



Soria Salud

BOLETÍN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD nº 24 • www.fundacioncajarural.net

Dirección: *Dr. JM Ruiz Liso*

Navidad 2019 - Enero / Febrero 2020

Este número 24 de SORIA SALUD es el último de 2019 y de nuestro 25 ANIVERSARIO.

Está realizado por el Dr. JOSÉ LUIS ALCALDE PASCUAL, que coordina Emergencias Sanitarias de CyL en Soria, servicio de SACYL integrado en el sistema 112, desde su creación en la provincia. Precisamente y por ello, es un número personalizado para sus habitantes, porque nadie como él conoce la situación de estos problemas sanitarios en nuestra provincia, aportando soluciones, rápidas e inmediatas.

Es un número para tener “a mano” en los domicilios y en un lugar que conozcan todos los miembros de la unidad familiar. La proximidad es uno de sus objetivos.

Tal y como ha diseñado y realizado este número, lo importante no solo es saber lo que hay que hacer para llamar al 1-1-2, y cómo comportarse frente a **PRIMEROS AUXILIOS, PARADAS CARDIORESPIRATORIAS, ATRAGANTAMIENTOS, PÉRDIDAS DE CONSCIENCIA, CONVULSIONES, QUEMADURAS, INTOXICACIONES, HEMORRAGIAS, LESIONES POR FRÍO, ESGUINCES, FRACTURAS, AMPUTACIONES, ALTERACIONES DE LA GLUCOSA EN SANGRE,** sino también **LO QUE NO HAY QUE HACER,** a veces más importante que hacer mal la asistencia.

Hemos cumplido un cuarto de siglo dedicado al Bienestar y la Salud, especialmente dedicado a la **PROMOCIÓN DE LA SALUD** que tal y como nos indicaba el Profesor Dr. D. Valentín Fuster en la Clausura de Soria Saludable 2019, es la acción más importante de la medicina y a la que deberíamos dedicar mayor dedicación en la Sociedad Actual.

Los escolares y adolescentes –semillas del futuro-, así como las mujeres sorianas -agricultoras de esos semilleros- han sido las dianas sobre las que hemos interactuado especialmente en estos 25 años, con la colaboración extraordinaria de la Dirección Provincial de Educación y su profesorado, amas de casa y los profesionales de los medios de comunicación sorianos.

Gracias a todos por vuestro soporte y credibilidad en este proyecto saludable , que hubiera sido imposible sin el apoyo humano y material de Caja Rural de Soria, su Presidente –D. Carlos Martínez- y su Consejo Rector.

Dr. Juan Manuel Ruiz Liso
Director FCCR



1. SISTEMAS INTEGRALES DE EMERGENCIAS

Podemos definirlos como un conjunto de recursos materiales y humanos, cuya finalidad primordial es la recepción de las solicitudes de asistencia urgente (urgencias subjetivas o sentidas por la población), su análisis y clasificación (urgencia objetiva), y la resolución de las mismas según su prioridad, con los recursos disponibles más adecuados.

El número 112 es desde 1999 el número único vigente en Castilla y León, integra la atención sanitaria urgente, atención policial y de Fuerzas y Cuerpos de seguridad o la de grupos de rescate, salvamento y extinción de incendios.

Puede llamar al 112 desde un teléfono fijo o desde un móvil aunque en esa zona su compañía no disponga de cobertura (siempre que haya cobertura de alguna otro operador), no tenga saldo, o el móvil esté bloqueado. Le pueden atender en 5 idiomas: español, inglés, francés, alemán y portugués.

La parte de respuesta sanitaria corre a cargo de Emergencias Sanitarias, servicio de SACYL integrado en el nº 112, de ámbito autonómico. Su objetivo es proporcionar asistencia a las urgencias y emergencias sanitarias extra hospitalarias y coordinar los diferentes niveles asistenciales sanitarios que intervienen en la asistencia urgente. Durante 2018 se gestionaron 265.226 llamadas de demanda asistencial en Castilla y León, de las que 8.652 correspondieron a demandas de Soria.

Los recursos con que cuenta Emergencias Sanitarias en la Comunidad son:

- 1 Centro Coordinador de Urgencias (CCU), único, situado en Valladolid
- 23 Unidades Móviles de Emergencias (UME)



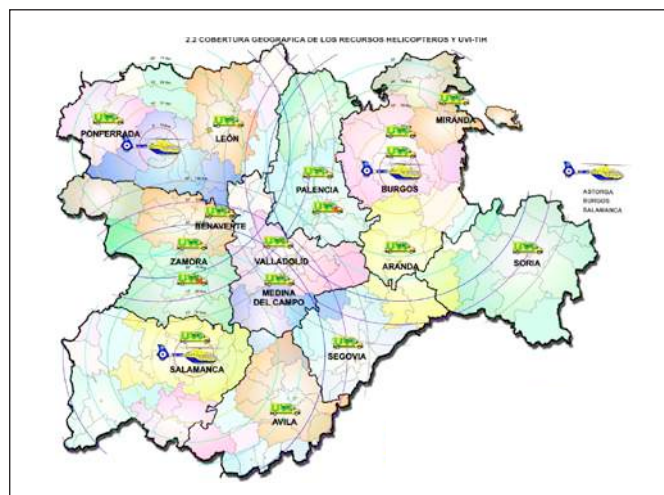
- 3 Helicópteros Sanitarios
- 17 UVIs móviles de transporte interhospitalario
- 117 Ambulancias de Soporte Vital Básico (ASVB)

De todo ello, en Soria disponemos de:

- 1 UME situada en Soria Capital
- 1 UVI móvil de transporte interhospitalario
- 8 ASVB situadas en Ágreda, Almazán, Arcos de Jalón, Burgo de Osma, San Esteban de Gormaz, San Leonardo, Covalada y en Soria capital.

¿Cuándo llamar al 112 por un problema sanitario? En todas aquellas situaciones en las que peligre la vida del paciente, como pueden ser:

- Accidentes
- Cuadros de dificultad respiratoria
- Dolor torácico
- Intoxicaciones graves
- Pérdida de consciencia
- Problemas neurológicos
- Urgencias pediátricas



¿Cómo llamar al 112?

Una vez comunica su problema de salud le transfieren la llamada a la parte sanitaria del CCU donde será atendido por un médico. A pesar de la tensión y la dificultad del momento debe mantener la calma. Hay una serie de datos que son vitales para poder atender correctamente la emergencia:

- ¿Qué ocurre, cual es el motivo de la llamada?
- Dirección o localización lo más exacta posible del incidente
- Número de personas afectadas (si hay más de una como en un accidente de tráfico)
- Síntomas o situación de las víctimas

2. PRIMEROS AUXILIOS

Podemos definirlos como las conductas de ayuda y cuidados iniciales que se proporcionan ante una enfermedad o lesión aguda.

Pueden ser iniciados por cualquiera.

Para proporcionar Primeros Auxilios usted debería:

- Reconocer, evaluar y priorizar la necesidad
- Utilizar las competencias adecuadas, saber lo que hay que hacer
- Reconocer las limitaciones, no hacer aquello para lo que no estamos preparados.
- Buscar ayuda cuando sea preciso.

Los objetivos de los Primeros auxilios son:

- Preservar la vida
- Aliviar el sufrimiento
- Prevenir una enfermedad o lesiones posteriores
- Promover la recuperación

Por todo ello, si se encuentra ante una urgencia:

- Mantenga la calma, no se precipite. La tensión del momento y los nervios juegan muchas veces "malas pasadas" y hace que cometamos errores.
- Actúe de forma lógica. Haga aquello para lo que está preparado. Piense siempre en su seguridad. La seguridad es vital en casi todas las situaciones, pero sobre todo en aquellas en las que influyen causas externas, accidentes de tráfico, ambientales etc.

