# Tema 7. Primeros auxilios: Valoración inicial del accidentado como primer interviniente. Asistencia al accidentado con maniobras de soporte ventilatorio y/o circulatorio básico como primer interviniente. Atención inicial de primeros auxilios en situaciones de emergencia sin parada cardio‐respiratoria. Intervención de apoyo psicológico al accidentado, familiares e implicados en la situación de urgencia como primer interviniente.



# 1. Valoración inicial del accidentado como primer interviniente.

Los **Primeros Auxilios** se consideran aquellas técnicas básicas que se realizan en el primer momento en el que se atiende a una persona que sufre una enfermedad o accidente, con el fin de salvar su vida o minimizar el riesgo de sus lesiones.

Se pueden definir **EMERGENCIA médica** cuando la asistencia se realiza de forma inmediata, limitada en la intervención y en el tiempo, mientras se espera asistencia sanitaria o se traslada al enfermo al hospital.

Para ello se debe seguir la **conducta P.A.S** que consiste en: Proteger, Alertar y Socorrer

**Proteger.**

- A nosotros mismos.

- El entorno.

- Al accidentado.

- Evitar nuevos accidentes y minimizar daños.

**Alertar – Llamar 112.**

- A los servicios de urgencia.

- Informar: Identificarnos, donde y que a pasado, N.º y estado de los heridos.

**Socorrer.**

- Sin perder la calma y sin hacer nada que no sepamos.

- Valoración Primaria: Mantener las constantes vitales.

- Primero al herido más grave (no al que más grita).

No es suficiente con la “Buena voluntad”, ni siquiera el hecho de estar en el lugar del siniestro.

LA **AYUDA debe** ser: Adecuada, Pertinente, Bien orientada y Sabiendo qué hacer y qué evitar.

## 1.1. Pasos en la evaluación inicial.

* **Valoración Primaria**. Reconocimiento de las constantes vitales. Reanimación Cardio Pulmonar (R.C.P.). Tratar problemas que amenazan la vida.
* **Valoración secundaria.** Una vez aseguradas las funciones vitales. o Exploración detallada por niveles. Traslado al centro hospitalario y Tratamiento definitivo en hospital.

### 1.1.1. Valoración primaria.

En una emergencia sanitaria la asistencia inicial se centra en una valoración sistematizada, que se llama **ABC** y se emplea como una regla nemotécnica permitiendo el enfoque sistemático del problema.

Para ello, la valoración inicial se desarrolla de maneta secuencial. Se distribuye varias fases y tiene un orden concreto, de manera que no se puede pasar de una fase a otra, sin que se haya solucionado la anterior.

El Método A, B, C: proviene del inglés:

* **“A”: Airway Abrir vía aérea**
* **“B”: Breathing Buena ventilación**
* **“C”: Circulation Circulación**

VALORACION INICIAL.

A. Abrir la vía Aérea con control cervical y estado de consciencia. Hay que comprobar que la vía aérea esté permeable. Se valorará cuando la víctima esté inconsciente mediante las maniobras de apertura y desobstrucción.

B. Buena ventilación.

* **VER el movimiento del tórax.**
* **OÍR la respiración del lesionado.**
* **SENTIR el aliento del lesionado en la mejilla.**

Si no respira o la ventilación está comprometida, se deberán realizar las maniobras de Reanimación Cardio Pulmonar.

C. Circulación con control de hemorragias.

Hay que reconocer con prontitud si existe Parada Cardio Respiratoria (PCR) es decir: **Paciente inconsciente y que No respira**.

Si existen hemorragias externas hay que controlarla inmediatamente mediante compresión directa y Reconocer signos de Shock

### 1.1.2. Valoración secundaria.

IDENTIFICACIÓN:

* Nos identificamos.
* Identificamos al paciente.

PREGUNTAS:

* ¿Qué le ocurre?
* ¿Dónde le duele?
* ¿Cómo ocurrió?
* ¿Cuál cree que es la causa? Antecedentes personales.
* ¿Le ha ocurrido antes? ¿Toma alguna medicación? ¿Sufre alguna enfermedad?
* ¿Ha comido?: ¿Cuándo? ¿Que?
* ¿Es alérgico?: ¿A qué?

A. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:

a. Nivel de consciencia:

* Escala A-V-D-N.
* Escala de Glasgow.

b. Pupilas:

* Tamaño, Reactividad, Simetría.

c. Sensibilidad y motricidad de las extremidades

d. Signos de focalización:

* Paraplejia / Cuadriplejia.
* Cerrar los ojos.
* Soplar.
* Fruncir el ceño.

B. RESPIRACIÓN:

* Frecuencia.
  + Niños de meses 30 respiraciones por minuto
  + Niños hasta seis años 26 respiraciones por minuto
  + Adultos 12-15 respiraciones por minuto
  + Ancianos <12 respiraciones por minuto
* Ritmo.
* Profundidad.

C. CIRCULACIÓN:

* PULSO: Frecuencia, Ritmo, Fuerza.
* Relleno Capilar.

D. TEMPERATURA:

* Hipotermia < 35ºC.
* Febrícula De 37,1 a 37,9.
* Fiebre, pirexia o hipertermia: > 38ºC.

E. EXPLORACION POR SEGMENTOS CORPORALES

* Inspección y palpación somera

**PRIMER INTERVINIENTE.** Se define como la persona que, formando parte de la “Cadena de Supervivencia” que tiene contacto inicial con el paciente, identifica la situación de emergencia, alerta a los servicios de emergencia e inicia maniobras de reanimación “In Situ”.

En el medio extra-hospitalario, el accidente o la enfermedad repentina se puede producir en tres entornos diferentes:

* **Espacio público** (calle, comercio, estación, carretera…): Son lugares complicados para los Primeros Auxilios: debido a la meteorología, luz, riesgos inesperados, estrés ambiental, falta de recursos, personas que nos rodean, los medios de comunicación, etc. La primera acción debe ir encaminada a PROTEGER. Analizar los posibles riesgos y tratar de establecer un entorno seguro. Si entre el público hay gente con conocimientos de socorrismo y se ofrecen a ayudar se puede / debe formar un EQUIPO. Otras veces habrá que pedir ayuda a los “espectadores” asignando tareas
* **Domicilio o empresa:** Suelen tener obstáculos físicos que impiden o limitan la vía de acceso para asistir al accidentado. Es importante buscar un espacio amplio para trabajar con eficiencia
* **Centro sanitario No hospitalario:** Centro de salud, Servicio médico de empresa, Servicio médico de un centro deportivo.

# 2. Asistencia al accidentado con maniobras de soporte ventilatorio y/o circulatorio básico como primer interviniente.

Para el desarrollo de este apartado se siguen varios manuales de la Cruz Roja y el programa de **Reinicia un corazón de la European Resucitation Council** (ERC) **(2020).**

## 2.1. Parada cardio respiratoria (PCR).

Es la **interrupción brusca** e inesperada de la respiración y la circulación sanguínea espontáneas.

Se considera una P.C.R.: la falta de una respiración normal (apnea) y la respiración en bocanadas o agónica. Es un proceso “potencialmente reversible” que requiere una actuación inmediata por parte de testigos. El factor tiempo es fundamental para el inicio de las Maniobras de RCP y para pedir ayuda.

## 2.2. Reanimación cardio pulmonar (RCP).

Se considera al conjunto de **maniobras dirigidas** a tratar una Parada cardiaca. Su objetivo es aportar a los tejidos una perfusión y oxigenación de emergencia que mantenga las posibilidades de supervivencia.

La RCP está INDICADA en cualquier persona en PCR**, salvo:**

- Cuando hay certeza de excesivo tiempo sin RCP (irreversible) excepto en situación de hipotermia y ahogamiento

- PCR como consecuencia de una enfermedad incurable. Conocida y esperada siguiendo indicaciones médicas.

- Con signos inequívocos de muerte.

Pondremos FIN a las maniobras cuando:

- Se recupera la respiración espontánea.

- Llega la ayuda especializada que se queda a cargo del paciente.

- Se certifica el fallecimiento por un médico.

- No hay posibilidad de seguir con las maniobras.

## 2.3. Soporte vital básico (SVB).

Incluye además de la RCP otros conocimientos para poder actuar en emergencias:

### 2.3.1. Cadena de supervivencia.

Son las acciones que conectan a la víctima de un paro cardiaco súbito con su supervivencia. Resume los pasos vitales necesarios para llevar a cabo una Resucitación con éxito.

