



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 13 – DICIEMBRE DE 2008

“II PRIMEROS AUXILIOS EN EL AULA. PRIORIDADES ANTE UN ACCIDENTE”

AUTORIA MARÍA REMEDIOS PÉREZ PÉREZ
TEMÁTICA ACCIDENTES A NUESTROS ALUMNOS
ETAPA ESO, BACHILLERATO Y FP

Resumen:

Todos estamos inmersos en el fenómeno del tráfico, ya sea como peatones, conductores o usuarios del transporte público o privado. Los alumnos (sobre todos los que ya son conductores de ciclomotores o incluso turismos) en la clase deberían dar algunos conocimientos básicos de primeros auxilios para saber lo que no se debe hacer y lo que se debe hacer en caso de accidente. Teniendo unos conocimientos básicos en este tema, cualquiera puede hacer que los efectos de un accidente sean menores. Estas actuaciones básicas les pueden ayudar en todos los ámbitos de la vida, incluido su centro.

Palabras clave:

Primeros auxilios, autoridades, hemorragias, inconsciente, quemados, transporte heridos, documentación, prioridades, qué no hacer, qué hacer, torniquete, reanimación cardio-pulmonar, shock, posición decúbito lateral estable.

I INTRODUCCIÓN: PRIORIDADES EN LA ATENCIÓN DEL ACCIDENTE. ¿A QUIÉN ATENDER? LA EVALUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS.

Al encontrarse ante un accidente de tráfico, lo primero que se debe hacer es observar el número de lesionados que hay, para no caer en el error de atenderles según son localizados o según la petición de ayuda que manifiesten. Una valoración elemental de cada uno de los lesionados permite reconocer al más necesitado de cuidado inmediato. De ahí la importancia de saber a quién atender en primer lugar haciendo una evaluación correcta de las víctimas del accidente.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

Esta valoración ha de ser sistemática y precisa, pues, si así no fuera, se correría el riesgo de atender primero a los heridos de menos consideración en detrimento de otros que precisan de ayuda más urgente.

Para efectuar esta valoración, tres son las preguntas que el auxiliador debe hacerse al respecto de cada accidentado:

- 1º.- ¿El herido respira?
- 2º.- ¿Cuál es el estado de su circulación sanguínea? ¿Tiene hemorragias importantes?
- 3º.- ¿Está inconsciente?

Sucesivamente, se irá respondiendo a cada una de ellas.

II.- 1ª PREGUNTA. ¿EL HERIDO RESPIRA?

En primer lugar, es necesario conocer:

- *Si el herido respira.
- *Cómo lo hace.
- *El ritmo y frecuencia de su respiración.

Para conocer si el herido respira, hay que observar si su tórax se mueve e intentar percibir el aire espirado por la víctima, es decir, si hay aliento o no. Para comprobar si el herido respira, el auxiliador colocará su mejilla encima de la boca y nariz del herido y vigilará su pecho. Si el herido respira, el auxiliador verá el pecho moverse, oirá la respiración y sentirá el aire espirado sobre su mejilla.

En el caso de que, efectivamente el herido respire, hay que saber cómo lo hace: si se trata de una respiración ruidosa (como un ronquido) o muy dificultosa, ello indica que se encuentra con las vías parcialmente obstruidas.

También es importante conocer el ritmo y la frecuencia de respiración. Ésta ha de ser rítmica, sin periodos de interrupción, y con una frecuencia aproximada de 15 a 20 respiraciones por minuto. No obstante, hay que tener presente que:

- . Esta frecuencia es variable. La propia situación generada por el accidente puede modificarla, tanto en un sentido como en otro. Sólo cuando la variación sea muy notable se deberá prestar atención sobre la misma.
- . Los niños pequeños tienen mayor frecuencia respiratoria: entre 30 y 40 respiraciones por minuto.

III.- 2ª PREGUNTA: ¿CUÁL ES EL ESTADO DE SU CIRCULACIÓN SANGUÍNEA? ¿TIENE HEMORRAGIAS IMPORTANTES?