- Número de teléfono desde el que llama, es posible que se puedan poner de nuevo en contacto con usted.
- Cualquier información que con sentido común pueda ser útil, víctimas atrapadas, accesos cortados etc
- Además de responder a las preguntas que desde el CCU nos puedan plantear

Piense que usted es el nexo de unión entre la/las víctimas y los equipos de ayuda. No corte la comunicación bruscamente. A pesar de que le estén preguntando por teléfono, los distintos servicios operativos ya pueden haber sido activados y estar en camino.



No se ponga en riesgo innecesariamente. Si actuando con seguridad propia puede contribuir a aumentar la seguridad de otros hágalo.

- No actúe sobre la/las víctimas si no tiene conocimientos. Es suficiente con comunicar la emergencia (112) y acompañar a la víctima o enfermo.
- Observe la situación y la evolución de la/las víctimas. Las situaciones de urgencia y emergencia son dinámicas, pueden cambiar y eso puede ser necesario ponerlo en conocimiento de los sistemas de emergencia (112)
- La llamada a emergencias 112 es el mecanismo que activa la puesta en marcha de las ayudas. Hágala después de tener claro que no corre ningún riesgo. También valore y recoja datos sobre lo que ocurre. El momento de hacer la llamada es de máxima tensión y nerviosismo, pero debe mantenerse lo más calmado posible. La información que usted



aporte es vital para que el resultado sea más favorable. Hay una información que es básica:

- ¿Qué ocurre? Que es lo que ha pasado, una pérdida de consciencia, una caída, un accidente de tráfico...
- ¿Dónde? Debe ser lo más preciso posible. Piense que localizar un domicilio con su calle, número, piso...es fácil, pero si es en un paraje la cosa se complica. El operador al otro lado del teléfono no tiene que enterarse bien de donde es el suceso. No de nada por sentado. Por ejemplo Calle Mayor, Calle Real etc. hay en prácticamente todos los sitios, no dé por sentado que saben de dónde llama, así diga la dirección lo más completa y exacta posible.
- Su número de teléfono, sobre todo si utiliza marcación oculta. Piense que es usted como alertante el nexo de unión entre la/las víctimas y los equipos de emergencia. Podría darse el caso de que tuvieran que llamarle.
- Número aproximado de heridos si hay más de uno (ej. Accidente de tráfico)
- Estado en el que se encuentra, consciente, inconsciente, síntomas que presenta.
- Cualquier otra información que con sentido común pueda ser necesario aportar, por ejemplo si en un accidente hay víctimas atrapadas, o de difícil rescate, o hay algún peligro sobreañadido (incendio, derrumbe...), si la vía de acceso está cortada etc.
- Además el Teleoperador nos puede hacer alguna pregunta para tener mayor información
- No corte la comunicación bruscamente, no muestre su enfado con la persona al otro lado del teléfono porque sienta que está perdiendo el tiempo. En muchas ocasiones mientras están hablando con usted los equipos de emergencia ya han sido alertados y se han puesto en camino. Recuerde que los profesionales con los que habla no son los que van a acudir a prestar la atención. Todo lo que usted aporte les ayuda y en definitiva, ayuda a la/las víctimas.
- Trate de aportar tranquilidad a otros testigos, evite actos precipitados por parte de otras personas presentes.

- Evite movilizaciones innecesarias, sobre todo si la víctima ha sufrido un traumatismo.
- Podría darse la circunstancia inversa y tener que movilizar con urgencia ante un riesgo inminente para la víctima (pero como hemos dicho antes piense siempre primero en su seguridad)

Como medidas generales que pueden servirnos en gran número de situaciones, no siempre, diremos:

- Si el paciente está consciente y no ha sufrido un traumatismo importante, manténgalo en una posición en que esté cómodo, sentado, tumbado...como mejor se encuentre. Si está inconsciente en posición lateral de seguridad (de lado, como en el dibujo)
- Aflójele la corbata, cinturón y todo aquello que le incomode
- Manténgalo a una temperatura adecuada. En general todas las víctimas (enfermedad y accidente), suelen perder calor, sobre todo si están en el suelo. Aunque la temperatura sea buena para nosotros, debemos considerar cubrirlos. Lógicamente hay excepciones como fiebre alta, patología por calor (golpe de calor etc.)...
- También como norma general no dé de comer ni de beber a la víctima inicialmente.
- Tranquilice y acompañe. No deje a la/las víctimas solas salvo que sea imprescindible.



Observe, la situación es dinámica, a veces mejora o se mantiene, pero en ocasiones empeora. Vigile la aparición en la víctima de palidez, sudoración fría, alteraciones en la respiración, disminución del nivel de consciencia etc. Puede ser necesario informar de estos cambios al centro coordinador de urgencias (CCU).

Y no olvide que siempre puede consultar al 112 ante cualquier duda sobre que hacer o no hacer.



POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)

Retire las gafas de la víctima y aquellos objetos que lleve y puedan romperse y lesionar a la víctima. La que le mostramos a continuación es una forma de las muchas variantes que hay, cada escuela tiene su forma no habiendo una superior a otra por lo que debemos acostumbrarnos a una y practicarla.

1. Sitúese en el lateral sobre el que va a girar a la víctima. Si no sospecha lesiones, coloque el brazo más cercano a usted en ángulo recto con la mano hacia la cabeza.
2. Si no sospecha lesiones, coja el otro brazo en ángulo recto y diríjalo hacia usted
3. Si no sospecha lesiones flexione la rodilla contraria en ángulo de manera que apoye el pie en el suelo
4. Colocando sus manos en el hombro y rodilla contralaterales de un tirón haciendo rodar a la víctima hacia su posición. Una vez aquí reposicione, coloque la mano debajo de la cara para protegerla, la pierna superior póngala formando un ángulo recto en cadera y rodilla. Todo ello dará estabilidad a la víctima evitando que se "ruede" de manera accidental.



PARADA CARDIORESPIRATORIA

Es la situación más grave que nos podemos encontrar, no admite demora. Tenemos que actuar con rapidez. Reconocer una parada cardíaca puede suponer todo un reto.

CADENA DE SUPERVIVENCIA

La Parada Cardíaca súbita es una de las principales causas de muerte en Europa. En los primeros instantes, hasta un 76% está causado por una arritmia del corazón llamada fibrilación Ventricular. La Reanimación Cardiopulmonar y la

desfibrilación eléctrica precoz constituyen el tratamiento de elección, formando parte de lo que se conoce como Cadena de Supervivencia

La Cadena de Supervivencia constituye un conjunto de eslabones necesarios para una Reanimación exitosa. Son 4:

- 1.- Reconocimiento de la situación y llamar 112
- 2.- Reanimación Cardiopulmonar Básica precoz por testigos
- 3.- Desfibrilación precoz
- 4.- Cuidados avanzados precoces por los servicios de emergencias



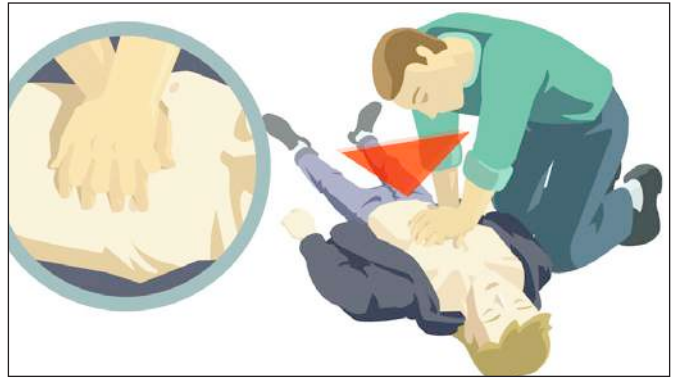
Usted es fundamental en los 3 primeros



1.- Reconozca situaciones peligrosas para la víctima como dolor torácico (posible Infarto de Miocardio), inconsciencia (Parada cardiorespiratoria, lctus...), atragantamiento.....y alerte al Sistema 112.