Estas acciones incluyen:

1. El reconocimiento precoz de la situación de urgencia y la activación de los servicios de emergencia.

2. Resucitación Cardiopulmonar (RCP) precoz.

3. Desfibrilación precoz.

4. Soporte Vital Avanzado junto a cuidados postresucitación (si la víctima se recupera del paro cardíaco).

### 2.3.2. Reanimación cardiopulmonar.

Cuando se observe que una persona está inconsciente y no respira, hay que iniciar rápidamente las maniobras de "REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR".

1. Asegurar el lugar de los hechos. Se deben eliminar los peligros que puedan comprometer tu seguridad, la del paciente o la del resto de personas presentes.

2. Comprobar el estado de consciencia de la víctima. Arrodillarse a la altura de los hombros de la víctima y sacudirle con suavidad. Se debe acercarse a la cara y peguntar en voz alta cómo se encuentra: Si responde: dejar a la víctima en la posición que se encuentra y se procede a la realización de una valoración secundaria. Si no responde: (Se sigue el punto 3).

3. Pedir ayuda, pero sin abandonar a la víctima, para ello se coloca a la víctima boca arriba con piernas y brazos alineados sobre una superficie plana y rígida, y el tórax al descubierto (posición de reanimación).

4. Abrir la vía aérea. colocar una mano sobre la frente y con la otra tira del mentón hacia arriba, con ello se evita que la lengua no permita la entrada de aire a los pulmones.

5. Comprobar si la víctima respira normalmente, manteniendo las vías aéreas abiertas

a. Si la víctima respira con normalidad:

i. Colocar en posición lateral de seguridad (PLS). o Llamar al 112 o busca ayuda.

ii. Comprobar que sigue respirando periódicamente.

b. Si la víctima no respira normalmente: (se sigue el punto 6).

6. Pedir ayuda, llamar al 112 o pedir a alguien que lo haga, iniciando 30 compresiones torácicas en el centro del pecho.

7. Realiza 2 insuflaciones con la vía aérea abierta (frente-mentón) y la nariz tapada. Si el aire no pasa en la primera insuflación, asegúrate de estar haciendo bien la maniobra frente mentón y realiza la segunda insuflación, entre o no entre aire.

8. Alterna compresiones - insuflaciones en una secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) a un ritmo de 100/120 compresiones por minuto.

9. No interrumpas hasta que la víctima inicie respiración espontánea, te agotes o llegue ayuda especializada.

****

Figura 1. Algoritmo de aplicación de la RCPB.

### 2.3.3. Desfibrilación externa semiautomática (DESA).

I. Encender el DESA (Algunos se activan al coger los electrodos).

II. Colocar los electrodos en el pecho descubierto de la víctima.

- Si el paciente tiene un parche de medicación se debe retirar.

- En caso de tener implantado un marcapasos (o un DAI), colocar el electrodo a una distancia de más de 10 cm si es posible.

- Rasurar el vello si fuera necesario para pegar bien los electrodos.

- Seque el pecho si está húmedo o mojado.

- Asegurarse que el paciente no se encuentra en contacto con ninguna superficie metálica o sobre el agua.

III. Seguir las instrucciones del DESA.

**NO TOCAR A LA VÍCTIMA CUANDO EL DESA ESTÉ ANALIZANDO EL RITMO**

IV. Si el DESA **indica que está indicada** la descarga

- “NO TOQUE A LA VÍCTIMA NI DEJE QUE OTROS LO HAGAN”

- Apriete el botón de descarga.

V. **Después del choque eléctrico o si no está indicado** el choque:

- No buscar signos de circulación.

- Iniciar las compresiones torácicas y ventilaciones durante 2 minutos que controlará el DESA.

- Al finalizar los 2 minutos el DESA avisará que va a analizar el ritmo.

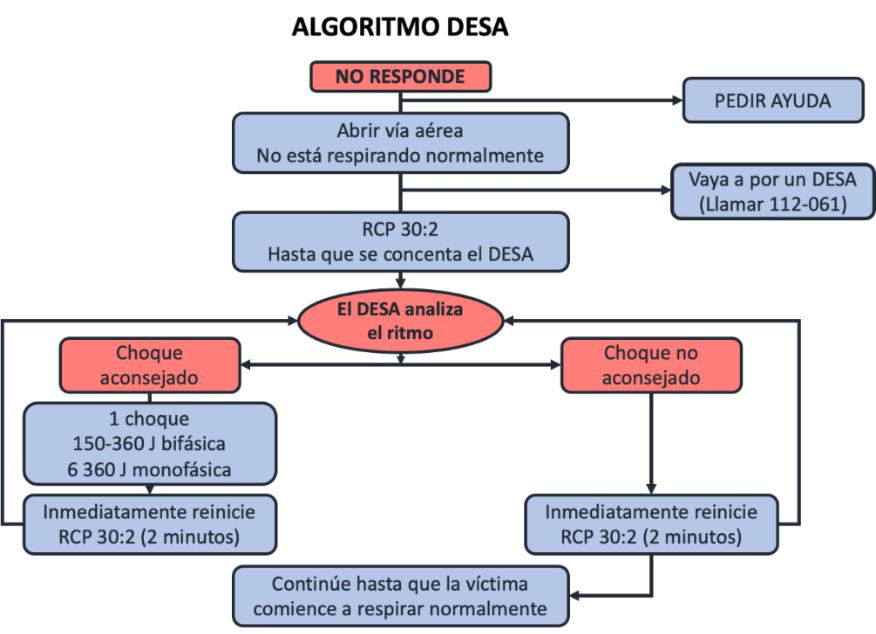


Figura 2. Algoritmo DESA.

A modo de resumen el ERC desarrolla el protocolo en la siguiente figura 3, especificando paso por paso las actuaciones a realizar.

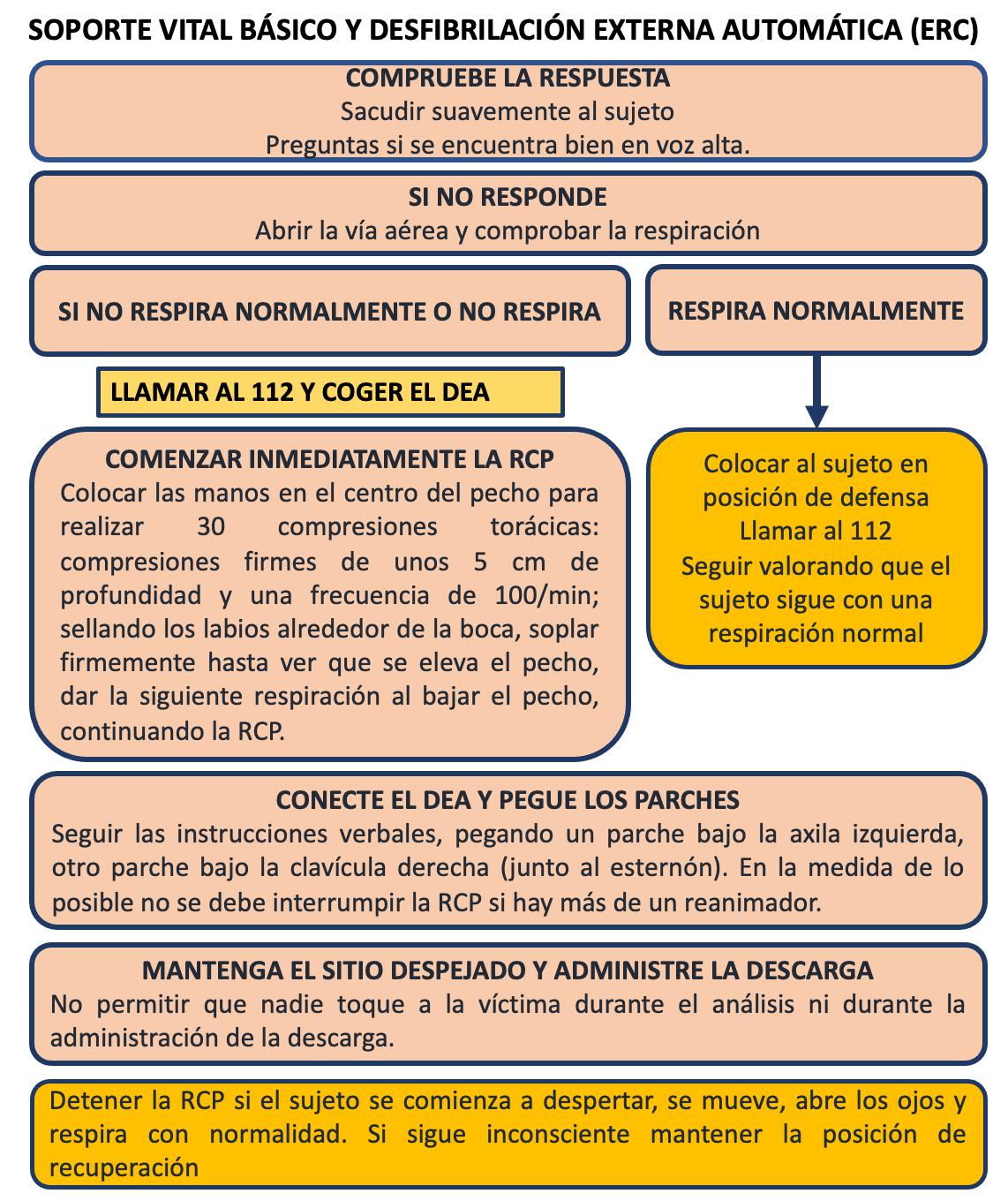


Figura 3. Soporte vital básico y desfibrilación externa automática (ERC).

