante a la de un puñal y en él se distinguen tres regiones, la superior, la región media, hoja o cuerpo; y la inferior o última región que es la punta del " Puñal ", y se denomina apéndice xifoides la que queda casi toda la vida en un estado cartilaginoso.

Las extremidades son dos pares: un par que se une al toráx, extremidades torácicas superiores y el otro que parte del abdómen, extremidades abdominales, inferiores o piernas.

Las extremidades superiores brazo, antebrazo, y mano. El cinturón escapular u hombro: está formado por dos huesos: la clavícula y omóplato.

La clavícula, situada en la parte anterior del hombro tiene forma de " S ", es un hueso alargado por un extremo se une al puño del esternón y por el otro se articula con la apofisisacromión del omóplato. Su misión es dar solidez al toráx e impedir que el omóplato venga hacia adelante y abajo.

El Omóplato, es el hueso triangular de la espalda se denomina también escápula, espaldilla y paletilla. En su parte exterior convexa hay una larga cresta llamada espina, que termina en la apófisis acromión, y articula con la clavícula, y tiene cavidad glenoidea en la que se articula el húmero.

El Brazo, posee un sólo hueso, largo denominado húmero, el extremo superior de éste es casi esférico (cabeza del húmero) y se articula en la cavidad glenoidea del omóplato. La extremidad opuesta tiene forma de polea (tróclea), poseyendo en su parte externa un cóndilo por el que se articula con el radio.

El Antebrazo, lo forma dos huesos el cúbito y el radio. El cúbito es el más largo, el cúbito se articula con el húmero y con el radio exclusivamente.

El radio se apoya en la cara externa del cúbito. El extremo.

inferior del radio se articula con el carpo y se articula además por la cara interna con el cúbito..

En la mano: Se distinguen 3 porciones: Carpo, metacarpo y dedos. El carpo consta de dos filas, de cuatro huesos cada fila e íntimamente unidos entre sí todos ellos. El más importante de ellos es el llamado escafoides, en prolongación con el dedo pulgar, que junto con el semi-lunar se articulan con la cavidad escafoidea del radio.

El metacarpo: consta de cinco huesos largos, que forman la palma de la mano, cada uno de estos huesos se articulan con un dedo. Los dedos consta cada uno, de tres huesos llamados conjuntamente falanges. Se llama falange el que se articula con el metacarpo, falangina el siguiente y falangeta el último o sea, el de la uña.

Ha de advertirse que los dedos pulgares carecen de falangina.

Las extremidades abdominales, inferiores, o pierna; además de su cinturón pelviano, posee tres regiones, muslo, pierna y pie. EL cinturón pelviano está formado por tres huesos ileón, isquión y pubis que se solda íntimamente, formando un sólo hueso ancho llamado coxal o ilíaco. El ileón forma la parte superior de la cadera, el isquión, la inferior, posterior y el pubis, la inferior-anterior.

El ileón tiene en su parte media la cavidad cotiloidea en la que se introduce el fémur .

El muslo:Consta de un sólo hueso, el fémur, que es el mayor del cuerpo, en su extremo superior presenta la cabeza del fémur que se articula en la cadera, la extremidad inferior del fémur termina en una tróclea, en cuyas partes anteriores está el hueso llamado rótula y a sus lados están los cóndilos internos y externos, que articulan el fémur con la tibia, formando la rodilla.

La pierna: está formada por dos huesos largos; uno llamado tibia, el extremo superior de la tibia articula con los condilos femorales para formar la rodilla.

El extremo inferior de la tibia forma el maleolo interno, en la cara inferior se inserta el astrágalo, y en la cara externa se une el peroné.

El peroné en la parte superior se articula con la tibia, y en la inferior, se articula con la tibia, y el astrágalo, formando la parte libre de este extremo el maleolo externo.

El pie consta de tres regiones: Tarso, Metatarso y dedos. El tarso consta de huesos que son: astrágalo: que se articula con los de la pierna y con el de cálcaneo, y forma el talón, el escafoides, cuboides, y las tres cuñas que están en una sola fila articulándose con los metatarsianos.

El metatarso: esta formado por cinco largos huesos llamados metatarsianos, que se articulan por un extremo con el tarso y por el otro con los dedos. Los dedos constan de falanges, falangina y falangeta, excepto el pulgar que no tiene falangina.