2.- Si el paciente no responde y no respira con normalidad o no respira, Inicie las maniobras de Reanimación cardiopulmonar con compresiones torácicas y ventilaciones boca a boca. Si tiene ayuda pida que localice un desfibrilador y se lo traiga.

3.- Cuanto que lo tenga úselo y siga sus instrucciones. Continúe hasta lleguen los servicios de emergencias o la víctima se recupere.



RECUERDO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) CON COMPRESIONES Y VENTILACIONES

Asegúrese de que usted, la víctima o cualquier testigo están seguros

Evalúe a la víctima, sacúdale los hombros y pregúntele “¿Se encuentra bien?” Si responde actúe según la situación. Solicite ayuda al 112 si lo precisa.

Si no responde solicite ayuda a algún testigo y siga con la vía aérea, colóquela boca arriba, ponga una mano sobre la frente e incline suavemente la cabeza hacia atrás. Con los dedos de la otra mano sobre el mentón elévelo para abrir la vía aérea (MANIOBRA FRENTE-MENTÓN)

Respiración, VER, OIR y SENTIR. Valore si respira con normalidad. No confunda con “boqueadas” lentas y ruidosas que ocurren al principio de una parada cardiorespiratoria. Si tiene dudas actúe como si no respirase

NO RESPONDE PERO RESPIRA CON NORMALIDAD Colóquelo en una posición de seguridad (de lado, como en el dibujo) mientras alerta a los servicios de emergencias. Permanezca con la víctima y reevalúe constantemente.





NO RESPONDE Y NO RESPIRA O NO RESPIRA CON NORMALIDAD. Alerta a los servicios de Emergencias si no lo ha hecho todavía, o pida que lo haga su ayudante (si lo tiene). El centro coordinador le ayudará telefónicamente a hacer una reanimación (ponga manos libres del teléfono)

Si está usted solo siga el resto de maniobras de RCP, si tiene ayuda envíele a buscar un desfibrilador rápidamente.

INICIE COMPRESIONES TORÁCICAS. Arrodílese junto a la víctima. Coloque el talón de una mano en el centro del pecho, sobre la mitad inferior del esternón. Coloque su otra mano encima de la primera entrelazando los dedos.

Colóquese verticalmente sobre la víctima, con los brazos rectos en ángulo de unos 90° sobre la superficie, con las manos ejerciendo la presión sobre el esternón.

Comprima el pecho por lo menos 5 centímetros, pero no más de 6, tras comprimir permita que el pecho recupere su posición. No pierda el contacto de sus manos con el pecho. Ritmo de 100 a 120 compresiones al minuto.

VENTILACIONES. Si está usted formado y es capaz, combine las compresiones torácicas con las ventilaciones de rescate...

Tras 30 compresiones abra la vía aérea usando la maniobra FRENTE-MENTÓN. Pince la nariz con el dedo índice y el pulgar de la mano que sujeta la frente para evitar fugas de aire.

Inspire normalmente y coloque sus labios sellando la boca del paciente. Insufle aire durante 1 segundo aproximadamente observando cómo se eleva el pecho de la víctima.



Retire su boca y permita que el aire salga viendo como el pecho baja.

Inspire normalmente de nuevo por segunda vez y coloque sus labios sellando la boca del paciente. Insufla aire durante 1 segundo aproximadamente observando cómo se eleva el pecho de la víctima.

NO META MUCHO AIRE, solo como en una respiración suya normal.

Recupere la posición de las manos en el centro de la víctima y de otras 30 compresiones.

Continúe y mantenga este ritmo de 30 compresiones alternando con 2 ventilaciones

RITMO 30:2

USAR EL DESFIBRILADOR (DEA). En cuanto tenga el DEA úselo. Póngalo en marcha. Coloque los parches adhesivos sobre el pecho desnudo del paciente. Si tiene un ayudante puede colocar los parches mientras usted continúa las maniobras de reanimación.

Siga las instrucciones visuales y sonoras del aparato. Asegúrese de que nadie toca a la víctima mientras el DEA analiza el ritmo.

Si la descarga **SI** está indicada asegúrese que nadie toca a la víctima y de una descarga., oprima el botón. Reinicie inmediatamente la RCP con 30 compresiones y 2 ventilaciones alternas. Continúe y siga las instrucciones visuales y sonoras que dé el DEA.

Si la descarga **NO** está indicada continúe con las maniobras de RCP, 30 compresiones y 2 ventilaciones alternas. Continúe con las instrucciones visuales y sonoras que le dé el DEA.

Si no dispone de DEA continúe con la RCP hasta que:

- Llegue el equipo de emergencias
- La víctima se recupere: se mueva, abra los ojos, respire con normalidad
- Usted se agote



RECUERDO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) SOLO CON COMPRESIONES

Los primeros pasos son exactamente iguales hasta el inicio de las compresiones torácicas, en este caso no se alternarán con ventilaciones.

INICIE COMPRESIONES TORÁCICAS. Arrodílese junto a la víctima. Coloque el talón de una mano en el centro del pecho, sobre la mitad inferior del esternón. Coloque su otra mano encima de la primera entrelazando los dedos.

Colóquese verticalmente sobre la víctima, con los brazos rectos en ángulo de unos 90° sobre la superficie, con las manos ejerciendo la presión sobre el esternón.

Comprima el pecho por lo menos 5 centímetros, pero no más de 6, tras comprimir permita que el pecho recupere su posición. No pierda el contacto de sus manos con el pecho. Ritmo de 100 a 120 compresiones al minuto continuo sin interrupciones.

USAR EL DESFIBRILADOR (DEA). En cuanto tenga el DEA úselo. Póngalo en marcha. Coloque los parches adhesivos sobre el pecho desnudo del paciente. Si tiene un ayudante puede colocar los parches mientras usted continúa las compresiones.

Siga las instrucciones visuales y sonoras del aparato. Asegúrese de que nadie toca a la víctima mientras el DEA analiza el ritmo.

Si la descarga **SI** está indicada asegúrese que nadie toca a la víctima y dé una descarga., oprima el botón. Reinicie inmediatamente la RCP con compresiones a un ritmo de 100 a 120 por minuto. Continúe con las instrucciones visuales y sonoras que dé el DEA.

Si la descarga **NO** está indicada continúe con las maniobras de RCP, dé compresiones a un ritmo



de 100 a 120 por minuto. Continúe con las instrucciones visuales y sonoras que dé el DEA.

Si no dispone de DEA continúe con la RCP hasta que:

- Llegue el equipo de emergencias
- La víctima se recupere: se mueva, abra los ojos, respire con normalidad
- Usted se agote

ATRAGANTAMIENTO. OBSTRUCCION DE LA VIA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) o atragantamiento es una causa poco frecuente, pero potencialmente tratable, de muerte accidental.

Habitualmente ocurre mientras la víctima está comiendo o bebiendo, se suele incorporar muy agitado echándose manos al cuello en un gesto muy característico



Si estamos presentes, la víctima estará consciente. Es muy importante para diferenciarlo de otros problemas que lo observemos y le preguntemos "¿Se está atragantando?"

Si es un atragantamiento, podemos enfrentarnos a 2 situaciones, una obstrucción leve o parcial, y una obstrucción grave o completa de la vía aérea.

En el caso de ser una obstrucción leve la víctima puede respirar, toser y contestará a la pregunta que le hemos hecho.

Lo único que haremos será animarle a toser. No hay ninguna maniobra que hagamos nosotros mejor que la propia tos de la víctima para resolver la situación.

En el caso de que la víctima presente una obstrucción completa no podrá hablar y no responderá nuestra pregunta, no podrá toser y prácticamente no podrá respirar. En este caso necesitará su ayuda.