## 2.4. RCPB en casos especiales: embarazadas, lactantes y niños.

En este epígrafe se describen 2 supuestos en los que se debe variar el procedimiento de aplicación de la RCPB, por un lado, la RCPB infantil (diferenciando entre niños de 1-8 años y lactantes); y por otro lado las mujeres embarazadas.

### 2.4.1. Reanimación cardio pulmonar básica infantil.

PCR es, en su mayoría, **de origen respiratorio.**

1º Un minuto de RCP.

- 5 ventilaciones de rescate.

- 15 compresiones / 2 ventilaciones.

2º Pedir ayuda.

3º Seguir RCP.

Captura de pantalla con fondo verde

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Figura 4. Soporte Vital Básico pediátrico (ERC).

Diferencias con la RCP del adulto:

Niños de 1 a 8 años:

- Boca a Boca con Insuflaciones proporcionales.

- Compresiones con 1 MANO hundiendo 1/3 diámetro anteroposterior del tórax.

Lactantes:

- Compresiones con 2 dedos.

- Boca a Boca-Nariz o 1 segundo y valorar.

### 2.4.2. RCP en embarazadas.

La prioridad es hacer una **RCP de calidad retirando**, en lo posible, **la compresión aortica.**

Para ello, se debe comenzar la **RCP se debe descubrir el tórax** y se pone a **la gestante inclinada hacia el lado izquierdo**, ya que facilita el flujo sanguíneo.

En un segundo paso se realizan las c**ompresiones torácicas siguiendo el mismo procedimiento que en el resto de población**.

La recomendación es de ciclos de **30 compresiones y dos respiraciones**. Del mismo modo, es posible el uso de un **DESA “siempre”** siguiendo los pasos marcados por el servicio médico de emergencias.

## 2.5. Maniobra de Heimlich.

En una situación donde la persona que se está atragantado no puede hablar, ni toser o respirar, aunque sea con dificultad, se considera que la obstrucción de las vías aéreas o **atragantamiento es incompleta**. Por ello, se recomienda **animar a que tosa fuerte**, aunque sin darle palmadas en la espalda y sin intentar sacar el objeto con nuestros dedos.

Por el contrario, si no puede hablar, toser ni respirar, se considera que la obstrucción de la vía aérea o **atragantamiento es completa.** Normalmente, la víctima realiza señales de la falta de aire y que no puede respirar llevando ambas manos al cuello. Por ello y debido a la gravedad de la situación se tiene que pedir ayuda médica: **llamar al 112**, tratando de explicar lo que ocurre.

Si la obstrucción completa de la vía aérea ocurre en un niño mayor de un año o a una persona adulta, hay que colocarse por detrás y dar **5 palmadas fuertes en la espalda**, entre ambos omóplatos; si no se consigue hacer salir el cuerpo extraño, se debe rodear con los brazos, colocando la **mano cerrada (un puño) justo por encima del ombligo** y colocar la otra mano encima, realizando **5 compresiones rápidas y vigorosas**, hacia arriba y hacia adentro del abdomen (**Maniobra de Heimlich**).

Se pueden alternar palmadas en la espalda con las compresiones abdominales hasta que consigas expulsar el cuerpo extraño, o hasta que llegue la ayuda médica.

Si la persona no puede hablar, toser ni respirar y **está inconsciente:** Iniciar maniobras de **RCP.**

### 2.5.1. Accesorios de desobstrucción de la vía aérea.

En la actualidad, en el mercado español existen 2 dispositivos:

* Lifevac
* Dechoker

**LIFEVAC** Consiste en una máscara parecida a las mascarillas de ventilación que se utilizan habitualmente, y que permite el sellado a la cara. Un segundo componente de este dispositivo es un generador de succión parecido a un embolo. Es parecido a un “desatascador” que origina una aspiración al comprimirla. La conexión entre los dos componentes dispone de **una válvula unidireccional** que controla la dirección de la presión del flujo de aire hacia el exterior e impide que le cuerpo extraño se desplace hacia abajo.

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=r3laGl51Vbw>

**DECHOKER:** dispositivo que consta de una mascarilla para poder sellar la boca y la nariz. Tiene un tubo que **se coloca encima de la lengua** y todo ello va unido a un cilindro con un embolo para la aspiración. Hay dispositivos para niños a partir de 12 meses y otros dos modelos más según edad y tamaño.

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=FI4PAiUce7E&list=PLYua9wsQ0QYhfjdIOdhPE9v51MSAAXFYU>

A pesar de existir ambos dispositivos en el mercado, existen **dudas sobre** la seguridad en el uso de dichos dispositivos en situaciones de atragantamiento (altas presiones de succión) siendo en ocasiones dañinas para el paciente, sobre todo en niños. Por ello, desde el **Consejo Español de R.C.P**. se ha recomendado continuar actuando ante situaciones de atragantamiento mediante las recomendaciones internacionales que indican:

* el estímulo de la tos
* los golpes inter-escapulares y
* las compresiones abdominales (Maniobra de Heimlich).

# 3. Atención inicial de primeros auxilios en situaciones de emergencia sin parada cardio‐respiratoria. Intervención de apoyo psicológico al accidentado, familiares e implicados en la situación de urgencia como primer interviniente.

A person bandaging a hand

Description automatically generated

## 3.1. Víctimas con necesidades especiales.

A child getting a blood shot

Description automatically generated

### 3.1.1. Niños.

La salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia ha sido una de las grandes preocupaciones de la pediatría y estuvo en el origen su reconocimiento como especialidad de la medicina en el siglo XIX.

Mucho ha cambiado tanto la protección a la infancia, hoy reconocida como un derecho de los niños, como la salud de esta población infantil.

No obstante es necesario un mayor conocimiento acerca de los problemas y sus necesidades en salud para una adecuada atención sanitaria que dé respuestas a las mismas en consonancia con su importancia y el número de niños que requieren medidas de protección.

La Sociedad Española de Pediatría Social (AEP) ha querido contribuir a la mejora de la atención sociosanitaria de los niños atendidos por el sistema de protección infantil elaborando una “Guía para profesionales sanitarios y acogedores sobre salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia: Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción”.

La atención a la salud de estos niños implica un trabajo transversal y coordinado que persigue la mejora de su calidad de vida y favorecer su integración social y familiar.

Los primeros auxilios para niños son de vital importancia, ya que los pequeños son más propensos que los adultos a los accidentes. La primera regla con los niños es mantener la calma, esto no solo facilita las maniobras, sino que da seguridad al niño, lo cual es fundamental para su tratamiento.

Los primeros auxilios son una serie de procedimientos médicos de emergencia que se aplican a una persona que ha sufrido un accidente o enfermado repentinamente, hasta que pueda recibir la atención médica adecuada. En el caso de los niños, los accidentes son mucho más frecuentes que en los adultos, debido a que los niños no tienen noción del peligro. La rapidez con que se realicen los procedimientos médicos puede representar la diferencia entre la vida y la muerte, o que mejore o empeore su condición.

Los accidentes más frecuentes en el caso de niños son magulladuras, cortes y pueden ser más graves. Pero lo primero que debemos tener en cuenta es que no hay que perder la calma por ningún motivo. Debemos concentrarnos en tratar de solucionar de la mejor manera el problema, para evitar sufrimientos al pequeño. Además, si los padres logran mostrarse calmados, el niño se sentirá seguro.

Hay diferentes tipos de accidentes con niños y bebés, los primeros auxilios que aplicaremos dependen del accidente y sus características.

Los objetivos del auxilio previo a la atención médica son:

– En casos graves, lo primordial es intentar salvar la vida del niño.

– Evitar lesiones posteriores.

– Mantener la calma y llamar al médico.

– Tratar de no mover al herido más de lo estrictamente necesario.

– Examinar cuidadosamente al chico.

– Calmar a la víctima.

– Llamar a los servicios de atención de emergencias de inmediato.

– Controlar la respiración y el pulso del pequeño.