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 13 – DICIEMBRE DE 2008

En segundo lugar, es necesario conocer el estado de circulación sanguínea del herido mediante la exploración, por este orden, de:

- El pulso arterial.
- Las hemorragias y manifestaciones del shock.

El pulso debe buscar la altura de las arterias carótidas (pulso carotídeo), que se encuentran situadas superficialmente a ambos lados de la línea media del cuello. Para localizar este pulso, el auxiliador procederá de la siguiente forma:

- Se situará a un lado de la víctima.
- Colocará, a continuación, los dedos índice y medio de la mano sobre el lado derecho del cuello, cerca de la línea media, concretamente en la zona que se sitúa inmediatamente por debajo del ángulo de la mandíbula.
- Presionará con los dedos suavemente intentando localizar el pulso.

A continuación realizará la misma operación sobre el lado opuesto del cuello para palpar el pulso de la arteria de ese lado.

Para localizar el pulso carotídeo NO se debe:

- Palpar ambas carótida a la vez, puesto que si, se interrumpe o dificulta el paso de la sangre hasta el cerebro, puede ponerse en peligro al herido.
- Palpar el cuello con fuerza, puesto que las arterias carótidas ascienden superficialmente debajo de la piel.
- Utilizar el dedo pulgar, pues se confundiría el pulso propio con el del herido.

Conviene recordar que no se trata de “sentir” o “palpar” la arteria, sino su “pulso”, es decir, el latido que ejerce la sangre al pasar por la arteria.

De la misma forma, es posible explorar el pulso en otras arterias del cuerpo, fundamentalmente la arteria radial a su paso por la muñeca (pulso radial), cerca de la base del dedo pulgar. Para localizar este pulso, el auxiliador colocará los dedos medio e índice de la mano sobre la parte interior de la muñeca del herido y presionará suavemente intentando percibir el pulso. Para ejecutar esta operación correctamente y facilitar la búsqueda del pulso, hay que utilizar la mano derecha para localizar el pulso radial izquierdo del accidentado y la mano izquierda para localizar el pulso radial derecho.

También es posible explorar el pulso en la arteria femoral (pulso femoral) a su paso por la zona media de la ingle, en el lugar de unión de tronco y muslo. Cuando el sujeto tiene la extremidad extendida, puede sentirse el pulso al colocar los dedos índice y medio en esa zona.

El pulso carotídeo es el que posee mayor importancia y significado y el que se debe buscar en primer lugar.

El pulso radial puede ser útil cuando, explorado ya el carotídeo, se pretende asegurar si efectivamente el herido tiene pulso, o en situaciones en que no es posible acceder hasta el cuello de la víctima.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

El pulso femoral también puede ser de utilidad para corroborar lo observado en los otros pulsos.

Del pulso hay que obtener, fundamentalmente, dos datos muy importantes:

Si existe un bombeo de sangre desde el corazón.

Cuál es la frecuencia cardíaca del herido.

La existencia de bombeo de sangre desde el corazón se obtiene con más seguridad del pulso carotídeo, razón por la que es el primer pulso a explorar en un accidentado. La frecuencia cardíaca también puede ser obtenida de los pulsos carotídeo y radial.

Hay que tener en cuenta que, en condiciones normales, el corazón de un adulto sano late a un ritmo de aproximadamente 60 a 80 veces por minuto. No obstante, también hay que tener presente que:

- En los niños la frecuencia cardíaca es mayor (alrededor de 100 latidos por minuto).
- Muchos accidentados tendrán frecuencias cardíacas elevadas por motivo de la situación de estrés y nerviosismo que acompaña al accidente.
- Una frecuencia cardíaca elevada, puede significar riesgo vital del herido; los sujetos en shock pueden tener taquicardias, es decir, frecuencias cardíacas por encima de lo normal.

Las heridas que producen hemorragias no son siempre tan graves como pueden parecer a primera vista. En un primer momento, se debe controlar a los heridos que sangren muy abundantemente, pero el resto de hemorragias, de menor cuantía, generalmente no suponen riesgo para la vida del accidentado.