Nos colocaremos al lado de la víctima sujetándole el pecho con una mano e inclinándolo ligeramente hacia adelante (para favorecer la salida del cuerpo extraño que obstruye)

Con la palma de la mano daremos hasta 5 golpes en la espalda, en la zona entre las escápulas, estando atento a si tras cada palmada hemos resuelto la obstrucción

Esto lo alternaremos con 5 compresiones abdominales. Nos colocamos detrás de la víctima y le abrazamos con nuestros brazos inclinándolo un poco hacia adelante.

Ponemos nuestro puño cerrado sobre el abdomen, en un punto medio entre su ombligo y el final del esternón.

Nuestra mano libre abarca nuestro puño.

Comprimos fuerte y rápido hacia adentro del abdomen de la víctima y hacia arriba. Hasta 5 veces.

Si la obstrucción persiste, alterne 5 palmadas en la espalda con las con 5 compresiones abdominales. En el momento en que se expulse el cuerpo extraño que obstruye y se soluciona la situación, deje de dar palmadas o compresiones.

Si la víctima pierde la consciencia coloque a la víctima con cuidado sobre el suelo, active inmediatamente el servicio de emergencias 112 y comience la RCP con compresiones.

Después de 30 compresiones intente dar 2 ventilaciones de rescate, continúe así hasta que la víctima se recupere y respire con normalidad.

Las víctimas con tos persistente, dificultad para tragar o sensación de cuerpo extraño en la garganta deben ser trasladadas para valoración médica.

Igualmente deben ser trasladados aquellas víctima que hayan recibido compresiones torácicas o abdominales por las posibles lesiones internas provocadas.



DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN CARDIACO

Ocurre por una alteración entre la oferta y la demanda de oxígeno en el propio corazón. Puede ser desencadenado por factores como el ejercicio, el frío, el estrés, una comida copiosa, una emoción etc. El paciente suele definirlo como una "presión" en el centro del pecho o sobre la mamila izquierda, a veces en la "boca del estómago". Puede irradiar hacia mandíbula, espalda, hombros y brazos (más el izquierdo). En ocasiones se acompaña de sudoración, palidez, mareo, náuseas, vómitos... Esta es la forma de presentación clásica aunque hay variantes e incluso cursar sin dolor o como una pérdida de consciencia.

¿QUÉ HACER?

Evite que haga esfuerzos, procúrele comodidad, aflojar corbatas, cinturones que molesten, avise al servicio de emergencias 112 y siga sus consejos, indique si tiene antecedentes cardíacos y si lleva pastillas o aerosol de solinitrina. Permanezca con el paciente, no lo abandone. Si pierde la consciencia vigile la respiración e informe de la nueva situación al 112, podría ser una parada cardiorespiratoria y sería necesario iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar.

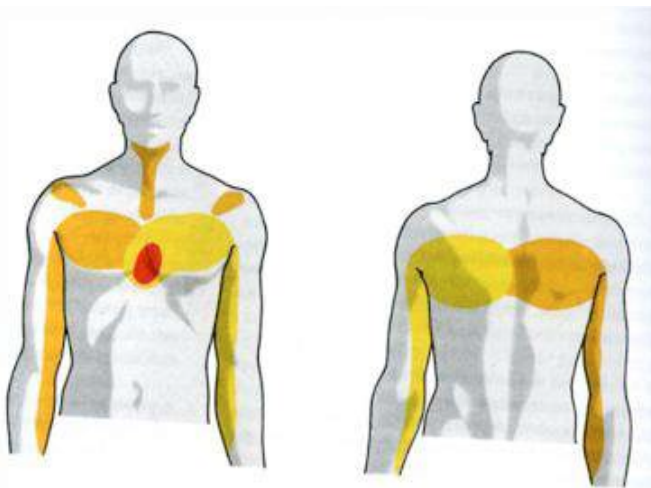
En 2015 el ERC o Consejo Europeo de Resucitación recomendó que si no hay alergias o alguna circunstancia que lo contraindique (problemas de estómago, gastritis, úlceras etc), dar 150-300 miligramos de Acido Acetil Salicílico (Aspirina®) masticados antes de tragarlos, reduce la mortalidad cardiovascular ante la aparición de dolor torácico sospechoso de ser un un infarto de miocardio.

QUÉ NO HACER

Pensar que se va a pasar solo, achacarlo a otro problema banal, dar un analgésico habitual y dejar que pase un rato "a ver si se pasa" y no llamar al 112 de forma precoz. Piense que en esta patología "el tiempo es corazón".

Si las características del dolor hacen que sea dudoso el origen cardíaco, no se debe de dar la Aspirina®.

No deje sola a la víctima salvo que sea imprescindible.



DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA

La persona puede presentar un aumento del número de respiraciones, ser estas muy ruidosas, hacerlas con gran trabajo, aleteo nasal (apertura de las fosas nasales al inspirar), gran dificultad para hablar, coloración azulada de labios y piel, disminución o pérdida de consciencia.

¿QUÉ HACER?

Mantenga la calma e intente tranquilizar al paciente. Colóquelo sentado, es una posición en la que puede que respire algo mejor. Llame al teléfono de emergencias 112 e informe de la situación. Averigüe si la víctima tiene oxígeno en su domicilio y si toma algún tratamiento inhalado y coméntelo en ese caso al Centro Coordinador de Urgencias. Afloje la corbata y aquello que le dificulte la respiración.

Vigile el nivel de consciencia y la respiración por si la víctima sufriera un parada cardiorespiratoria y precisase de maniobras de reanimación cardiopulmonar inmediatas.

Si ha sido brusco y mientras comía valore la posibilidad de que sufra un atragantamiento e ini-

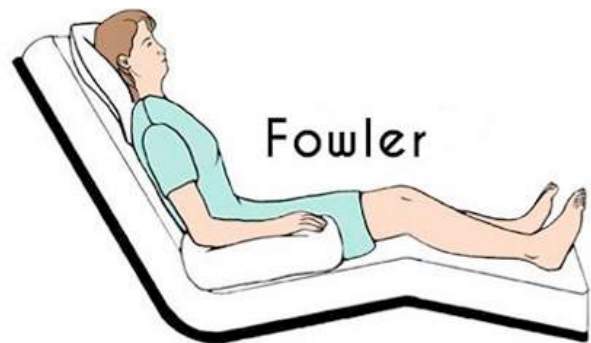
cie las maniobras para desobstruir la vía aérea.

QUÉ NO HACER

No le de bebida ni comida ni la deje sola salvo que sea imprescindible.

Si la víctima deja de emitir "ruidos" al respirar es un error presuponer que está mejorando. Lo habitual es lo contrario, no emite ruidos porque está dejando de respirar.

Mantener a la persona tumbada boca arriba y con una almohada bajo la cabeza puede ser perjudicial. En general en esa posición se dificulta la respiración. Suelen respirar mejor sentados o semisentados (posición de Fowler)



PERDIDA DE CONSCIENCIA

Las pérdidas transitorias de consciencia son situaciones provocadas por una disminución del flujo sanguíneo cerebral, bien provocadas por una disminución de la tensión arterial, por una disminución de la frecuencia de bombeo del corazón o bien por una mezcla de ambas. Es un problema relativamente frecuente, y la mayor parte de las veces son situaciones sin importancia, con buen pronóstico. Ciertas circunstancias lo favorecen como estar mucho tiempo de pie, ambientes calurosos, "ver sangre o heridas" etc. A veces las personas que lo sufren notas síntomas premonitorios como sudoración, sensación de que "se nubla la vista" (visión borrosa), debilidad, pitidos de oídos, náuseas etc.

¿QUÉ HACER?

Si ya ha pasado alguna vez y se reconocen los síntomas premonitorios lo mejor es evitarlo, sentados con la cabeza baja entre las piernas o tumbados puede evitar que la situación progrese a una pérdida de consciencia.