– En caso de que no respire o tosa intensamente y su color se torne azulado, esto indicaría que puede estar atragantado con algún objeto. En dicho caso, intentaremos hacer que expulse el elemento perturbador.

Lo que no debe hacerse jamás en los accidentes con bebés y niños:

– Dejar a la víctima sola.

– Tocar la herida sin protección.

– Mover a la víctima sin necesidad.

– Acosar con preguntas a la víctima.

– Intentar acomodar los huesos en caso de fractura.

– Dejar una hemorragia sin atender.

– No debe suministrarse medicinas, alimentos o bebidas a una víctima.

– Si un niño tose insistentemente, es preferible dejarlo toser libre que intentar quitar lo que obstruye su garganta, seguramente es algo que saldrá solo. A menos que comience a ponerse morado o se desmaye.

### 3.1.2. Personas mayores.

Las personas mayores tienen vulnerabilidades particulares y necesidades específicas ante los desastres naturales y conflictos internos que se deben considerar al momento de brindar la respuesta humanitaria, tales como:

**Enfermedades crónicas.**

Las personas mayores tienen mayores tasas de enfermedades crónicas.

Estos incluyen enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias y reumatismo. Estas condiciones se deterioran sin una adecuada evaluación, tratamiento y medicación.

**Mala alimentación.**

La salud de las personas mayores se puede comprometer seriamente por una mala alimentación.

Durante las emergencias, la alimentación de las personas mayores es a menudo afectada por inaccesibles puntos de distribución de ayuda alimentaria, raciones demasiado pesadas para llevar, alimentos difíciles de masticar y digerir, incapacidad para preparar alimentos y una tendencia a compartir sus raciones de comida con otros miembros de su familia.

Los organismos de socorro, a menudo, desconocen las necesidades nutricionales particulares de las personas mayores y las excluyen de los programas de alimentación complementaria, incluso cuando están al cuidando de niños.

**Condiciones menores de salud**

A medida que la edad avanza hay una reducción de la movilidad, de la fortaleza muscular, de las capacidades sensoriales, visión y audición, y una mayor vulnerabilidad a las temperaturas extremas.

Condiciones menores pueden convertirse rápidamente en grandes desventajas que agobian la capacidad de una persona mayor para hacer frente a un desastre. Las personas mayores suelen estar menos dispuestas a huir o protegerse de los daños.

Por ejemplo, el 71% de los fallecidos en el huracán Katrina en 2005 fueron de 60 años y más, debido en parte a la falta de planes de evacuación, teniendo en cuenta las necesidades de las personas mayores.

Durante el conflicto de Georgia en el 2008, las personas mayores fueron abandonas a su suerte y sometidos a fuertes abusos e intimidación de parte de la milicia.

**Pobreza y soledad.**

La edad avanzada usualmente conlleva pobreza y soledad.

La idea de que las personas mayores están protegidas y al cuidado de sus familias es actualmente un mito. Las crisis suelen causar caos y descomposición social, y tiene un impacto particularmente negativo en las personas mayores.

Muchas personas mayores viven solas, la mayoría mujeres. Con frecuencia son más pobres que otros grupos y tienen menos capacidad y oportunidad para ganarse la vida.

Las personas mayores usualmente están excluidas de ofertas laborales y programas de alimentos por trabajo. Programas de microcrédito y otras actividades productivas de ayuda y transferencias monetarias, generalmente no toman en cuenta sus capacidades.

**Consejos para primeros intervinientes.**

Siempre pregúntele a la persona cómo puede ayudarla.

Algunas personas ancianas pueden responder más lentamente a una crisis o quizás no entiendan la urgencia en su totalidad. Repítale las preguntas y las respuestas si en necesario. Sea paciente. El tomarse tiempo para escuchar cuidadosamente o para explicar algo de nuevo puede tomar menos tiempo que tratar de lidiar con una persona confundida que esté menos dispuesta a cooperar.

Vuelva a asegurarle a la persona que va a recibir ayuda médica sin que sienta el temor de que va a ser puesta en un asilo para ancianos o geriátrico.

Las personas ancianas pueden temer ser removidas de sus casas, tenga compasión y sea comprensivo; explíquele que el traslado será temporal.

Antes de mover a una persona anciana, evalúe su visión y su audición; adapte las técnicas para sensibilidades químicas múltiples.

Las personas que sufren de sordera pueden parecer estar desorientadas y confundidas cuando en realidad no pueden escuchar. Determine si la persona usa un audífono. Si usa un audífono, ¿está disponible y funciona? Si no está funcionando, ¿puede conseguirle una batería para que funcione?

Para más información, consulte los consejos para personas sordas o con disminución de la capacidad auditiva.

Si la persona tiene pérdida de la visión, identifíquese y explíquele por qué está usted allí. Permita que la persona se sostenga de su mano y de su brazo, y diríjala a un lugar seguro.

Si es posible, reúna todas las medicinas antes de la evacuación. Pregúntele a la persona qué medicinas toma y dónde están. La mayoría de la gente guarda todas sus medicinas en cierto lugar de la casa.

Si la persona sufre de demencia, apague las luces de emergencia y la sirena, si es posible. Identifíquese y explíquele por qué está usted allí. Hable de manera lenta, use palabras cortas con voz tranquila. Haga preguntas que requieran respuestas de “sí” y “no”: repítaselas si es necesario. Mantenga contacto con la vista.

### 3.1.3. Personas en situación de discapacidad: física, intelectual, sensorial, pluridiscapacidad.

Las emergencias ponen a prueba la capacidad de reacción de las personas. Pero además, exigen conocer una serie de normas que ayuden a resolver estas situaciones. En el caso de las personas con discapacidad es más importante, si cabe, puesto que a menudo necesitarán la ayuda de otros para hacer frente a la emergencia y no siempre podrán contar con ella.

La accesibilidad es un factor de vital importancia en algunos casos. Una persona discapacitada podrá ser evacuada con mayor facilidad si se encuentra en un edificio accesible.

La accesibilidad es tan importante como la evacuación. Todos los edificios se deberían diseñar bajo ambas premisas. El objetivo es conseguir la autonomía de las personas con discapacidad, que en caso de emergencia no dependan de otros para escapar.

#### 3.1.3.1. Consejos para primeros intervinientes con personas con problemas de movilidad.

Siempre pregúntele a la persona cómo puede ayudarla antes de intentar proveer cualquier tipo de ayuda. Toda persona y toda discapacidad es única -- aunque sea importante evacuar el lugar donde se encuentra la persona, respete su independencia lo más posible. No asuma las capacidades de la persona.

Pregúntele a la persona si tiene alguna limitación o problema que pueda afectar su seguridad.

Algunas personas necesitan ayuda para levantarse de la cama o de una silla, pero pueden proseguir sin ayuda.

He aquí algunas preguntas adicionales que le pueden ser útiles:

– “¿Puede usted pararse o caminar sin ayuda de un bastón, andador o silla de ruedas?”

– “Quizás sea necesario que usted [se ponga de pie] [camine] por algún tiempo por sí mismo. ¿Puede usted hacer esto? Asegure decirle a alguien si usted cree que necesita ayuda.”

– “¿Tiene usted uso total de sus brazos?”

Cuando tome a la persona, evite poner presión sobre susbrazos, piernas o pecho. Esto puede causar espasmos, dolor, y hasta puede afectar su respiración.

Evite utilizar el “acarreo de bomberos”. Utilice las técnicas de acarreo de una o dos personas.

**Muletas, bastones u otros aparatos para movilidad.**

Una persona que utiliza un aparato para moverse quizás pueda subir/bajar las escaleras sin ayuda. Utiliza una mano para agarrarse de la baranda mientras que en la otra mano usa la muleta o el bastón. No interfiera en el movimiento de la persona al menos que ésta se lo pida, o que la rapidez del movimiento sea un factor importante, dependiendo de la naturaleza de la emergencia. Si éste es el caso, comuníquele a la persona lo que tiene que hacer y el por qué.

Pregúntele a la persona si usted la puede ayudar ofreciéndose a llevar la otra muleta.

Si las escaleras están muy congestionadas, provea protección y sirva como escudo para la persona.

**Evacuación de usuarios de sillas de ruedas.**

Si la conversación le toma más de algunos minutos, siéntese o arrodíllese para hablar y poder ver a la persona cara a cara.

Las personas que usan sillas de ruedas reciben entrenamiento especial para cambiarse de una silla a otra. Dependiendo de la fuerza en la parte superior de su cuerpo, quizás puedan hacer el cambio sin ayuda.

Pregúntele antes de asumir que usted necesita ayudarla, o qué tipo de ayuda necesita.

**Técnica para acarrear las sillas de ruedas manuales.**

La técnica más recomendada para usar es el acarreo en la silla, si es posible.