ESTUDIO ELEMENTAL DE LAS ARTICULACIONES:

Se llama articulación a la unión de dos o más huesos por superficies cuya configuración es recíproca.

Las superficies articulares ofrecen formas diversas y por ellas se clasifican las articulaciones.

Los ligamentos sirven para mantener en contacto las superficies articulares, regularizar sus movimientos y proteger la sinovial, y pueden ser intra-articulares y extra-articulares. Comúnmente reciben refuerzos de las partes fibrosas -

vecinas y tendones.

A veces, se interponen entre las superficies articulares, cartílagos que recubren las superficies de contacto impidiendo su desgaste y contribuyendo por su elasticidad a prevenir los defectos de los choques. Estos cartílagos son variables por su forma (meniscos, media luna, disco), y por su función.

La membrana o saco sinovial, forma la parte más interna de la cápsula y contribuye por su secreción de líquido sinovial a facilitar los movimientos que pueden ser deslizamientos, flexión y extensión, abducción y aducción, circundación, rotación y torsión externa e interna.

Las articulaciones se dividen en tres grandes clases: según sean fijas, móviles o mixtas.

Las articulaciones o uniones llamadas suturas o sinartrosis: se caracterizan porque la unión entre ellos se efectúa por dentellones, este tipo de unión sólo se ve en los huesos de la cabeza, las uniones o articulaciones anfiartrosis ó sínfisis, las cuales se caracterizan por poseer entre los huesos ligamentos fuertemente adheridos a las superficies articulares o un disco fibro-cartilaginoso, llamado menisco, estas articulaciones permiten una pequeña movilidad de los huesos, como las sínfisis de los pubis y las articulaciones de las vértebras.

Finalmente existen las diartrosis o articulaciones móviles, las que permiten movimientos más o menos amplios a los huesos que unen tales como las articulaciones de los codos y de las rodillas.

El desplazamiento patológico de las articulaciones es lo que conocemos con el nombre de dislocación o luxación.

ARTICULACIONES DEL HOMBRO:

Es la articulación de la cabeza del húmero con la escápula o paletilla.

ARTICULACION DEL CODO:

Es la unión formada por el húmero, el cúbito y el radio.

ARTICULACION DE LA MUÑECA:

Corresponde al punto de unión del cúbito y el radio, con el carpo.

ARTICULACION DE LA CADERA:

Llamada articulación coxofemoral, constituye el medio de unión del cinturón pelviano con el miembro inferior, y está constituida por la cabeza del fémur, que se articula con la cavidad cotiloidea del coxal.

ARTICULACION DE LA RODILLA:

La rodilla la componen la extremidad inferior del fémur o tróclea y la superior de la tibia y la rótula. La articulación de la rodilla ofrece sucesivamente las superficies articulares, los meniscos semi-lunares, los ligamentos cruzados, la sinovial, la cápsula y los ligamentos laterales interno y externo. Las superficies articulares tienen los meniscos semi-lunares, los ligamentos cruzados, la sinovial, la capsula y los ligamentos colaterales interno y externo.

Los meniscos semi-lunares, son dos, uno externo en forma de C.

Los ligamentos que intervienen en la rodilla son cuatro, a

saber; uno lateral interno, aplanado a modo de cinta; otro lateral externo, grueso y redondeado; un ligamento cruzado anterior y un ligamento cruzado posterior llamados ambos también intra-articulares.

En la parte anterior de esta articulación se inserta el grupo muscular origen del shut o golpeo de la pelota en el fútbol, llamado cuádriceps formado por cuatro músculos alrededor de la cara anterior del fémur, el músculo recto anterior, el vasto interno y el músculo crural que termina en una expansión tendinosa formada por el tendón supra e infrarrotuliano y las expansiones laterales que refuerzan la cápsula.

Los movimientos articulares de la rodilla son los de flexión y extensión, además ligeros movimientos de rotación y de inclinación lateral.

ARTICULACIONES DEL TOBILLO

Corresponde a la unión del extremo inferior de la tibia y del peroné, que se articulan con el astrágalo los ligamentos más interesantes de ésta articulación son: El ligamento lateral interno y el ligamento lateral externo.

Por su parte inferior, la tibia y el peroné se halla firmemente unidos constituyendo un alojamiento exacto para el astrágalo; la mortaja tibio-peronea. El pie, por intermedio del astrágalo, encaja exactamente en esta mortaja tibio-peronea y este encaje se halla asegurado por dos potentes ligamentos laterales que unen el maleolo interno y externo con el astrágalo y el calcáneo. La conservación de este exacto ajuste es muy importante para la práctica deportiva.