Las pérdidas de sangre que precisan de una actuación inmediata son las que se producen como consecuencia de una sección o rotura parcial de arterias importantes y las que se localizan en zonas concretas, como el oído y la nariz. A veces, lo que se pierde por estos lugares no es sangre, sino un líquido transparente, acuoso o ligeramente amarillento (líquido cefalorraquídeo) que procede del cerebro y que puede significar lesión craneal de pronóstico grave.

El estado de la circulación y de la función respiratoria del herido se manifiesta también en el color que presenta su piel.

Un accidentado en shock, suele tener una piel fría y de color pálido, así como un pulso acelerado. Un accidentado que sufra obstrucción severa de sus vías respiratorias tendrá, por el contrario, un color oscuro (cianosis) de piel y mucosas (en labios, boca) por falta de oxígeno en los tejidos.

IV.- 3ª PREGUNTA: ¿ESTÁ CONSCIENTE?



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

En tercer lugar, siempre hay que determinar el nivel de consciencia de la víctima. Un herido inconsciente, además de mayor gravedad, tiene riesgo de sufrir diversos empeoramientos evitables con sólo adoptar algunas precauciones que están al alcance de cualquier persona que auxilie al accidentado.

¿Cómo conocer el estado de consciencia de un herido?

Un modo sencillo de evaluar la consciencia es averiguar y observar si el accidentado mantiene los ojos abiertos, si hace algún tipo de movimiento por sí solo y si tiene algún tipo de respuesta hablada.

De no realizar alguno de los tres aspectos anteriores, hay que intentar conocer su respuesta ante otros estímulos, tales como:

- Hablándole o preguntándole sobre su estado (estimulación auditiva).
- Tocándole suavemente alguna parte de su cuerpo (estimulación táctil).
- Pellizcándole la piel (estimulación dolorosa).
- Tocándole las pestañas, observando si parpadea (reflejo parpebral).

Una persona que se encuentra inconsciente, puede tener un daño más o menos importante. Existe un modo de conocer si, bien como consecuencia de una lesión del propio tejido neuronal o bien por falta de aporte de sangre, el sistema nervioso del herido se encuentra dañado. Se trata de ver los ojos del accidentado y, concretamente, sus pupilas.

La pupila es la zona central del ojo, capaz de abrirse (dilatarse) o cerrarse (contraerse) para dejar entrar más o menos luz al interior del ojo.

En un herido inconsciente, es aconsejable conocer:

- Si hay diferencia de tamaño (de diámetro) entre las pupilas de ambos ojos.
- Si, tras acercar a cada pupila una luz, aquélla se cierra o no (adaptación a la luz).
- Si las pupilas tienen un diámetro mayor del normal, es decir, si se encuentran muy dilatadas (midriasis).

El auxiliador debe tener muy en cuenta que cuando las pupilas son desiguales en tamaño, o no reaccionan a la luz, o están muy dilatadas, pueden ser signos de daño cerebral y suponen, por tanto, necesidad de atención médica inmediata. Por ello, debe estar atento a la aparición de aquéllos síntomas sobre los que puede actuar y que se explican en éste artículo.

Finalmente, no se debe confundir consciencia y sensibilidad: un lesionado de médula espinal puede permanecer consciente y, sin embargo, no mover los brazos o las piernas y no sentir la mayor parte de su cuerpo ni aún estimulándole con el tacto mediante un pellizco.

V.- PILARES BÁSICOS DEL AUXILIO A LOS HERIDOS.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

Una vez hecha la “evaluación de los heridos”, el objetivo siguiente es reconocer en la víctima alguna de las cinco circunstancias, consideradas como “los cinco pilares básicos del auxilio al herido”, que a continuación se indican:

- Asfixia.
- Inconsciencia.
- Shock (colapso).
- Hemorragia abundante.
- Parada cardio respiratoria.

Tiene que quedar claro que un estado de estos cinco no excluye a los demás, de modo que no es infrecuente que un lesionado presente más de una de éstas situaciones, puesto que a menudo se asocian.

1.- Asfixia.