1. Ayuda con un solo asistente:

– Sujete las agarraderas para empujar, si es que las tiene.

– Párese un paso más elevado y un paso atrás de la silla de ruedas.

– Recline la silla hacia atrás hasta que logre el punto de balance.

– Mantenga un centro de gravedad bajo.

– Descienda hacia el frente.

– Permita que las ruedas traseras desciendan gradualmente al siguiente escalón.

2. Ayuda con dos asistentes

– Posición del segundo asistente/interviniente: Párese enfrente de la silla de ruedas y dé la cara hacia la silla.

– Párese uno, dos, ó tres pasos adelante (dependiendo de la estatura del otro interviniente).

– Tome la silla de ruedas por su armazón.

– Empuje hacia la silla de ruedas.

– Descienda las escaleras de espalda.

**Sillas de ruedas motorizadas.**

Las sillas de ruedas motorizadas pueden pesar hasta 100 libras/ 45.5 kilogramos cuando están desocupadas, y pueden ser más largas que las sillas manuales. Levantar o bajar una silla motorizada junto con la persona en ella requiere de dos a cuatro personas.

Las personas que tienen sillas de ruedas motorizadas probablemente conozcan su equipo ¡mejor que usted! Antes de levantarla, pregúntele si algunas partes pesadas pueden ser removidas temporalmente de la silla, cómo deben posicionarse ustedes, de dónde deben sostener la silla, y de qué ángulo (si es posible) pueden inclinar la silla hacia atrás.

Apague la silla de ruedas antes de levantarla.

La mayoría de las personas que utilizan sillas de ruedas motorizadas tienen limitaciones en el movimiento de sus brazos. Pregúntele a la persona si tiene requisitos especiales para ser bajada por las escaleras.

#### 3.1.3.2. Consejos para primeros intervinientes con personas que padecen autismo.

Con respecto a la comunicación, las pautas a seguir son:

– Hable despacio, use frases directas, concretas de no más de uno ó dos pasos a la vez, o escriba instrucciones cortas en un cuaderno si la persona puede leer.

– Déle tiempo a la persona para que responda.

– Quizás la persona repita lo que usted le diga, repita la misma frase una y otra vez, hable sobre temas no relacionados a la situación, use una voz inusual o monótona. Por medio de esto intentan comunicarse y no es para irritarlo a usted o faltarle el respeto.

– Evite usar frases como “Termínela” o “¡Basta!”.

– Revise a la persona para ver si tiene un tatuaje o un brazalete en la muñeca o en el brazo que identifique que sufre de trastorno del espectro autista.

– Algunas personas con autismo no demuestran indicaciones de dolor, revise si la persona tiene alguna lastimadura.

Con respecto al aspecto social:

– Aproxímese a la persona de manera tranquila. Trate de no tener una apariencia amenazante.

– Quizás la persona no entienda las reglas sociales típicas, así que quizás ande vestida de manera extraña, quizás invada su lugar, prefiera estar más alejada de usted de lo normal, o no haga contacto con la vista. Es mejor no tratar de mencionar o tratar de cambiar este tipo de comportamiento, al menos que sea absolutamente necesario.

– La persona quizás lo mire a usted desde un ángulo raro, se ría o sonría inapropiadamente, o no tome la situación en serio. No malinterprete este tipo de comportamiento como engañoso o como falta de respeto.

– Debido a la falta de comprensión social, las personas con trastorno del espectro autista pueden exhibir comportamientos que pueden ser malinterpretados como evidencia de abuso de drogas o psicosis, desafío u hostilidad.

En lo que respecta al factor sensorial y de comportamiento:

– Si es posible, apague las sirenas, las luces, y retire a los compañeros caninos. Intente encontrar un lugar tranquilo para la persona, especialmente si usted necesita hablar con ella.

– Evite tocar a la persona, y si es necesario, hágale señas o guíela lentamente.

– Si la persona está exhibiendo un comportamiento obsesivo o repetitivo, o está fijada en un tema u objeto, trate de evitar frenar este tipo de comportamiento o de quitarle el objeto, al menos que éste sea un riesgo para la persona u otros.

– Asegúrese que la persona esté alejada de posibles riesgos (calles congestionadas, etc.), ya que quizás no sienta temor al peligro.

– Esté alerta a la posibilidad de que la persona exhiba un comportamiento explosivo o impulsivo que no pueda explicarse. Si la persona no se está lastimando a sí misma o a otros, espere a que este tipo de comportamiento disminuya.

#### 3.1.3.3. Consejos para primeros intervinientes con personas sordas o con disminución de la capacidad auditiva.

Hay una diferencia entre la disminución de la capacidad auditiva y la sordera. Las personas hipoacústicas varían en el grado de disminución de sus capacidades auditivas. Algunas están completamente sordas, mientras que otras casi escuchan normalmente con la ayuda de audífonos.

Los audífonos no garantizan que la persona pueda escuchar y entender lo que se le dice. Los audífonos aumentan el volumen, pero no necesariamente la claridad.

Las medidas a tener en cuenta son:

– Si es posible, encienda y apague las luces cuando usted entre a un área o cuarto para así llamar la atención de la persona.

– Haga contacto con la vista de la persona, no con el intérprete, si es que hay un intérprete presente.

– Use gestos faciales y señas con las manos como ayudas visuales.

– Revise para ver si la persona lo entendió a usted y repítaselo si es necesario.

– Ofrézcale lápiz y papel. Escriba despacio y permita que la persona vaya leyendo a medida que usted va escribiendo.

– La comunicación por escrito puede ser especialmente importante si usted no puede entender el habla de la persona.

– No permita que otros lo interrumpan a usted mientras está dando la información de emergencia.

– Sea paciente, la persona puede tener dificultad para entender la urgencia de su mensaje.

– Déle una linterna de mano a la persona para que ésta señale su lugar en caso de que se separe del grupo de rescate. Esto facilitará leer los labios o hacer señas en la oscuridad.

Mientras que la comunicación por escrito funciona para muchas personas, otras quizás no entiendan español lo suficientemente bien para entender las instrucciones por escrito. Escriba instrucciones simples, en el tiempo presente y use vocabulario básico.

#### 3.1.3.4. Consejos para primeros intervinientes con personas ciegas o con problemas de visión.

Hay una diferencia entre problemas de visión y ceguera. Algunas personas que están “legalmente ciegas” pueden ver algo, mientras que otras están totalmente ciegas.

Los que aparecen a continuación son los consejos a seguir para este tipo de personas:

– Anuncie su presencia, hable, y luego entre al área.

– Hable de manera directa y natural.

– No grite.

– No tema utilizar palabras como “vea,” “mire,” o “ciego.”

– Comuníquele la clase de emergencia y ofrézcale su brazo. Mientras usted va caminando, váyale mencionando a la persona cualquier obstáculo presente.

– Ofrézcale ayuda y permita que la persona le explique qué tipo de ayuda necesita.

– No sujete o intente guiar a la persona sin antes preguntarle.

– Permita que la persona se sostenga levemente de su brazo u hombro para guiarse.

– Quizás la persona elija caminar atrás de usted para ir midiendo las reacciones de su cuerpo hacia los obstáculos.

– Asegúrese de anunciar escaleras, puertas, corredores angostos, rampas, etc.

– Cuando vaya guiando a alguien hacia un asiento, ponga la mano de la persona en el respaldo del asiento.

– Si va guiando a varias personas con problemas de visión, pídales que cada quien guíe a la persona que viene detrás de ellos.

– Recuerde que usted tiene que comunicar oralmente cualquier información que esté por escrito.

– Una vez que haya llegado a un lugar seguro, guíe a la persona a cierto lugar y pregúntele si necesita alguna otra ayuda.

– Si la persona tiene un animal de servicio/asistencia, no lo acaricie al menos que la persona le diga que puede hacerlo. Los animales de servicio deben ser evacuados junto con la persona.

## 3.2. Sistemas de emergencia.

A close-up of a building

Description automatically generated

### 3.2.1. Sistemas integrales de urgencias.

El sistema integral de urgencias y emergencias es la coordinación de recursos para garantizar la asistencia sanitaria adecuada en tiempo y calidad en el lugar de la urgencia o emergencia hasta la reinserción social.

**Urgencias**: situación que requiere asistencia sanitaria, pero que no supone riesgo vital ni de secuelas irreversibles para el paciente.

**Emergencias**: situación que requiere asistencia sanitaria inmediata, por suponer riesgo vital o secuelas irreversibles para el paciente.

El sistema integral de urgencias y emergencias está compuesto por los siguientes organismos:

– Órganos directivos de la consejería de salud.

– Consejero.

– Secretaria general técnica.

– Vice consejero.