ESTUDIO ELEMENTAL DEL MUSCULO Y SUS FUNCION:

Los músculos son los órganos activos del movimiento y su característica fundamental consiste en la facultad que poseen de ser elásticos y contráctiles. Se dice que son elásticos porque pueden alargarse sin romperse, volviendo a su forma primitiva cuando las fuerzas que los deformó dejan de obrar, y decimos que son contráctiles por que se acortan con más o menos rapidez, cuando actúan sobre un excitante de naturaleza física-química (un golpe, un pinchazo, el calor, los ácidos, etc.), o de orden fisiológico. La corriente nerviosa es el excitante natural de los músculos, la contracción de un músculo determina una disminución de su longitud y un aumento de su grosor, pero sin variar de volumen.

Para que haya equilibrio en estado de reposo, es necesario la acción sinérgica de dos grupos musculares . los agonistas que dan el movimiento, y los antagonistas que son los que se relajan o los que se oponen al movimiento, la mayor parte de los musculos se insertan en los huesos por medio de los tendones.

El músculo triceps de la pierna formado por el músculo soleo y los dos gemelos, es el músculo del salto y tiene su inserción mediante el tendón de aquiles en el calcáneo.

17. Manejo de Pacientes con

EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS

PACIENTE VIOLENTOS Y/O HOMICIDAS:

DEFINICION:

Es una situación en la cual pueden ocurrir una o varias de las siguientes situaciones: la persona está asustada, armada se "ha protegido de - enemigos" en posición no fácilmente accesible, está totalmente fuera de la realidad o aparece con intenciones de matar o herir a alguien.- Esa persona puede aparecer confusa y dá todas las características de que - en cualquier momento puede actuar de una forma violenta o puede tener en su historia episodios violentos. Son pacientes que deben ser considera dos como una emergencia altamente peligrosa.

No importa si el paciente está psicótico o está intoxicado por drogar o por alcohol o presenta otras características, lo importante es que se ha definido que se trata de un paciente agudo, violento y/o homicida.-

PRINCIPIOS GENERALES:

1. Calme a la persona, intente disminuir su angustia, esto se logra - escuchando atentamente y mostrando un interés real en los problemas de la persona.
2. Retire a la persona de la situación que lo ha llevado a ésta crisis.- Aléjese de las personas que lo estén molestando.- Aléjelo de objetos peligrosos o de situaciones peligrosas.- Asegurese de que el paciente no tiene armas.
3. Desde el principio trate de explicarle a la persona lo que ha sucedido y lo que se está haciendo por él.- No ofrezca lo que no puede cumplir.
- 4.- No intente convencer al paciente de que sus alucinaciones o delirios no son reales o que a usted no le parecen importantes.- Acepte que para el paciente sí son reales.

- 5.- Si la persona no es capaz de sentarse y conversar, invítela a hacer lo y permítale hablar de lo que quiera.
- 6.- Póngase en contacto con familiares de la persona, que no sean parte de la situación de emergencia para que la acompañen.
- 7.- Anime a la persona para que hable libremente de lo que le preocupa permitiéndole expresar sus sentimientos.
- 8.- Cuando la persona empieza a hablar, interrumpa lo menos posible. Espere para preguntar los detalles hasta que la persona haya terminado su relato..
- 9.- Tan pronto como le sea posible, obtenga información de los interesa dos en el paciente para tratar de evaluar objetivamente la situación de crisis y llegar al manejo adecuado.

Si se decide la vía de la fuerza, asegúrese de que hay personas a su alrededor que pueden ayudarlo de manera inmediata y efectiva, no le dé salidas a la persona en éstas condiciones, trate de no herir al paciente, -- amárresele con sábanas en caso de no tener camisa de fuerza, jamás use - alambres o amarraduras que puedan herir al paciente.

Una vez sometido por la fuerza, el paciente debe ser sedado

~~Se~~ puede usar una de varias combinaciones: Intramuscular profunda en región glútea: 50 mgs de Largactil + Fenegan 50mgs. o Largactil 50 mgs. - + Sinogán 25 mgs, o Fenegan 1 ampolla + Haldol 1 ampolla im.