La asfixia es el estado que se produce como consecuencia de la insuficiente llegada de oxígeno a los tejidos del organismo.

Los síntomas de asfixia son:

- Dificultad para introducir aire
- Contracción de los músculos intercostales (del tórax) para así ayudarse a captar aire
- Sonidos o ruidos respiratorios característicos, como “ronquidos”
- Tos
- En ocasiones, coloración azulada de la piel, lengua, nacimiento de las uñas y labios (cianosis).

Si hay asfixia, se debe:

- 1º Desobstruir la vía aérea.

Para ello hay que abrir la boca, limpiar la boca, mirar que la lengua no esté obstruyendo las vías Respiratorias, e incluso dar golpes en la espalda y hacer presión en el abdomen.

- 2º Ventilación o respiración artificial.

2.- Inconsciencia:

La pérdida de consciencia es un estado grave que aparece con frecuencia en el accidentado de tráfico. Siempre que se observe que un herido está inconsciente hay que tener en cuenta que puede sufrir una serie de complicaciones que le pueden ocasionar la muerte en corto espacio de tiempo.

Todos aquellos heridos que estén inconscientes han de ser vigilados y atendidos con prontitud. En primer lugar tendremos que comprobar si respira y ver si hay asfixia, retirando aquello que pudiera obstruir las vías respiratorias. En segundo lugar controlaremos la circulación, viendo si hay pulso o si hay síntomas de shock. Si hay signos de traumatismo (golpe, herida) por encima de la clavícula, es importantísimo no mover el “cuello del herido”



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

La posición más correcta para cualquier herido que no necesite otras posiciones específicas es la posición de defensa o también llamada decúbito lateral estable, que consiste en poner al herido tumbado en el suelo de lado, con la pierna semiflexionada y la cara de lado y apoyada en su propio brazo.

3.- Shock o colapso:

El estado de shock o de choque, es aquél en el que existe una pérdida o disminución de la circulación sanguínea que ocasiona un insuficiente aporte de sangre de los tejidos del cuerpo. Algunos síntomas y signos orientadores para reconocerlo son:

- Palidez y sudoración.
- Pulso rápido y débil.
- Respiración rápida y superficial.
- Ansiedad.
- Sensaciones de debilidad, vértigos, náuseas y vómitos.

La sospecha de que un herido en accidente de tráfico se encuentra en shock supone tener presente que ha sufrido una lesión importante y que probablemente, se encuentre en peligro vital. Por ello el auxiliador debe:

- Solicitar ayuda lo antes posible a personal sanitario especializado.
- Observar cuidadosamente el estado del herido.
- Colocar al accidentado en “posición anti-shock”, es decir con la cabeza más baja que el resto del cuerpo. Si el herido comienza a manifestar signos de inconsciencia, náuseas o vómitos, se le colocará en posición de defensa”.
- Efectuar, si aparecen problemas y dificultades respiratorias o un deficiente funcionamiento cardiaco, la reanimación cardio-respiratoria.
- Tapar ligeramente al herido. No obstante, tampoco conviene que su cuerpo tenga excesivo calor, pues ello provocaría la dilatación de los vasos sanguíneos. Se debe tapar a la víctima pero sin hacerle sudar ni sobrecalentarla.
- No dar líquidos a los heridos. Existe el riesgo de que les provoquen vómitos y con ellos obstrucción de las vías respiratorias.
- Aflojar las ropas de los accidentados que puedan oprimirles algunas partes del cuerpo (cinturón, corbata...).
- Mantener al herido inmóvil y no dejarlo solo.

4.- Hemorragia abundante:

La hemorragia es la salida de sangre de los vasos (arterias, venas o capilares) del organismo que la contienen. Por tanto las hemorragias se pueden clasificar en función del tipo de vaso que presente la lesión y en función del lugar a donde se dirige la sangre perdida.

En función del lugar donde se dirige la sangre perdida, las hemorragias se pueden clasificar en:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

-Hemorragias externas, aquellas en las que la sangre se dirige al exterior del cuerpo, manifestándose por tanto en toda su intensidad, es decir saliendo a través de una herida, la cual deberemos taponar.