Si ya ha ocurrido, lo primero ante un paciente inconsciente es ver si responde a estímulos y si respira con normalidad, porque caso de que la respuesta a ambas cuestiones sea negativa estaríamos ante una parada cardiorrespiratoria e implicaría una situación de extrema urgencia que precisa maniobras de reanimación Cardio pulmonar inmediatas.

Mantenga la calma, valore la situación e informe al 112 de lo sucedido. No abandone a la

víctima y colóquela en posición lateral de seguridad (de lado). Vigile la respiración y la evolución de los acontecimientos por si presenta convulsiones o algún tipo de movimientos extraños, si aparecen vómitos etc. Cuando llegue el equipo de emergencias apórtale toda esa información que ha recopilado, como ha sucedido, que hacía cuando ha ocurrido, si se ha quejado de algo etc. Será de vital importancia, mucho más si la víctima aún no ha recuperado la consciencia.

QUÉ NO HACER

Probablemente el error más común que se comete con estas personas es precipitarnos e incorporarlos demasiado pronto. Muchas ocasiones estos episodios ocurren en vía pública o en lugares con personas ajenas presentes. En un intento por solucionar el tema pronto, evitar la vergüenza etc, se incorpora pronto a estas personas, sin haber terminado de recuperar la causa desencadenante, y ocurre un nuevo mareo o incluso una nueva pérdida de consciencia. Por ello, si no hay nada que lo impida, mantenga a la persona tumbada, en posición lateral de seguridad mientras esté inconsciente, en la medida que se va recuperando puede elevarle las piernas para ayudar a que la recuperación sea más rápida y no lo cambie a sentado o de pies precipitadamente.

No de comidas o bebidas como norma general, y si lo hace nunca antes de que haya recuperado la consciencia. En ocasiones, y según la causa, aportar líquidos puede ser útil, ante la duda siga las instrucciones del personal del 112.

CONVULSIONES

Una convulsión se produce por una actividad eléctrica anormal del cerebro. Hay de varios tipos con movimientos bruscos de brazos y/o piernas, contracción de la mandíbula, rigidez y/o flacidez de los músculos; aunque hay algunas que cursan sin ningún tipo de movimientos. Las convulsiones clásicas cursan en 3 fases, una primera de contracción mantenida de la musculatura (fase tónica), seguida de una fase de sacudidas musculares más o menos violenta en brazos y piernas (fase clónica), y una fase posterior en la que el paciente queda prácticamente sin tono muscular, flácido (proscritico). Normalmente son episodios cortos auto limitados, que ceden en pocos minutos.

En niños las más habituales son las convulsiones febriles.



¿QUÉ HACER?

Mantenga la calma. Compruebe que la persona respira, a veces las paradas cardiorespiratorias debutan como una convulsión, en ese caso precisaría de maniobras de reanimación cardiopulmonar. Coloque a la víctima en una zona "no peligrosa", una almohada o algo cómodo bajo la cabeza, aleje aquellas estructuras que puedan ser golpeadas con los movimientos bruscos de la



víctima y le puedan lesionar. Llame al 112 para explicar lo sucedido. Si la persona tiene antecedentes de episodios previos (epilépticos por ejemplo) puede que tengan medicación para estos casos. Consulte si es así al médico del 112 que hacer.

Cuando ceda la fase de movimientos coloque a la víctima de lado (posición lateral de seguridad)

QUÉ NO HACER

Evite contener con firmeza a la persona, podría provocar lesiones tipo luxación de articulaciones. No le coloque nada entre los dientes, ni trapos ni palos ni objetos duros, y por supuesto no introduzca sus dedos para evitar que se muerda la lengua. En general las mordeduras de lengua son leves y cicatrizan sin problemas.

No den nada por boca y nunca hasta no recuperar la consciencia completamente.

En niños con fiebre no los metan en un baño de agua fría con la intención de bajar la temperatura rápidamente.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR AGUDO. ICTUS.

El ictus es una lesión vascular localizada en el cerebro, de causa no traumática. Tiene varias formas de presentación, bien por "falta de riego" que da lugar al ictus isquémico o por sangrado siendo el ictus hemorrágico.

¿QUÉ HACER?

Lo primero en estas ocasiones es valorar el nivel de consciencia y la respiración "normal", para descartar que no estemos ante una parada cardiorespiratoria que precisa maniobras inmediatas de reanimación cardiopulmonar. En el ictus es muy importante reconocer el problema, sospecharlo y llamar rápidamente al 112. Al igual que en el infarto agudo de miocardio "el tiempo es corazón", en el caso del ictus "el tiempo es cerebro". Por ello la llamada debe ser precoz.

Pueden tener dolor de cabeza repentino e intenso sin otra causa que lo justifique, pérdida de visión de uno o los dos ojos. Hay una serie de elementos que nos ayudan a sospecharlo;

- Asimetría facial. Personas que de repente se les tuerce la boca sin poder controlarlo, o se cierra un ojo sin poder abrirlo. Pídale que sonría y enseñe los dientes.
- Movilidad de brazos. De repente se le caen las cosas de las manos, pierden fuerza y/o sensibilidad, o no pueden mover nada. También puede afectar a las piernas y sospecharlo por dificultad para caminar o mantenerse de pie.
- Lenguaje. Hablando previamente bien, empiezan a hablar mal, se les entiende con dificultad o no pueden hablar.

La aparición de cualquiera de estos elementos, con uno es suficiente, debe hacernos sospechar que estamos ante un ictus y llamar al 112.

Aparte de todo ello las medidas generales habituales de comodidad, aflojar corbatas y cinturones, posición lateral de seguridad (de lado) si está inconsciente respirando, etc.



Signos de que se esta sufriendo un Ictus o Accidente cerebrovascular

1	2	3
		
Desviación de los rasgos faciales de un lado de la cara o asimetría facial	Hemiplejía o parálisis de un lado del cuerpo.	Incoherencia al habla desorientación o imposibilidad de responder una pregunta



QUÉ NO HACER

Quizás el error más común e importante es no sospecharlo y no alertar a los sistemas de emergencia de forma precoz.

QUEMADURAS

Es la lesión en la piel y/o las mucosas producida por el contacto de las mismas con agentes físicos, químicos, eléctricos o radiaciones. Hay diferentes grados según la profundidad, siendo más graves cuanto más profundas y extensas sean. También influye en la gravedad la zona donde se produzca, las enfermedades previas que tenga la víctima, y la edad (más graves en niños y ancianos).

¿QUÉ HACER?

Mantenga la calma. Seguridad en la zona empezando por usted. Si puede hacerlo de forma segura, sin ponerse en riesgo, trate de retirar a la víctima de la fuente que ha producido la quemadura.

Si es una quemadura de importancia o existen riesgos avise al servicio 112 y siga sus instrucciones.



Si la quemadura ha sido producida por electricidad asegúrese que la corriente ha sido cortada.

Si las ropas de la víctima están encendidas trate de apagarlo con una manta o alguna prenda.

Para quemaduras no muy extensas es necesario enfriar la quemadura con agua, irrigando la zona abundantemente. Además de aliviar algo el dolor evitará que la quemadura siga progresando (piense que aunque haya sido apartado de la fuente de calor, la quemadura sigue profundizando, por ello la enfriamos con agua). En este caso hay que tener cuidado con el peligro de provocar a la víctima una hipotermia, cuidado con quemaduras

duras extensas, o niños o agua muy fría). Puede cubrir la quemadura con una apósito limpio y acudir a un centro sanitario.

Retire joyas y objetos que en caso de hincharse la zona puedan comprometer la circulación.

Si la quemadura es por salpicadura a un ojo lávelo abundantemente con agua o suero durante largo rato y acuda a un centro sanitario para valoración.

QUÉ NO HACER

No utilice extintores para apagar una persona con la ropa encendida.