La sedación debe darse en dosis repetidas cada 20 ó 30 minutos, si es -- necesario, hasta que se logre un transporte adecuado para llevar al pacien te a un Hospital Psiquiátrico si es el caso.

Si se trata de un paciente anciano no se debe utilizar largactil sino -- Labrium im a dosis entre 50 y 100 mgs, o Diazepan en dosis hasta de 20 - mgs im.

ENVIO AL HOSPITAL

Una vez que el paciente ha sido sometido, debe tratarse de evaluar la -- temperatura con el objeto de descartar procesos infecciosos del sistema nervioso central, si se le nota febril deberán tomarse las medidas pertinentes del caso.

EL PACIENTE SUICIDA

1.- DEFINICION: El paciente suicida es el que:

- a.- Ha amenazado verbalmente con quitarse la vida.- Puede haber dicho, por ejemplo: "La vida no tiene sentido", "Estoy cansado de la vida", "Quiero acabar con todo", "no vale la pena vivir", "Mi familia estará mejor sin mí".
- b.- Ha realizado intentos de suicidio ó ha demostrado ciertos cambios de comportamiento que indican deseos de quitarse la vida, por ejemplo: hacerse heridas, ingerir venenos o drogas en altas dosis, ha dejado de comer, lo que ha conllevado a la pérdida notoria de peso.

2.- SINTOMAS

Estos pacientes además de manifestar ideas suicidas pueden presentar síntomas de depresión, falta de sueño o dificultad para dormir (insomnio), angustia, falta de apetito y pérdida de peso, se les observa irritables (se enojan fácilmente) y con pérdida de interés por su presentación personal y por las labores diarias.

Los intentos de suicidio ofrecen mayor peligro para el paciente, cuando se encuentra en estado de recuperación de una psicosis o una depresión porque el paciente en esta fase tiene más energías y mayor lucidez realizar un acto suicida efectivo.

Con frecuencia se observa que algunos pacientes han estado organizando sus ideas suicidas por largo tiempo, es conveniente preguntar al paciente si anteriormente ha intentado quitarse la vida.

3.- MANEJO DEL PACIENTE CON INTENTOS DE SUICIDIO

3.1- Remisión del paciente al Hospital

3.2 Cuidados del Paciente en el Hospital

3.2.1- Mantener al paciente bajo observación discreta por el personal auxiliar de enfermería.

3.2.2- Identificar cambios bruscos de comportamiento como: agitación, trizteza marcada, llanto frecuente, etc.

3.2.3- Brindar medio ambiente seguro.

1- Tener precauciones al administrar el tratamiento al paciente.

2.- No dejar drogas o venenos al alcance del paciente.

3.- Recoger objetos que ofrecen peligro como cuchillas, hojas de afeitar, tijeras, pinzas para curaciones, fósforos, -- correas, lazos y otros.

3.2.4- Establecer comunicación con el paciente evitando los reproches.

3.2.5- Ayudar al paciente en sus cuidados de higiene y aseo personal.

3.2.6- Brindar una dieta apropiada.

3.3 Educación a la Familia del Paciente así:

3.3.1- Observar al paciente discretamente.

3.3.2- Indicar síntomas de recaída (Depresión y Psicosis)

3.3.3- Observar al paciente cuando ingiere repentinamente cantidades excesivas del alcohol.

3.3.4- Brindar medio ambiente seguro

3.3.5- Indicar los puntos 4-5-6 sobre manejo del paciente con intentos de suicidio.

3.4- Sedación Largactil 50 + Fenegan 50, Largactil 50 + Sinogan 25, -- Fenegan 50 + Aldol 1 ampolla im.

LISTA DE INVESTIGACION PARA CASOS DE EMERGENCIA

Usted debe saber cuando la locura o los ataques pueden conducir a la muerte o lesiones graves.- Usted también debe saber las respuestas a éstas - preguntas y así podrá salvar muchas vidas.

1.- Qué debo hacer si una persona se vuelve loca de repente?

2.- En qué circunstancias debo esperar que ocurra un acto violento?
Qué debo hacer?

3.- Cuándo es necesario someter por la fuerza a un paciente? Cómo lo -
debo hacer?

4.- En qué circunstancias puede ocurrir el suicidio? Qué debo hacer?

5.- En qué circunstancias puede ser mortal un ataque? Qué debo hacer?