- Hemorragias internas, si no son visibles desde el exterior o sólo se manifiestan en una pequeña proporción, vertiéndose la sangre en las cavidades del interior del organismo. Estas hemorragias pueden tener tanta o más gravedad que las externas, puesto que la sangre perdida puede suponer un gran volumen sin que aparentemente sea manifiesto.

Ante una **hemorragia externa** abundante debemos actuar en el siguiente orden:

- 1º: Presionar directamente sobre la herida.
- 2º: Mantener elevada la zona de la hemorragia.
- 3º: Presionar en el trayecto de la arteria.
- 4º: Sólo excepcionalmente y por amputación parcial o total de un miembro, colocar un torniquete, haciéndolo de la manera adecuada y siempre dejando escrito en un lugar visible la hora a la que se practicó el torniquete. El torniquete es una medida extrema y sólo la haremos tras intentar sin éxito la presión directa sobre el lugar de sangrado.

Ante una **hemorragia interna** lo primero que hay que hacer es avisar al personal cualificado y si no hay otro impedimento trasladar al herido a un centro de urgencias. Si se trata de una hemorragia que sea visible por el oído o la nariz, nunca hay que taponar ni cortar la sangre. Es preciso estar atento a la respiración del accidentado, al estado cardio-circulatorio, a la pérdida de consciencia y a la aparición de vómitos. En caso de hemorragia interna no se debe mover al herido pues puede que tenga lesiones medulares, se le colocará en posición de defensa con cuidado de no moverle el cuello.

Siempre es mejor quedarse con los heridos en el lugar del accidente hasta que llegue la ayuda sanitaria, pero si por una emergencia tuviéramos que trasladar a un herido al hospital, siempre trataremos de transportarlo como si de un bloque se tratara y siempre intentando no moverle el cuello. Si se trata de un herido de moto o ciclomotor, **no le quitaremos el casco** nunca, a no ser que veamos que se ahoga y no podamos hacer otra cosa.

La manifestación clínica más habitual de una hemorragia interna es el shock de intensidad gradual y progresiva. Las hemorragias por la nariz (epistaxis) y por los oídos (otorragias) son a menudo manifestaciones de lesiones internas graves.

5.- Parada cardio-respiratoria:

Una vez explicado cómo se hace una valoración global del estado de las víctimas de un accidente y que se ha de comenzar por conocer el estado respiratorio, es estado carcio-circulatorio y el grado de consciencia en que se encuentra cada uno de los heridos, será posible identificar a aquellos accidentados que se encuentren en parada cardio-respiratoria.

Generalmente, además presentan otros problemas, tales como hemorragias, heridas, fracturas, lesiones diversas o, tal vez, no se observe nada de eso, sino sólo pérdida de consciencia.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

En cualquier caso, una vez que el sujeto está en parada cardio-respiratoria, lo prioritario es intentar un funcionamiento de circulación y respiración mínimo para salvar la vida del herido hasta que acuda ayuda especializada. Más adelante veremos lo que hay que hacer exactamente. (R.C.P.)

Los objetivos fundamentales de la reanimación son tres:

- Mantener unas vías respiratorias abiertas y sin obstrucciones.
- Restablecer una respiración adecuada.
- Restablecer una circulación adecuada.

Una vez desobstruidas las vías respiratorias, a continuación se procederá a realizar la reanimación mediante la respiración “**boca a boca**” o “**boca a boca-nariz**” según los casos. Los pasos a seguir para realizar la respiración “boca a boca” que es la técnica más usual son:

- 1º: Colocar a la víctima en posición “decúbito supino” o lo que es lo mismo boca arriba.
- 2º: Extender el cuello. Esto se logra colocando una mano sobre la frente del herido y presionando con suavidad hacia el suelo. Con la otra mano, se levanta el cuello desde la nuca, de manera que la boca se abre y la vía respiratoria del accidentado queda permeable o libre al paso del aire. Se debe tener mucha precaución al realizar esta maniobra porque es muy peligrosa para los accidentados con sospecha de lesión vertebral medular, es decir todos aquellos que tengan signos de haber sufrido golpe en el cuello o en la cabeza y, además estén inconscientes. En estos casos es conveniente abrir la boca del herido sujetando la mandíbula por detrás y levantándola sin mover el cuello.