– Servicio andaluz de salud (sas): unidades móviles dccu, dccu punto fijo, sccu hospital.

– Empresa pública de emergencias sanitarias (epes): ccue, uvis móviles, helicópteros sanitarios.

– Hospital costa del sol y poniente.

Elementos del sistema integral:

– Centros de coordinación: vía de acceso a la asistencia sanitaria urgente o emergente, donde se asigna el recurso adecuado a cada caso.

– Puntos básicos atención a urgencias: asisten in situ, o en su centro de urgencias si el paciente acude.

– Red transporte urgente: ambulancias de transporte urgente.

– Equipos de emergencias: terrestres y aéreos. asisten in situ.

**Objetivos del SIUE**: las UCIs hospitalarias evidenciaron que mortalidad y secuelas en pacientes críticos, se reducirían, con una atención efectiva in situ, en los momentos de mayor mortalidad.

**Cadena asistencial**: conjunto de actuaciones protocolizadas y coordinadas para llegar a una situación normal tras un incidente, mediante la participación continuada de todos los elementos de la cadena asistencial.

Posibles recursos móviles SIUE:

– Ambulancias Soporte Vital Básico, SVB (técnico).

– Ambulancias soporte vital avanzado (dccu, 061, críticos) medico, enfermero, técnico.

– Helicóptero sanitario (piloto, medico, enfermero.)

– eca (equipos de coordinación avanzada) técnico y enfermero.



**Prioridades:**

– Prioridad 1: emergencias (supone riesgo vital para el paciente).

– Prioridad 2: urgencia no demorable (urgencia que, aunque no suponga riesgo vital para el paciente debe de ser atendido lo antes posible).

– Prioridad 3: urgencia demorable (urgencia que no reviste gravedad y que no precisa una atención inmediata).

– Prioridad 4: aviso domiciliario

**Status (estados en el que se encuentra la unidad):**

1 -enterado (el aviso a sido transferido por el ccue).

2 -en el lugar (llegada de la unidad al lugar del suceso).

3 -en carga (la unidad se dispone a salir del lugar del suceso hacia un centro sanitario con el enfermo).

4 –entregando (la unidad llega al centro sanitario).

5 –disponible (la unidad está operativa).

### 3.2.2. Protección Civil.

La Protección Civil es un Servicio Público cuyo objetivo es prevenir las situaciones de grave riesgo colectivo o catástrofes, proteger a las personas y los bienes cuando dichas situaciones se producen, así como contribuir a la rehabilitación y reconstrucción de las áreas afectadas.

En estas líneas se exponen las líneas básicas de actuación de la Dirección General de Protección Civil y Emergencias cuyo objetivo básico es conseguir un Sistema Nacional de Protección Civil más eficaz y solidario en el que la prevención, la planificación, la coordinación y la cooperación son elementos claves para su buen funcionamiento.

Con el objeto de responder con la mayor eficacia a las crecientes demandas de seguridad que la sociedad plantea, nuestro Sistema Nacional de Protección Civil debe estar en permanente evolución. Por ello, desde la Dirección General de Protección Civil y Emergencias se impulsa la coordinación de las actuaciones de los Órganos del Estado y la cooperación con las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

El marco institucional en el que se ejerce esta coordinación efectiva es la Comisión Nacional de Protección Civil, foro colegiado que da cabida a los representantes de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

Puesto que en la protección civil todos los ciudadanos están afectados y todos deben estar implicados, fomentar su participación en las materias de protección civil es una de las acciones prioritarias de esta Dirección General. En este sentido, los ciudadanos pueden utilizar los diferentes portales multimedia que este departamento pone a su disposición, así como ser parte activa en las actividades y recomendaciones planteadas por este departamento.

Otro elemento clave de la protección civil es potenciar una adecuada cultura preventiva de riesgos, tanto en lo que se refiere a su análisis, sistemas de alerta temprana, como a la concienciación, información y pautas a seguir por la población.

En un mundo tan cambiante y tecnificado como el actual la formación ocupa un lugar central en cualquier ámbito de la actividad humana. En este ámbito, la Escuela Nacional de Protección Civil sirve de foro de encuentro de expertos en distintos ámbitos de la protección civil, tanto a nivel nacional como internacional, y promueve el intercambio de conocimientos y experiencias entre especialistas y profesionales en la materia. También se fomenta el conocimiento de las materias de protección civil a través de nuestro Centro Nacional de Información y Documentación.

De igual forma, para hacer frente con mayores garantías a los riesgos de un mundo globalizado, es necesario apoyar las acciones promovidas a nivel internacional para la mejora de la cooperación y asistencia mutua con otros países en materia de protección civil. Por este motivo, se ha establecido una permanente relación a nivel técnico con organismos homologados de otros países, especialmente la Unión Europea, la ribera sur del Mediterráneo e Iberoamérica, así como la activa participación en las reuniones de organismos internacionales, con competencias en protección civil y emergencias.

También constituye un aspecto relevante de actuación de esta Dirección General la necesidad de reforzar las relaciones y la cooperación interinstitucional a través de un nuevo marco legal en materia de protección civil con el fin de adecuar la normativa a la realidad existente.

Se trata, en definitiva, de garantizar el cumplimiento del principio constitucional de solidaridad interterritorial y conseguir que España sea cada vez un país más seguro porque trabajar por la seguridad supone tener unos dispositivos más ágiles y eficaces frente a las emergencias.

Los objetivos del sistema de protección civil español son:

– Informar y preparar a los ciudadanos a través de la autoprotección.

– Constituir una organización que agrupe a todas las entidades públicas y privadas para el salvamento de las personas y sus bienes, en los supuestos de calamidades o catástrofes.

– Intervenir coordinadamente y con eficacia en las situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública.

En cuanto a las funciones básicas de la protección civil son:

– **Previsión**. Analizar los supuestos de riesgo, sus causas y efectos, así como las zonas que pudieran resultar afectadas (Inventario de Riesgos).

– **Prevención**. Adoptar las medidas necesarias para evitar o reducir las situaciones de peligro, con los medios disponibles.

– **Planificación**. Elaborar los planes de emergencia, las líneas de actuación, para hacer frente a las situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública.

– **Intervención**. Coordinar y dirigir la intervención de todos los elementos componentes de la protección civil, para la protección y socorro de las personas y sus bienes.

– **Rehabilitación**. Asistir a los órganos institucionales competentes en la planificación y puesta en práctica de medidas para el restablecimiento de los servicios públicos esenciales y de las condiciones socioeconómicas y ambientales, indispensables para normalizar la vida de las comunidades afectadas.

### 3.2.3. Coordinación en las emergencias.

La gestión de emergencias en los últimos años ha visto aumentado su complejidad debido al incremento de amenazas, aumento de la población, ocupación de zonas vulnerables a desastres naturales. Todo dentro de un marco económico que exige optimizar al máximo los recursos para prestar el mejor servicio al ciudadano.

Los Sistemas de Información Geográfica son la herramienta óptima para la gestión de emergencias; se estudia los lugares potenciales dónde es susceptible que ocurra una incidencia, se analiza el impacto potencial, el peligro, y las pérdidas ocurridas a causa de la emergencia.

Poniendo foco en la prevención y en la reducción de pérdidas, los sistemas de información geográfica son capaces de analizar y mostrar las amenazas naturales tecnológicas que ponen en peligro a la población y a las infraestructuras.

Es importante poder responder a la demanda ciudadana e institucional en la prestación de servicios de seguridad y emergencias, facilitando la integración de estos servicios para ofrecer eficacia y calidad al ciudadano en su prestación:

– Reducción de los tiempos de respuesta de los Cuerpos.

– Disponibilidad de información conjunta e integrada.

– Estandarización de protocolos de respuesta.

– Coordinación y planificación de las actuaciones de los servicios.

– Utilización compartida de los medios disponibles.

– Mejorar la gestión operativa y la explotación de la información para la toma de decisiones.

– Facilitar la planificación de los servicios para llevar a cabo políticas preventivas.

## 3.3. Accidentes de tráfico.

A car with the trunk open

Description automatically generated

### 3.3.1. Orden de actuación.

Cuando una persona presencia un accidente de tráfico, sea cual sea la gravedad del mismo, tiene la posibilidad de dar apoyo a las víctimas. Este apoyo requiere unos conocimientos básicos, debe ser organizado y lo más cualificado posible, hay que tener en cuenta que son situaciones a las que no nos enfrentamos habitualmente y que generan nerviosismo e inseguridad, esto hace necesario aprender un esquema de actuación, que sea sencillo y fácil de recordar. Para facilitar el aprendizaje se utiliza la regla nemotécnica P.A.S.: cuyas siglas proceden de las actuaciones que de forma ordenada tiene que ir realizando el auxiliador: P de proteger, A de avisar y S de socorrer.