EMERGENCIAS

Usted ya sabe que:

- La locura y los ataques se deben, en algunos casos, a enfermedades físicas.
- Cuando hay pérdida de la memoria, significa que la locura puede deberse a una enfermedad física.
- Usted debe averiguar si el enfermo mental tiene alguna idea de suicidio o de actos violentos. Ya que las personas que tienen este tipo de ideas la llevan a cabo en la mayoría de los casos.
- Ahora veremos éstos problemas con más cuidado:

1.- Qué debo hacer si una persona se vuelve loca de repente?:

El primer paso es tratar de calmarse.- Decirle a los demás que no la maltraten, encierren u obliguen a abandonar el barrio.- Hay que decirle a los demás que la traten con cariño.- Usted tendrá que explicar esto a las autoridades, personas importantes de la comunidad, vecinos principalmente a sus familiares.- Hay que llevar al enfermo a un lugar tranquilo, hablarle en forma comprensiva.- Esté pendiente de que no hayan muchas personas a su alrededor.- Dígale al enfermo - que usted cree que el necesita ayuda.

Cuando la locura empieza de esta manera, por lo general se debe a -- una enfermedad física.- Esta enfermedad puede matar a la persona.- Usted debe buscar signos de enfermedad física.- Debe examinar por los primeros signos:

FIEBRE:

SOMNOLENCIA Y MEMORIA:

Fíjese si está como dormido y se le olvidan las cosas.- Vigile para ver si se queda dormido cuando no se le está hablando.- Evalúe la -- memoria para ver si se le han olvidado las cosas y si por ejemplo -- él no sabe quien es.

ENTIESAMIENTO EN EL CUELLO (Cuello rígido)

Pídale al enfermo que se acueste boca-arriba.- Pídale que se deje -

doblar la cabeza hacia adelante hasta que su quijada toque el pecho.-

Si se queja de mucho dolor y que no puede hacer esto, es que tiene el cuello **envarado**.

Este es un signo de infección en el cerebro o meningitis o encefalitis y debe ser remitido al médico de inmediato .

HERIDAS EN LA CABEZA

Tóquele la cabeza al paciente para ver si tiene alguna cortada, hinchazón o hueso fracturado.- Pregúntele a las personas que conocen al enfermo si se ha golpeado y perdido el conocimiento en éstos días, la persona que se ha golpeado no se acuerda de ello en algunas ocasiones. Si la persona tiene alguno de éstos signos, llévelo de inmediato al Hospital más cercano.- La locura con adormecimiento y pérdida de la memoria se puede deber a que la persona tomó mucho alcohol.- Pero aunque tome mucho, tómese la temperatura para ver si tiene fiebre, examínela para ver si tiene el cuello tieso o si tiene alguna herida en la cabeza.- Los alcohólicos también pueden tener heridas graves en la cabeza o alguna infección seria.

2.- En que circunstancias debo esperar que ocurra un acto violento? Qué debo hacer?

Las personas más propensas a ser violentas son:

- Hombres jóvenes
- Personas excitadas
- Que cometen actos impulsivos
- Que están con sospechas.
- Que tienen miedo y rabia.
- Que están confundidas después de un ataque o convulsión
- Que amenazan con ser violentos
- Que han cometido un acto violento, es el signo más importante y significativo.

Entre más se asemeje la persona a esta descripción, es más probable que cometa un acto violento.- Aconséjese a los demás que no hagan ninguna de

las siguientes cosas porque puede ocurrir un acto violento.

- Hacer un movimiento inesperado.
- Que lo rodeen muy de cerca
- Que lo amenacen, insulten, castiguen, que le discutan.
- Que le hagan falsas promesas, que le den bebidas alcohólicas.

El amenazar a una persona que está excitada es peligroso.- Usted debe protegerse y debe proteger a los demás, debe ser lo más cuidadoso posible - con éstas personas.