No utilice agua si la quemadura es por productos químicos en la piel y extensa, algunos productos producen reacciones con el agua y podrían aumentar los daños. Si es posible averigüe el productor químico y consulte al 112 que hacer.

No retire la ropa adherida a la piel, la no adherida puede retirarla.

No perfore las ampollas que se formen, existe riesgo de infección.

No vendar zonas quemadas juntas (ejemplo los dedos se vendan por separado)

No utilice remedios caseros tipo pasta de dientes en pequeñas quemaduras. Se consigue mejor efecto analgésico irrigando la zona con agua durante unos minutos.

INTOXICACIONES

Tóxico es cualquier sustancia química que sea capaz de producir la muerte, heridas u otros efectos perjudiciales en el organismo. La intoxicación es la reacción del organismo ante el contacto con cualquier sustancia tóxica.

Los síntomas causados por las intoxicaciones son muy variados: alteraciones del nivel de consciencia incluso coma, convulsiones, dificultad para respirar, vómitos, diarrea, quemaduras alrededor de la boca, labios, piel, alteración de las pupilas (muy grandes o pequeñas), dolor de estómago, trastornos de visión.

¿QUÉ HACER?

Lo más importante son las medidas preventivas, evitar en la medida de lo posible que se produzca

la intoxicación (guardar medicamentos y productos de limpiezas en armarios altos si hay niños, no usar botellas sin etiquetas para guardar productos tóxicos, no comer latas abombadas o que desprenden mal olor o con problemas de conservación, no comer setas desconocidas o dudosas, mantener quemadores en buen estado con sus revisiones periódicas etc.)

Si sospecha una intoxicación mantenga la calma. Compruebe si la víctima responde a los estímulos y si respira. Si no responde ni respira "con normalidad" está ante una parada cardiorespiratoria que precisa maniobras de reanimación cardiopulmonar inmediata. Si está inconsciente pero respira colóquelo en posición lateral de seguridad (de lado).



Llame al sistema de emergencias 112 indicándole toda la información que pueda recoger, tipo de tóxico, cantidad, hora aproximada de la intoxicación, mezclas con otros (alcohol, drogas etc), vía de intoxicación (digestiva, inhalada, piel, intravenosa). Siga las instrucciones que le den desde el 112.

Un capítulo especial merece las intoxicaciones por monóxido de carbono, un gas incoloro, inodoro y no irritante (hay quien lo llama “el asesino silencioso”). En esta época invernal son prácticamente diarias las intoxicaciones que acontecen en Castilla y León. Se producen por mala combustión de calentadores de agua, braseros, barbacoas, chimeneas, también por los gases de escape de automóviles, humo de incendios etc.

Los síntomas son variados, los más frecuentes son dolor de cabeza (el más frecuente), náuseas, vómitos, adormecimiento, pérdida de consciencia, debilidad muscular y taquicardia. Hay que sospecharlo ante personas con estos síntomas, si hay algún sistema de llama de los comentados y sobre todo si hay más de una persona con los mismos síntomas.

Hay que abandonar la estancia o la casa y salir al aire. El tratamiento fundamental de esta intoxicación es aportar oxígeno.

Números de información útiles ante intoxicaciones:

- 112
- Servicio de información toxicológica 91 562 04 20



MONÓXIDO DE CARBONO: SINTOMAS

NO TIENE COLOR - NO TIENE OLOR - NO TIENE SABOR

QUÉ NO HACER

Como norma general no debe inducir el vómito salvo que se lo indique el médico del 112. Nunca lo haga si la víctima ha ingerido cáusticos, ni si el paciente tiene un nivel de consciencia bajo o está inconsciente.

Hay una serie de errores bastante comunes:

- Pensar que la leche es un antídoto que sirve para todas las intoxicaciones.
- Pensar que ante la intoxicación por un ácido hay que dar un alcalino y a la inversa
- Dar café con sal o similar para inducir el vómito en intoxicaciones por alcohol. Como norma general no de nada de comer ni beber salvo indicación del 112.
- Si usted sospecha una intoxicación es un error esperar a que aparezcan los síntomas para consultar.
- En casos de intoxicaciones por gases piense en medidas de autoprotección, por ello es un error entrar en la zona sin equipos de respiración autónoma. Espere a los equipos de emergencia y no se ponga en riesgo.

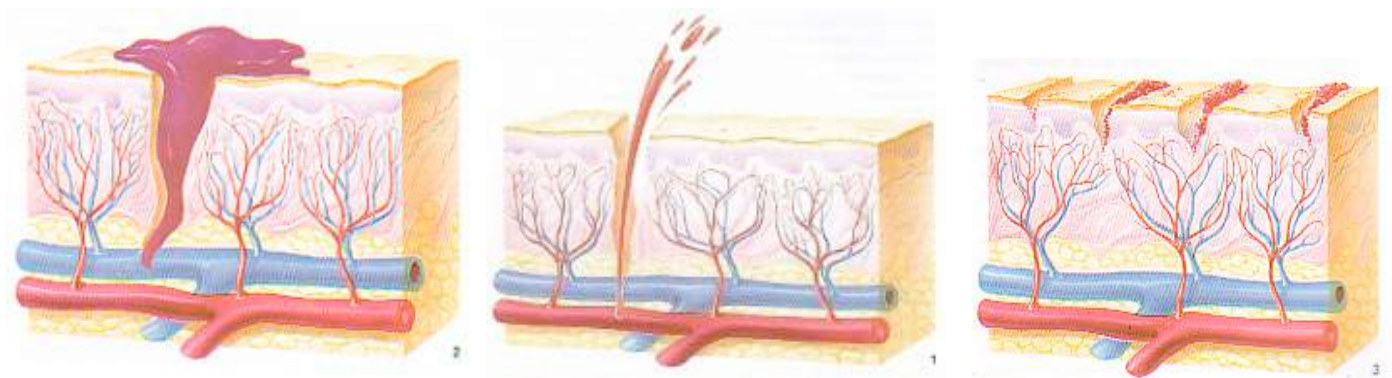


HEMORRAGIAS

Se producen por la salida de sangre de los vasos sanguíneos. Pueden ser externas, fácilmente diagnosticables porque son visibles, o internas mucho más difíciles de diagnosticar y hay que sospecharlas. La gravedad de las hemorragias depende de la cantidad de sangre "perdida" y la velocidad con que se pierde (hemorragias importantes que se producen de manera lenta son mejor toleradas que hemorragias menores pero bruscas)

Las hemorragias externas son de 3 tipos: **Arteriales** las más peligrosas y llamativas, sangran abundantemente, en forma de "pulsos" siguiendo los latidos del corazón, sangre roja brillante y más difíciles de cohibir; **Venosas** menos graves, sangre oscura no tan brillante, sangrado constante, sin "pulsos", más fácilmente controlables y **Capilares** las más leves, aparecen pequeños puntos sangrantes que van confluyendo, se controlan muy bien e incluso cesan solas.

Un tipo bastante común de hemorragia es la epíxtasis o hemorragia nasal.



¿QUÉ HACER?

Considere medidas higiénicas y de autoprotección (guantes)

La mayor parte de las hemorragias ceden con compresión. Coloque un apósito limpio sobre la zona sangrante y comprima con paciencia, en ocasiones requerirá bastante rato. Si esto no es suficiente y es en brazos o piernas elévelos (siempre que no sospeche fracturas). Si el paño o gasas que ha colocado se empapa de sangre coloque otro encima, no retire el que está justo sobre la herida porque si se está formando coagulo al quitarlo lo arrastrará y volverá al principio. Si no consigue controlarla o es grave de entrada llame al sistema 112 y siga sus instrucciones.

En el caso de epíxtasis suene las fosas nasales, primero una y luego la otra para limpiar restos de coagulo que pueda haber y que dificultan el control, una vez sonadas ambas fosas eche la cabeza de la persona hacia adelante y comprima un rato. La mayoría cesan así.