-3º: Oprimir y cerrar ambas ventanas de la nariz.

-4º: Aplicar la boca alrededor de la boca del herido, cubriéndola totalmente, y espirar (soplar) aire dentro de la misma. Debe observarse que el tórax de la víctima se eleve, pues ello indica que el aire ha entrado en los pulmones. Si esto no ocurriera, hay que repetir las maniobras de limpieza y desobstrucción de las vías aéreas y asegurarse que la extensión del cuello es la correcta.

-5º: Permitir la salida del aire de los pulmones de la víctima.

La reanimación mediante la respiración “boca a nariz” es preciso utilizarla en niños (recién nacidos y bebés) y en caso de fracturas que impidan abrir la boca adecuadamente. Para realizar esta respiración se ha de colocar a la víctima en posición “decúbito supino”, cerrar la boca de la víctima con la mano izquierda, dejando despejada su nariz; a continuación inspirar profundamente y aplicar la boca cubriendo totalmente la nariz del accidentado y soplar el aire dentro de ella. En este caso no hay que arquear tanto el cuello y hay que soplar con menos fuerza si se trata de bebés y más veces por minuto (20 a 25 veces).

Para realizar correctamente el **masaje cardíaco** los pasos a seguir son los siguientes:

- 1º: Colocarse de rodillas a un lado del herido.
- 2º: Localizar el esternón. El esternón es el hueso situado en la parte delantera del pecho desde la zona de unión de las clavículas, hasta la zona de unión de las costillas.
- 3º: Comprimir en la zona indicada. Para realizar adecuadamente esta técnica, es necesario que el auxiliador coloque sus brazos perpendicularmente sobre el esternón de la víctima. Los brazos y el cuerpo se mantienen firmes, “dejando caer el peso” del cuerpo en ese punto; esto permite hundir el esternón unos 4 o 5 centímetros.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

En los niños, utilizar sólo una mano o sólo dos dedos si se trata de un bebé y realizar mayor número de compresiones.

No se debe olvidar que aún cuando el herido haya recuperado su frecuencia cardiaca espontánea, no se deberá abandonar la respiración artificial si la respiración espontánea aún no es posible o la circulación sanguínea no es la adecuada.

La reanimación cardio-respiratoria siempre comprende dos maniobras simultáneas: la respiración artificial o boca a boca y la compresión torácica o masaje cardiaco externo.

El ritmo y la frecuencia de reanimación son diferentes según se realicen por uno o por dos auxiliares. Si se trata de uno solo, se harán 15 compresiones por cada respiración, y si hay dos se harán 5 compresiones por cada insuflación de aire.

Esta maniobra se deberá seguir haciendo el tiempo que sea necesario hasta que llegue la ayuda sanitaria especializada.

VI.- HERIDAS Y QUEMADURAS.

1.- Heridas.

Una herida es cualquier interrupción en la continuidad de un tejido del cuerpo: de la piel, de una mucosa o de una víscera. Ante una herida la actitud correcta es la siguiente:

Si la herida es grave, tan sólo se procederá a:

- Tapar la herida con un apósito fijado por un vendaje.
- Cortar la hemorragia si existe.
- No retirar ni intentar retirar los objetos clavados en la herida, puesto que se podría aumentar la lesión de los tejidos y la hemorragia. Simplemente tapar la herida con el objeto incrustado.
- Algunos tipos de heridas “sucias” requieren de la prevención del tétanos.

En caso de heridas superficiales:

-Limpiar la herida y la zona próxima a ella, retirando la ropa que la cubra y aplicando abundante agua limpia desde el centro de la herida hacia fuera, para no contaminarla.

-Retirar con la ayuda de unas pinzas los cuerpos extraños que puedan encontrarse, siempre que ello no ofrezca dificultad.