Si se puede evitar el dominio por la fuerza es mejor.- Esto hace que la - persona se angustie más.- También hace que la persona no nos tenga confianza y que no esté tan dispuesta a seguir nuestros consejos.- A continuación tenemos una lista de cosas que usted puede hacer:

- a.- Decirle a las personas que esten amenazando al enfermo que se vayan -
- b.- Si hay alguien que la persona conoce y que le tiene confianza, pedirle que se quede.
- c.- Pedirle a algunos hombres fuertes que esten cerca, pero nó a la vista
- d.- Alejar cualquier objeto u objetos que pueden servir de armas.
- e.- Estar cerca de alguna puerta para que usted pueda huir rápidamente en caso de peligro.
- f. Explicar con cuidado que usted es un Personero de Salud y que quiere - ayudar.
- g.-Preguntarle al enfermo porqué está bravo y amenazante.
- h.-Escucharlo y tranquilizarlo.- Si no se sienta y habla, sígalo pero no lo toque.- Sea paciente, usted tendrá que calmarlo y explicarle las - cosas varias veces.
- i.-Lleve a la persona al Centro de Salud o pídale al Médico que le de -- unas tabletas de Clorpromazina.
- j.-Las tabletas de Clorpromazina es una dosis de 100 mgs. o de 200 mgs. calman a un hombre fuerte en una hora.- Si no resulta entonces inyecte le o aumente la dosis.- Después asegúrese de que el tratamiento con - la Clorpromazina no se descontinúe.- No para el tratamiento sin antes consultar con el médico.

3. En qué circunstancias puede ocurrir el suicidio? Qué debo hacer?

Las personas más propensas a suicidarse son:

- Personas mayores
- Deprimidas
- Lentas y apederezadas.
- Divorciados, separados o solos
- Con graves problemas económicos, escolares o sexuales.
- Con enfermedades incurables (Cáncer, SIDA, etc).
- Que han perdido mucho peso
- Que se sienten culpables y sin esperanzas
- Que le temen a una enfermedad seria
- Que han tendio privaciones recientemente,
- Aisladas
- Que han tenido otros intentos de suicidio.

Es muy difícil saber si una persona está pensando en suicidarse.- Las que están más propensas a hacerlo son aquellas que se quedan en la casa y no vuelven a hablar a los demás.

Nunca se olvide de preguntar sobre ideas de suicidio.- Los que están pensando en matarse no se angustiarían más si hablan de ello, al contrario, estarán más tranquilos de compartir sus problemas.- El hecho de que se le hable sobre esto lo hará sentirse menos culpable.- El que usted muestre interés lo hará sentirse menos angustiado y le dará esperanzas.- Estas son las cosas que ayudan a salvar vidas.

Las personas que estan tristes y que quieren matarse se sienten muy solas Aunque ellas no hablen mucho, hay que pedirle a algún familiar que esté - haciendole compañía.- Pídale al enfermo que vaya con frecuencia al Centro de Salud.

PSICOSIS ALCOHOLICAS

DELIRIUM TREMENS

Es un cuadro agudo de delirium que se presenta en alcohólicos crónicos -

después de un período de bebida excesiva y suspensión brusca del alcohol. Algunas veces va precedido de síntomas como irritabilidad, anorexia, insomnio, temblores en las manos labios y lengua, hablar arrastrado, perspiración excesiva y pesadillas frecuentes. Durante el episodio se observan temblores amplios y sacudidas mioclónicas de las extremidades, cabeza y cuello. Puede haber convulsiones generalizadas. En el cuadro de delirium predominan las alucinaciones e ilusiones visuales. El paciente ve animales extraños y monstruos que lo aterrorizan: arañas gigantes, -- pulpos serpientes lagartos, seres deformes o grotescos y cosas o animales diminutivos (alucinaciones micrópticas). Los objetos inanimados de su habitación adquieren vida y movimiento, aparecen sombras fantásticas y amenazadores. Puede haber alucinaciones táctiles y visuales de insectos u otras alimañas que andan por su cuerpo. El paciente está confuso y -- desorientado pero retiene un contacto parcial con el ambiente que le -- permite a veces describir en forma vívida sus experiencias.

Las alucinaciones auditivas son poco frecuentes, generalmente en forma de voces amenazantes ocasionales. Puede haber alucinaciones gustativas y olfativas. El estado efectivo es variable; generalmente se muestra muy excitable, temeroso y frecuentemente aterrorizado, aunque puede haber -- períodos de euforia tonta. A menudo hay agitación extrema y episodios de pánico en los que puede hacerse daño o atacar a otros. Tratando de huir de los seres alucinatorios que lo amenazan

Al examen físico el enfermo presenta, además de las alteraciones motoras ya descritas, congestión conjuntival, rubefacción, pupilas dilatadas que reaccionan lentamente pulso débil, rápido e irregular, temperatura elevada, piel húmeda, reflejos aumentados y disartría.

El delirium tremens ocurre generalmente en pacientes que llevan más de 5 años de alcoholismo crónico.