Como norma general, después de hacerse una idea de lo ocurrido (“composición de lugar”), hay que PROTEGER el lugar de los hechos, AVISAR o ALERTAR a los servicios de emergencia y por último, SOCORRER a las víctimas.

Ante un accidente de tráfico se debe:

**1. Proteger el lugar del accidente.**

Es esencial, en primer lugar, hacer seguro el lugar del accidente, tanto para las personas accidentadas como para las que van a socorrerlas. Algunas instrucciones a tener en cuenta son:

– Estacionar el vehículo fuera de la calzada, en un lugar seguro.

– Mantener encendida la señalización de emergencia.

– Colocar, antes y después del accidente, los triángulos de emergencia, aproximadamente a unos 150 metros.

– Desconectar el contacto de los vehículos accidentados y asegurarlos echando el freno de mano.

– Si existe derrame de aceite o gasolina, señalizarlo y pedir a alguien que eche tierra o arena por encima.

– No fumar en las proximidades.

– Si es de noche, iluminar la zona con la linterna del vehículo o con los faros y pedir a otros conductores y conductoras que hagan lo mismo.

– En caso de niebla extremar las medidas de señalización e iluminación del accidente.

– Si existe fuego, y no han llegado los bomberos, intentar apagar el incendio con el extintor en polvo de nuestro vehículo.

Cada año mueren en las carreteras muchas personas por parar a ayudar a los accidentados sin observar unas mínimas precauciones. El concepto de protección cuando se presta ayuda a un accidentado ha de ser amplio, y debe comprender en primer lugar la protección del propio auxiliador, la protección de las víctimas y la del lugar del accidente. En el primer capítulo se desarrollan con mayor detalle algunos de los puntos que se enuncian a continuación.

– **Autoprotección**: cuando el auxiliador se acerca al lugar del accidente, ha de estar seguro de que al prestar ayuda no esta poniendo en peligro su propia vida, de tal forma que si existe un grave riesgo habrá de abstenerse y no actuar. Es extremadamente peligroso permanecer en la calzada, acceder a un vehículo en llamas o a un vehículo en el que se observa que se han derramado mercancías peligrosas. Es fundamental valorar la situación antes de actuar con el fin de evitar que el auxiliador acabe sufriendo un nuevo accidente. La utilización de prendas reflectantes, aumentará su visibilidad protegiéndole.

– **Protección del lugar del accidente**: protegiendo el lugar del accidente se evita que se produzcan nuevos accidentes, se arriesgue la vida de más personas, se protege a los heridos y se autoprotege el auxiliador. Una vez que se produce un accidente, el paso de vehículos es uno de los principales peligros, por ello es preciso señalizar adecuadamente y cuanto antes la zona colocando los triángulos de preseñalización, encendiendo las luces de emergencia, encendiendo las luces de posición, aparcando el coche en el que viajamos en un lugar seguro. Es necesario identificar los peligros (si existe riesgo de incendio, manchas de gasolina, se transportan materiales peligrosos, el vehículo puede caer, etc.). Observando estos aspectos no sólo se pueden evitar nuevos accidentes sino que se podrá dar información más completa a los servicios de emergencia que harán que la ayuda que llegue sea más eficaz.

– **Protección de las víctimas**: la protección del lugar contribuye lógicamente a proteger a los heridos, la adecuada señalización, la iluminación de la zona, etc., evitan que se añadan nuevos riesgos. Cuando se habla de protección de las víctimas, es importante transmitir que los heridos por accidente de tráfico no deben sacarse de los vehículos salvo que esté claramente indicado, ya que realizar movilizaciones de la columna vertebral sin una adecuada protección entraña, como veremos posteriormente, un grave peligro para la medula espinal. Extraer del vehículo a las víctimas sin las condiciones adecuadas puede originar lesiones que no existían o agravar las ya existentes. Por el mismo motivo también se ha de evitar la retirada del casco salvo en aquellos casos en los que exista una indicación clara. Como norma general se ha de evitar siempre la movilización de los heridos y ha de ser el auxiliador quien se acerque a la víctima y no la víctima al auxiliador.

**2. Alertar a los servicios de socorro.**

La llamada al Servicio de Emergencias Médicas, es una de las actuaciones más importantes que pueden realizar las personas que presencien un accidente, es la que pone en marcha la Cadena de Supervivencia o Cadena Asistencial y en muchos casos la supervivencia del herido depende de la rapidez y la forma en la que se realice esta llamada.

La ayuda sanitaria es fundamental y prioritaria. Son los equipos sanitarios los que van a diagnosticar y tratar las lesiones que presentan los accidentados. Y son ellos, los que van a encargarse del traslado de los heridos. La misión del auxiliador es mantener en las mejores condiciones posibles al herido hasta que llegue la atención sanitaria especializada.

Que la atención a las víctimas sea la óptima depende pues, entre otras cosas, de que la ayuda que llegue lo haga pronto y sea la adecuada. El primer interviniente debe tener estas dos ideas claras, el aviso ha de darse lo antes posible, pero además ha de realizarse de la forma y en el lugar adecuado.

Por un lado el tiempo es fundamental, sobre todo si el accidentado tiene compromiso vital (si está inconsciente, si no respira,…) ya que en estos casos, nuestra actuación va a suplir temporalmente sus funciones vitales, pero la recuperación definitiva, no va a ser posible hasta que no llegue la atención sanitaria. Es tan importante este hecho que en casos de heridos graves, las posibilidades de supervivencia del accidentado van disminuyendo conforme se retrasa la llegada de la ayuda sanitaria, aunque se apliquen correctamente las maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Por otra parte la alerta se ha de dar a un servicio de emergencias integral. Para acceder en España a un servicio de estas características se solicitará la ayuda a través del número 112, de tal forma que cuando se realice la petición de auxilio desde la central de alarma, y en función de las características del accidente, puedan facilitar los efectivos necesarios para cubrir con eficacia la atención de las víctimas

El centro en el que se recibe la alerta envía todos los efectivos necesarios (sanitarios, policiales, bomberos, etc.) en función de las características del suceso, de tal forma que si informamos que hay un herido atrapado dentro del vehículo, el centro de emergencias dará aviso a los bomberos y estos facilitarán el acceso del personal sanitario al herido.

Ante una petición de auxilio los datos mínimos que debemos dar son:

– Identificación de la persona que habla.

– Número de teléfono desde el que se hace la petición, para que efectúen la comprobación y nos comuniquen cualquier eventualidad que pueda ocurrir.

– Lugar del accidente, carretera y punto kilométrico. Es útil dar algún tipo de referencia de la zona y si existe algún riesgo específico.

– Número de víctimas y sus lesiones. Si existe alguna persona atrapada es importante decirlo para que acudan los bomberos.

– Tipo de accidente y vehículos implicados.

– Riesgos climáticos de la zona (lluvia, niebla, nieve etc.).

– Peligros en la zona de intervención: incendio, derrame de gasolina o de productos inflamables, inestabilidad del vehículo etc.

Se debe esperar a que desde la central nos den la conformidad, una vez comunicada la emergencia antes de colgar.

Es importante recordar que generalmente en un accidente hay varios testigos. Y que aún cuando el esquema de actuación es Proteger–Avisar–Socorrer (PAS) establecemos prioridades, pero no necesariamente un orden inquebrantable de actuación. Actualmente se recomienda que en caso de accidente una persona por lo menos debe responsabilizarse de llamar a los Servicios de Emergencia, mientras que la persona que tenga más experiencia en primeros auxilios va valorando a los heridos. De esta forma podremos ahorrar tiempo ya que cuando atiendan la llamada, la persona que ha ido haciendo las valoraciones puede ir "dictándoselas" al que está llamando "en tiempo real.

**3. Socorrer a los heridos.**

El auxilio prestado al herido ha de ser extremadamente cuidadoso con el fin de no añadir lesiones a las previamente existentes. Alrededor del suceso generalmente se crea un ambiente de gran nerviosismo, el desconocimiento y la necesidad de ayudar provocan en ocasiones actuaciones incorrectas.

Las actuaciones a realizar están recogidas en las recomendaciones del Consejo Europeo de Resucitación Cardiopulmonar del año 2005 y revisadas en 2010. Si bien las maniobras Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCP) son iguales sea cual sea el origen de la emergencia existen algunas particularidades a tener en cuenta ante las víctimas que han sufrido un traumatismo, fundamentalmente en lo que se refiere a la posibilidad de que el herido presente lesiones a nivel de la columna cervical. Esto se tendrá en cuenta fundamentalmente cuando hablemos de movilización de los heridos.