Aplicar presión directa sobre las heridas externas con un trozo de tela esterilizada o con la mano y mantener la presión hasta que el sangrado cese



En el caso de hemorragias internas hay que sospecharlas, la víctima puede estar pálida, sudorosa (sudoración fría llamativa), puede tener el nivel de consciencia bajo, considerar antecedentes de traumatismos, ingesta de fármacos “agresivos” para el estómago como los antiinflamatorios, valorar como son las heces de la víctima (son muy sospechosas heces negras brillantes, muy mal olientes, se producen por sangrado en el tubo digestivo y la sangre al sufrir la digestión provoca ese color). Si sospecha una hemorragia interna alerte al servicio 112 sin demora, si la persona permanece consciente colóquelo tumbado elevando un poco las piernas.

Si la persona está inconsciente respirando colóquelo en posición lateral de seguridad (de lado)

Si la víctima no responde a estímulos y no respira con normalidad estará ante un parada cardio-respiratoria que precisa maniobras de reanimación cardiopulmonar inmediatas.



QUÉ NO HACER

Colocar un simple vendaje puede ser insuficiente, hay que ejercer presión sobre el punto sangrante. No retire las gasas en contacto con la herida si quiere cambiarlas, deje las últimas en contacto con la herida, así podrá controlarla mejor.

Es un error bastante común en el caso de hemorragia nasal decir a la persona que eche la cabeza para atrás. No sirve para nada, lo único que hacemos es convertir el sangrado anterior (hacia el exterior) en un sangrado posterior (hacia garganta), pero no controla la hemorragia, seguirá sangrando,



LESIONES OCASIONADAS POR FRÍO

Las lesiones que provoca el frío podemos diferenciar según afecten a todo el cuerpo que hablaremos de Hipotermia y si afecta una localización concreta tendremos una Congelación.

La **hipotermia** se produce generalmente por exposición a temperaturas bajas sin suficiente abrigo. Intervienen muchos factores como temperatura ambiental, presencia de viento, humedad etc.

Se considera que hay hipotermia cuando la temperatura central es menor de 35° C (la temperatura que medimos habitualmente con nuestros termómetros no es una temperatura central sino periférica y es entre 1 y 2 grados menor que la temperatura central). Solo vamos a referirnos a los casos de hipotermia leve (entre 35° y 32° C) pues son los más habituales. En estos casos tenemos el antecedente de exposición a un am-



biente frío, la víctima está consciente aunque puede estar algo apático o confuso, con aumento de la frecuencia cardiaca (taquicardia) y de la frecuencia respiratoria (taquipnea) inicialmente que poco a poco irán disminuyendo por debajo de lo normal (bradicardia y bradipnea), y un dato muy importante presenta escalofríos en un intento del organismo de generar calor con el temblor muscular. Cuidado con los pacientes que sin calentarlos dejan de temblar, suele indicar que la hipotermia está empeorando.



Respecto a las **Congelaciones** decir sólo que es fundamentalmente un problema vascular por acción del frío de forma localizada. Hay diferentes grados según la profundidad. Son poco frecuentes en nuestro medio aunque no se pueden descartar en zonas montañosas durante la época invernal (montañeros, escaladores, excursionistas etc)

¿QUÉ HACER?

En el caso de hipotermia hay que retirar al paciente del ambiente frío (siempre con seguridad propia) y recalentarlo de forma activa y progresiva, ropa de abrigo seca, ambiente cálido, darle a beber líquidos calientes. Si no es suficiente o la situación evoluciona mal llamar al 112. También si hay depresión del nivel de consciencia y/o si antes de calentarlo cesan los escalofríos.

Si el paciente pierde la consciencia pero respira colocarle en posición lateral de seguridad (de lado), en el caso de que no respire o no lo haga "con normalidad" inicie maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Las congelaciones también requieren un calentamiento progresivo sumergiendo la parte afecta en agua templada a la cual aumentaremos poco a poco la temperatura sin exceder los 40° C, y ayuda especializada.



QUÉ NO HACER

Mantener a la víctima en un ambiente frío si se puede evitar.

Darle bebidas alcohólicas en un intento equivocado de que "entre en calor". El alcohol favorece la pérdida de calor.

En el caso de congelaciones frotar enérgicamente la zona o romper las posibles ampollas que se puedan formar. Tampoco poner las partes congeladas muy próxima a zonas de llama (chimenea por ejemplo) o bolsas o elementos caliente directamente encima. Solo iniciar medidas de calentamiento si se está seguro de que no existe el riesgo de volver a congelarse



ESGUINCES, LUXACIONES Y FRACTURAS



Esguince: Rotura total o parcial de uno o varios ligamentos que dan estabilidad a una articulación.

Luxación: Pérdida de contacto de la superficie articular de los huesos que forman una articulación.

Fractura: Rotura de un hueso con afectación de los tejidos blandos que lo rodean.

Estas lesiones pueden darse a la vez, no es extraño que haya un esguince asociado a una fractura o una fractura luxación por ejemplo.

Puede encontrar dolor, inflamación y edema, hematomas, deformidad, incapacidad para mover o al contrario movilidad anormal donde no la debería haber, si ha habido fractura puede notar "crepitación" que está producida por el roce de las porciones de hueso fracturadas entre sí.

¿QUÉ HACER?

En el caso del esguince la primera medida a tomar es aplicar hielo localmente, poner frío en la zona evitará que se hinche demasiado y aliviará algo el dolor. No se coloca directamente sobre la piel sino protegido por un trapo para evitar lesionar la piel por el frío. Se puede colocar de for-

ma intermitente, dejando de aplicarlo un rato si molesta. Un vendaje compresivo no demasiado apretado (que no moleste) y colocar la extremidad en alto ayudan.

En el caso de luxaciones y fracturas hay que inmovilizar la zona con los medios que tengamos, la mayor parte de las veces serán muy rudimentarios, una revista, unos palos, unos bastones de caminar, una bufanda, un pañuelo de cuello etc nos pueden servir. La inmovilización tiene varios efectos positivos, alivia el dolor ya que parte del dolor se produce por el movimiento de los huesos fracturados, evita que se dañen más las estructuras blandas, contribuye a que el sangrado sea menor, disminuye pues la inflamación de la zona y todo ello implica una mejor curación. Si la fractura es abierta (la zona fracturada comunica con el exterior por una herida en la piel), tape la herida con un paño o apósito limpio.

Todas las fracturas producen un sangrado alrededor de la rotura. Ese sangrado será mayor cuanto más "grande" sea el hueso. Así una fractura de un hueso pequeño como un metacarpiño de la mano no tiene trascendencia, pero una fractura de un hueso grande como el fémur de la pierna puede provocar la pérdida de 1 a 2 litros



de sangre lo que podría poner a la víctima en situación de shock hipovolémico. Si la situación lo requiere avise sin demora al servicio 112 y siga sus instrucciones. Si la víctima pierde la cons-

ciencia y respira colóquela en Posición Lateral de Seguridad (de lado), y si está inconsciente y no respira o no respira con "normalidad" inicie las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

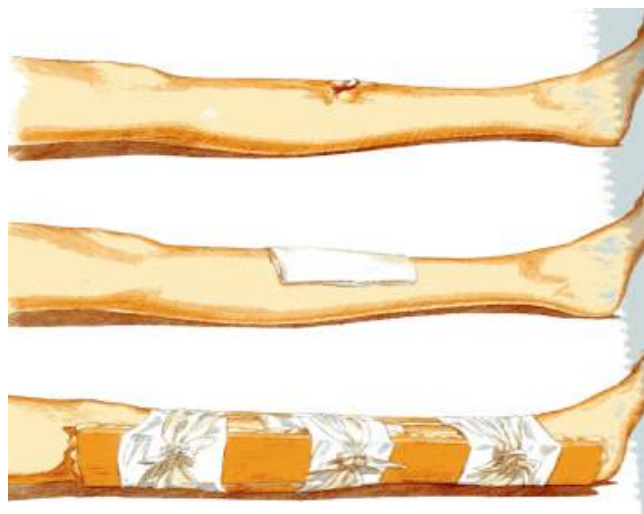


QUÉ NO HACER

Es un error no aplicar frío y dejar la zona en posición baja, ello contribuirá a que el sangrado y la inflamación sea mayor lo cual implicará una curación más larga y complicada.