-Tapar la herida con apósitos estériles, cuando eche sangre o líquido. El algodón no debe estar en contacto directamente con la herida, lo que se evitará colocando una gasa entre el apósito y la herida. En cambio cuando se trate de pequeñas heridas y rasguños que no expulsen líquidos, conviene dejarlas al descubierto.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008
2.- Quemaduras.

Las quemaduras son aquellas lesiones en los tejidos superficiales del cuerpo originadas como consecuencia de la acción del fuego o del aumento excesivo local de la temperatura. En los accidentes de tráfico, tanto el incendio que puede suceder a los mismos como la abrasión del cuerpo al rozar la superficie del asfalto (quemaduras por abrasión), son las causas habituales de las quemaduras.

La actitud que hay que mantener ante un herido con quemaduras es:

-Extinguir el fuego que quede en las ropas del herido. Para ello se colocará sobre la ropa incendiada de la víctima una manta o un material similar, para conseguir cortar el fuego. Se intentará envolver al herido para tapar la mayor superficie posible de su cuerpo. Se procurará evitar el uso del agua o de extintores de incendio para eliminar el fuego de las ropas del herido. De utilizar extintor, no emplearlo directamente sobre el cuerpo del herido.

-No tocar a zona quemada. Hay que respetar la superficie quemada, sin tocar las ropas que hayan quedado adheridas a la piel.

-Aplicar agua fría. En cualquier tipo de quemadura es aconsejable refrigerar la herida o zona quemada utilizando agua fría. Si es posible, conviene introducir la mano o la extremidad quemada en el agua. Para mantener la zona húmeda, sobre todo en quemaduras no muy extensas, es útil colocar un apósito o compresa humedecida en agua sobre la zona lesionada.

-No retirar ni intentar retirar nunca la ropa o los tejidos que hayan quedado adheridos a la piel en la zona quemada, debiendo dejarlas tal y como estén. Tampoco se debe pinchar o cortar las ampollas que tras la quemadura puedan aparecer. Ambas acciones perjudicarían al herido, puesto que facilitarían tanto la infección como la pérdida de líquidos por la quemadura.

-Cubrir la herida con apósitos limpios y humedecidos. Es conveniente tapar la quemadura con apósitos estériles, mejor humedecidos en agua si es posible. En cambio, no aplicar nunca sobre la zona pomada o ungüento alguno, aunque haya siempre quien asegure que son curativos de las quemaduras. En caso de que la zona quemada sea extensa y no se disponga de apósitos suficientes o apropiados, se pueden utilizar las telas o toallas limpias que estén a mano: al cubrir de esta manera las heridas, disminuye en parte la pérdida de líquido por las mismas, que es una de las complicaciones que generan las quemaduras graves.

-Fijar, una vez colocados y siempre que sea posible, los apósitos mediante un vendaje.

-En quemados de manos, en caso de vendar los dedos hay que hacerlo por separado. En quemados de extremidades, separar los brazos del cuerpo y los muslos y las piernas entre sí para evitar el contacto y unión entre los mismos. No vendar juntas, en ningún caso, dos superficies quemadas: hacerlo por separado.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE DE 2008

-Elevar y mantener elevada la región quemada. Cuando se haya quemado una región del cuerpo, tal como una extremidad, y el estado del herido lo permita, se debe elevar y mantener elevada la zona, para disminuir el edema y la hinchazón que se producen.

-Al quemado grave que no presente ninguna otra herida o lesión y siempre que esté consciente y no vomite, es al único herido grave que se le debe dar de beber agua, a pequeños sorbos, en la que, si es posible, se habrá disuelto una cuchada de bicarbonato sódico y otra de sal por cada litro de agua. La operación se suspenderá si la víctima vomita.

VII.- BIBLIOGRAFÍA.

Comportamiento en caso de accidente. D.G.T. Primeros auxilios. Ministerio del Interior. 1998.

Autoría

- María Remedios Pérez Pérez
- Huetor Vega, Granada
- E-MAIL: remepp@yahoo.es