Tratamiento:

El paciente debe hospitalizarse en un cuarto de aislamiento iluminado -- (para reducir las alucinaciones). Inyectar Librium 100 mgs cada 6 horas i.v. o i.m., Tiapridal 1 ampolla cada 6 horas i.m o iv.

Una dieta rica en carbohidratos, un suplemento multivitamínico y abundantes líquidos por vía oral, o glucosa en solución salina endovenosa. Si presenta convulsiones debe administrarse diazepam intravenoso. Debe vigilarse en forma continua y comprobar a menudo su estado físico para prevenir una neumonía o una falla cardíaca.- Debe remitir al Psiquiatra y hospitalizarse.

18.- QUE HACER EN UN DESASTRE:

RECOMENDACIONES AL PUBLICO AL PRESENTARSE
UN HURACAN.

- 1.- Examinar las casas, asegurar partes sueltas o flojas (tejas, etc), reparar los cerrójos de ventanas y - chimeneas no fijas.
- 2.- Examinar los patios de las casas, cortar ligeramente o remover los árboles secos (podridos), asegurar objetos móviles tales como, almacenamiento de muebles, gallineros, etc.
- 3.- Mantener accesorios de entable para fijar cuadros, ventanas, etc.
- 4.- Siempre mantenga a disposición por lo menos una lámpara de mano en buenas condiciones,
- 5.- Demoler edificios inseguros, con la prontitud del caso.
- 6.- Mantenga en buenas condiciones de operación radios - receptores de baterías para escuchar de " avisos de emergencias" , sobre el tiempo y otras informaciones urgentes.

NORMAS GENERALES:

- 1.- Mantenga su radio o televisór encendidos y escuche - las últimas advertencias y boletines emitidos por el servicio metereologico nacional, si la energía eléctrica falla, use el radio de su carro u otro receptor

de batería, mantenga informado a su vecindario. Toda persona operando pequeños botes y veleros mantengase en puerto seguro y si tuviera radio a bordo mantengase alerta para las señales o mensajes de buques guarda costas o aviones, regrese a amarres seguros disponibles, asegurese todo tipo de equipo posible y salga. No regrese al agua a verificar el amarre o intentar retirarlo más una vez que el viento y las olas esten más altas que lo normal.

2.- Evitese de ser confundido por los rumores, confie solamente en avisos oficiales y responsables.

3.- Alejese de playas y otros lugares que puedan ser cubiertos por mareas altas y oleajes de tormenta. Si el paso a tierras altas está sobre una carretera inundada, - salga pronto. No corra el riesgo de quedar aislado.

4.- Si su casa está fuera de peligro de mareas y está bien construida, entonces es probable el lugar más seguro para pasar la tormenta, sin embargo actúe repidamente si es requerido a evacuar.

5.- Este alerta de crecidas de agua en áreas donde las corrientes o ríos puedan inundar después de las fuertes lluvias.

6.- Entarime ventanas o protejalas con cerrojos fuertes, use buena madera aserrada para buenos aseguradores, haga cambio de entarimado , estos pueden causar más daño que ninguna otra cosa, Tenga soportes fuertes para las puertas exteriores.

7.- Compre comida extra, especialmente cosas que puedan ser comidas sin cocimiento con muy poca preparación; la energía eléctrica puede faltar y usted puede quedarse sin refrigeración. (ponga hielo seco en congelado-

ras hondas y refrigeradoras para mantener los alimentos no echarlos a perder, por descomposición.

- 8.- Si las facilidades de cocina por emergencia son necesarias este seguro de que su estufa esté en buenas condiciones de trabajo.
- 9.- Almacene agua potable en jarras, botellas y utensilios de cocina, el servicio de agua de la ciudad puede ser interrumpido durante el huracán y los pozos pueden llegar a ser contaminados.
- 10.- Si está en una de las áreas de evacuación, mueva muebles y otros objetos valiosos a pisos superiores para disminuir los daños por inundación.
- 11.- Examine su radio de baterías, luces de emergencia y focos de mano, esté seguro que estén en buenas condiciones y mantengalos a mano.
- 12.- Asegurese que su automóvil tiene gasolina, si la energía eléctrica falta las gasolineras no estarán capacitadas para operar las bombas por varios días.
- 13.- Asegurese todo objeto que pueda salir volando o pueda por estar suelto. Tinajas de basura, herramientas de jardinería, juguetes, rotulos, muebles en los festibulos, toldos y otros objetos que vengam a ser armas de destrucción en los vientos huracanados, almacenelos todos en el interior si es posible.