En el caso de luxaciones y fracturas no debe intentar recolocar el hueso.

En el caso de fracturas abiertas, con el hueso saliendo por la herida de la piel no debe intentar reintroducirlo dentro, cúbralo con un paño limpio e inmovilice así la zona.



AMPUTACIONES

En caso de encontrarnos ante un miembro o una parte de un miembro amputada nos enfrentamos a 2 problemas, por un lado la víctima y por otro la porción amputada.

¿QUÉ HACER?

Sobre la víctima mantener la calma, pensar en cuestiones de seguridad para nosotros y la víctima. Un problema que podemos tener es la presencia de hemorragia más o menos importante. Trataremos de cohibirla con presión sobre el miembro. Si podemos vendar la zona con un vendaje limpio ayudaremos e evitar la infección.

Ponernos en contacto con el servicio 112 para informar de lo sucedido y seguir sus instrucciones.

Sobre la parte amputada evitar manipularla lo máximo posible, envuélvalo en un paño limpio

y algo húmedo y métalo en una bolsa lo más estanca posible y todo ello introdúzcalo en un recipiente con agua y hielo, todo ello contribuye a aumentar el tiempo de viabilidad de la parte amputada para un posible reimplante. El miembro amputado debe viajar junto con el paciente al hospital.



El ERC (European Resuscitation Council) o Consejo Europeo de Resucitación dio en 2015 una serie de consejos sobre primeros auxilios entre los que podemos destacar:

ADMINISTRACIÓN DE BRONCODILADORES

En niños y adultos jóvenes asmáticos con dificultad respiratoria, administrar un broncodilatador reduce el tiempo de resolución de los síntomas.

2ª DOSIS DE ADRENALINA EN LA ANAFILAXIA

La anafilaxia es una reacción alérgica potencialmente mortal que requiere conocimiento e intervención inmediatos. La adrenalina revierte la situación siendo el fármaco más importante administrado en los primeros minutos de una reacción alérgica grave. Normalmente son personas que tienen antecedentes y conocen su problema (picadura de avispas o abejas, frutos secos etc), y tienen a mano la medicación. Esta viene en auto inyectores precargados con 2 presentaciones para adultos y para niños (con diferente dosis de fármaco). La llamada al servicio 112 debe ser precoz.

Si pasados 5 a 15 minutos de poner la 1ª dosis no ha mejorado, o si reaparecen los síntomas está indicado poner una 2ª dosis de adrenalina si tenemos disponible un segundo auto inyector.



TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia en un paciente diabético es una complicación relativamente frecuente que debe ser reconocida. Síntomas típicos como sensación de hambre, dolor de cabeza, temblor, agitación, sudoración, comportamientos alterados (similar a una “borrachera”) o agresividad, e incluso pérdida de consciencia. Ante un paciente que presenta estos síntomas debemos sospecharlo (si se puede, confirmar con una determinación de la glucemia) y si el paciente está consciente darle tabletas de glucosa u otra forma de azúcar de absorción rápida por boca para corregir la situación. Si es paciente está inconsciente no de nada por boca por el riesgo de atragantamiento y llame al servicio 112 y siga sus instrucciones.



AVULSIÓN DENTAL

Tras una caída o un traumatismo en la cara se puede dañar o arrancar un diente. La reimplantación inmediata del mismo es la intervención de elección. Si no se puede hacer de inmediato la reimplantación, se puede conservar el diente en diferentes medios. Hay que considerar la disponibilidad de los mismos y el tiempo en que va a estar en ese medio.

Así un buen medio de conservación por su disponibilidad y su duración (6 a 12 horas) es la **clara de huevo**.

Otros medios más “populares” tienen resultados controvertidos. Así la **leche** es quizás lo más utilizado, pero solo es útil en periodos cortos (30 minutos). Algo parecido ocurre con el **suero fisiológico**, solo sirve para periodos cortos (30 minutos). Otro medio habitual es mantenerlo en la propia boca con la **saliva**, tiene el mismo perfil que los anteriores, solo sirve para periodos cortos (30 minutos a 1 hora), tiene la ventaja de que siempre está disponible.

El agua es un mal medio y se desaconseja.



SORIA CARDIOPROTEGIDA

LOCALIZACIÓN DE DESFIBRILADORES CAJEROS AUTOMÁTICOS y DESAs en CAJA RURAL



24 HORAS

OFICINAS DE Caja rural de Soria

- Diputación, 1
- Avda. Mariano Vicén 39
- Camaretas
- Francisco de Agreda, 2
- Avda. Valladolid, 7
- Plaza de Mariano Granados nº 2.

POLICÍA LOCAL. Obispo Agustín, 1

POLICIA NACIONAL
Comisaría Nicolás Rabal 9

CUARTEL DE LA GUARDIA CIVIL
Eduardo Saavedra 2

PALACIO CONDES DE GÓMARA
AUDIENCIA PROVINCIAL



- Centro de Salud **Soria Norte**
- Centro de Salud Soria Sur. **La Milagrosa**
- Hospital de La **Virgen del Mirón:**
Entrada al hall
- Hospital de **Santa Bárbara.**
Urgencias y Pasillo Rx. Planta baja

CENTROS MÉDICOS

- **PAMA.** Ronda Eloy Sanz Villa 2
- **ASISA.** Pasaje Mariano Vicén
- **MC Mutual.** Venerable Palafox, 2 bajo
- **Mutua Universal.** Avda Duques De Soria 1

JORNADA LABORAL SIN FESTIVOS

- **Delegación Territorial**
Junta de Castilla y León. Linajes 1
- **Centro radiológico Saiz-Santana**
Manuel Blasco 6 Bajo

DESAs en:

1.- Todos los Centros de Salud

2.- Consultorios:

Duruelo de la Sierra
Golmayo (Las Camaretas)
Hontoria del Pinar
Langa De Duero
Medinaceli
Navaleno
Osma
Tardelcuende
Vinuesa



- Ayuntamiento de **Soria (4):**
Policía Local (2: Comisaría Local y Móvil en Coche Patrulla)
Bomberos (En Camión Anti-Incendios) y Polideportivo de La Juventud
- Ayuntamiento de **Duruelo de la Sierra.**
- Ayuntamiento de **Covalada**
- Ayuntamiento de **Ágreda**
- Ayuntamiento de **Cueva de Agreda**
- Ayuntamiento de **Valdemaluque**
- Ayuntamiento de **Alconaba**
- Ayuntamiento de **Fuentecantos**
- Ayuntamiento de **Almazán**
- Ayuntamiento **San Leonardo de Yagüe.**
- Ayuntamiento de **Fuentearmegil**
- Ayuntamiento de **Retortillo**
- Ayuntamiento de **Arcos de Jalón**
- Ayuntamiento de **Almarza**
- Ayuntamiento de **Narros**
- Ayuntamiento de **Medinaceli**
- Ayuntamiento **Montejo de Tiermes**

El resto de los 105 DESAs de Soria se pueden localizar en Soria corazón

EDITA: Fundación Científica Caja Rural de Soria. Ejemplar gratuito. D.L. SO-1/2012.

Puede consultar esta y otras publicaciones de la FCCR en la web: www.fundacioncajarural.net