- 14.- Haga provisiones para los niños y adultos que requieren dietas especiales si alguno en su casa tiene que ser trasladado en ambulancia avise a puestos de emergencia (o de la cruz roja).
- 15.- Si es posible vele por la seguridad de sus animales domésticos, dejandolos al cuidado de amigos vecinos que viven en casas que no tendrán que ser evacuados ningún animal doméstico o animales de cualquier clase - serán permitidos en los buses de evacuación o caminos, así como en los refugios.
- 16.- Si el centro u " OJO", de huracán pasa directamente - sobre la localidad habrá una calma en el viento terminado entre pocos minutos a media hora o más.

Mantengase en lugar seguro, haga reparaciones de emergencia durante la calma, si son necesarios, pero recuerde que el viento retornará repentinamente de la dirección opuesta a la que tenia anteriormente, frecuentemente con mayor - violencia constante.

- 17.- Mantengase sereno. su habilidad para hacerle frente a la emergencia inspirará y ayudará a otros.
- 18.- Cuando el comité de prevención de huracanes avise la evacuación, siga éstas instrucciones rapidamente.
- a.- Cierre la valvula de gas y hale el interruptor de corriente (switch), antes de salida de la casa.
- b.- Dirijase al refugio que le corresponde a punto de evacuación indicado por su área, traiga cualquier ropa -

que sea absolutamente necesaria, pero no trate de llevar - equipos caseros.

Si se han elaborado mapas especiales para la evacuación en su localidad siga las rutas indicadas en dicho mapa, maneje directamente hacia la entrada del refugio descargue y - estacione su automovil como lo, indiquen las autoridades respectivas. Si usted va caminando, dirijase a la estación de buses más cercana y aborde un transporte, ninguna tarifa será cobrada.

c.- Las áreas evacuadas serán vigiladas para prevenir saqueos.

d.- En los refugios sigá las instrucciones del personal encargado de la Cruz Roja.

e.- Permanezca en el refugio hasta que se le informe que usted puede salir.

El regreso dentro de las áreas evacuadas no será permitido hasta que las autoridades oficiales de sanidad e inspectores de construcción den su visto bueno.

TERREMOTOS

TERREMOTO: Es un fenómeno natural que ocurre cuando dos - formaciones de roca de la corteza terrestre se mueve súbitamente, una con relación a la otra.

En Honduras existen las siguientes fallas:

- 1.- Falla del merendón
- 2.- Falla del Valle de Sula
- 3.- Falla del Valle de Aguán
- 4.- Falla del Valle de Comayagua
- 5.- Falla de Opatoro
- 6.- Falla del Río Guayape
- 7.- Otras fallas de menor importancia

PRINCIPALES PELIGROS DE UN TERREMOTO.

A.- Temblor de suelo

- Asentamiento diferencial del suelo
- Deslizamientos de tierras y barro
- Licuefacción del suelo
- Hundimiento del suelo
- Avalanchas.

B.- Desplazamiento del suelo a lo largo de la falla.

C.- Maremotos (Tsunamis), y Seiches (Oleadas en los lagos).

D.- Incendios.

QUE HACER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL TERREMOTO.

El tranquilizarse y organizarse y tratar de hacerlo con los demás es importante.

En los hogares deberá tenerse al alcance: Linternas, radios de pilas (para mantenerse informados), botiquin de primeros auxilios, saber donde estan y desconectar los interruptores del gas , de la energía eléctrica, de los combustibles.

En las escuelas los alumnos deberán saber que hacer y hacia donde ir en una situación de éstas; lo mismo que en los hospitales debe existir planes concretos para éste y otros tipos de emergencias.

No usar velas u otros objetos encendidos, si se está conduciendo máquinas automotrices hay que parar y esperar.

En los edificios no usar ascensores, cortar luz, el agua y el gas, protegerse debajo de los porticos o de las columnas fundidas de alejarse de las playas, usar zapatos de suela gruesa por el peligro de objetos punzantes ó cortantes diseminados en el suelo.

Esperar réplicas (Temblores posteriores al inicial y que generalmente son de menor intensidad, pero a veces más destructivos, y pueden durar hasta 20 a 30 días después.
Dormir en las calles o patios libres o sitios seguros.