Recordemos que el Sistema Nervioso Central esta formado por el encéfalo, alojado en el interior de la cavidad craneal, y la médula espinal que discurre por el interior del canal vertebral, desde el bulbo raquídeo hasta la unión de las primeras vértebras lumbares. La médula ejerce de conexión entre el encéfalo y el resto del organismo, por ella se transmite tanto la información que desde la periferia se envía al cerebro como las “ordenes “que el mismo genera para el resto del cuerpo. Las lesiones medulares son de extraordinaria gravedad y, esto se debe a que la interrupción de esta importante vía de transmisión puede suponer en función del nivel al que se produzca la lesión (en general más grave cuando más alta sea) desde el fallecimiento por parada cardio-respiratoria a tetraplejia, paraplejia, pérdida del control de esfínteres, etc.

En las víctimas de accidente de tráfico destacan por su frecuencia y gravedad las lesiones a nivel de la columna cervical. Son lesiones altas y por tanto graves, con serias consecuencias para el futuro de la persona que las sufre. En el manejo adecuado de los heridos por accidente de tráfico “la protección del cuello” es fundamental, ya que puede evitar que resulte lesionada la medula espinal.

Debemos evitar mover al herido mientras no sea estrictamente necesario, si no hubiera más remedio que moverlo, porque se presente una situación de claro peligro para el accidentado habrá que hacerlo manteniendo el eje “cabeza–cuello–tronco”. Esto significa mover al individuo en bloque, evitando desplazamientos de la cabeza o el cuello con respecto al tronco. La inmovilización completa sería lo deseable, a ser posible con algún dispositivo tipo collarín.

Esta consideración general hay que tenerla en cuenta especialmente en los siguientes heridos:

– Los que presenten lesiones evidentes por encima de los hombros (en cuello o cabeza principalmente).

– Los que hayan estado implicados en accidentes a gran velocidad o con grandes destrozos de los vehículos.

– Los que circulaban en moto cuando sufrieron el accidente. Como norma general, no se debe quitar el casco a estos heridos. Si fuera preciso retirar el casco para atender su respiración, el auxiliador deberá conocer y emplear una técnica específica para hacerlo sin riesgo para el accidentado.

Hay que hacer un recuento de víctimas, teniendo en cuenta que han podido salir despedidas o pueden estar atrapadas en algún lugar no visible. Se debe preguntar a los y las ocupantes cuántas personas viajaban en el coche, revisar los maleteros y los alrededores.

### 3.3.2. Clasificación de heridos en el accidente.

Antes de realizar ninguna actuación sobre los heridos es preciso realizar una adecuada valoración de los mismos. La valoración tiene como objeto reconocer aquellas situaciones que pueden suponer una amenaza inmediata para la vida del accidentado. Dado que puede presentar varios tipos de lesiones, es necesario establecer un orden de prioridades a la hora de actuar. Esta primera valoración se centra sobre la apreciación de tres funciones vitales: consciencia (Sistema Nervioso), respiración (Aparato Respiratorio) y circulación (Aparato Circulatorio). Si falla cualquiera de estas funciones, el accidentado se encuentra en una situación de peligro inminente para su vida. En caso de comprobar que en efecto “falla” una de estas funciones, la necesidad de ayuda sanitaria es urgente.

La valoración cuyo objetivo es identificar situaciones de riesgo vital y establecer prioridades de actuación, ha de ser breve, menos de 15 segundos, y sistemática, de tal manera que a medida que se va realizando la valoración e identificando los problemas, estos se van solventando con las actuaciones que correspondan.

Para permitir la coordinación en el lugar de los hechos y no retrasar la atención de las víctimas que esperan su turno, por ejemplo para evitar retomar una víctima ya clasificada y estabilizada, se utilizan tarjetas identificativas que se colocan en los pacientes y según su color, establecen la urgencia de la asistencia sanitaria que requieren y su gravedad. Estas tarjetas se colocan en la muñeca o en el tobillo del accidentado y nunca en la ropa o en el calzado para evitar que se caigan. De esta forma las víctimas estarán señaladas por las tarjetas de Triage o de evacuación utilizando los siguientes colores para asignar las prioridades:

– **Color rojo**: significa primera prioridad. La víctima precisa asistencia y evacuación inmediata.

– **Color amarillo**: significa segunda prioridad o urgencia secundaria.

– **Color verde**: significa tercera prioridad y son las heridas leves.

– **Color negro**: es la cuarta prioridad y se refiere a los fallecidos o víctimas que presentan lesiones incompatibles con la vida. Para éstas últimas puede utilizarse el color azul, para diferenciarlas de las víctimas fallecidas; deben recibir tratamiento analgésico o sedación si lo requieren.

Algunos manuales incluyen una quinta categoría: etiqueta azul, en la que se incluyen los pacientes con riesgo de muerte inmediato. En función de las características de la catástrofe, y de la disponibilidad de recursos, lo normal es que sean clasificados directamente con etiqueta negra.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarjeta** | **Descripción** | **Evacuación** | **Tiempo de tratamiento** | **Sinónimos** | **Ejemplos** |
| **Roja** | Urgencia absoluta, necesita asistencia inmediata. | UVI-Móvil | Antes de 6 horas | Extrema urgencia, Primera urgencia, Prioridad uno | Paro cardiorrespiratorio presenciado y reversible, Asfixia, Obstrucción mecánica aguda de vía aérea, Herida maxilofacial con riesgo de asfixia, Hemorragia activa, Shock hipovolémico severo, Lesión penetrante de tórax, Grandes quemados. |
| **Amarilla** | Lesiones que pueden llegar a ser críticas si no son tratadas. | Ambulancias medicalizadas | Entre 6 y 18 horas | Urgentes, Segunda urgencia, Prioridad dos | Traumatismos cráneo encefálicos, Politraumatizados, Heridas viscerales, Heridas torácicas sin asfixia, Heridas vasculares con torniquete, Quemados < 20%, Dificultad respiratoria controlada. |
| **Verde** | Lesiones que no comprometen la vida. | Ambulancias convencionales | Entre 18 y 24 horas | No urgentes, Tercera urgencia, Prioridad tres | Heridas musculares, Polifracturados, Contusiones, Fracturas de huesos largos. |
| **Azul** | Pronóstico vital muy pobre. | Última evacuación | No especificado | Última prioridad | Paros cardiorrespiratorios no presenciados, Salida de masa encefálica, Afectación multiorgánica muy grave. |
| **Negra** | Víctimas mortales. | Último lugar (traslado e identificación) | No aplica | Prioridad cero | Víctimas que han fallecido. |

## 3.4. Emergencias colectivas: Métodos de triage.

A red helicopter in the sky

Description automatically generated

El triage es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata, por tanto, de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Un nivel que implique que el paciente puede ser demorado, no quiere decir que el diagnóstico final no pueda ser una enfermedad grave. Ya que un cáncer, por ejemplo, puede tener funciones vitales estables que no lleve a ser visto con premura. Prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones.

Conforme a lo establecido por el Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos (ATLS) se denomina «triaje» al método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

Por lo tanto, triage o clasificación es el conjunto de procedimientos asistenciales que, ejecutados sobre una víctima, orientan sobre sus posibilidades de supervivencia inmediata, determinan las maniobras básicas previas a su evacuación y establecen la prelación en el transporte.

El triage no es una técnica. Es una necesidad determinada por:

– El número de víctimas.

– Naturaleza de las lesiones.

– Rendimiento de los recursos sanitarios.

– Distancia a los hospitales.

– Esperanza asistencial.

### 3.4.1. Principios para la clasificación.

Los diferentes tipos de clasificación están basados en la noción de plazo terapéutico y amparados en los siguientes principios:

– La salvación de la vida tiene preferencia sobre la de un miembro, y la conservación de la función sobre la corrección del defecto anatómico.

– Las principales amenazas para la vida están constituidas por la asfixia, la hemorragia y el shock.

– La clasificación debe conseguir identificar, ante todo, aquellos pacientes críticos que necesitan reanimación inmediata, y separarlos de los demás; además, de aquellos que no deberán recibir asistencia bien por ser leves y solo precisar autocuidados, bien porque sufran lesiones objetivamente mortales.

En cuanto a las características de la clasificación en triage, se destaca:

– **Dinámica**: sin solución de continuidad.

– **Permanente**: en toda la cadena asistencial, re-evaluando de manera continuada a cada víctima.

– **Adaptada al número de pacientes**, la distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte y la capacidad asistencial de la zona.

– **Rápida**, para no retrasar la atención de las víctimas que esperan su turno. No debe retomarse una víctima ya clasificada y estabilizada demorando su evacuación. 30 segundos para clasificar una víctima como muerta, 1 minuto para clasificar una víctima como leves, 3 minutos para clasificar una víctima como grave o muy grave.

– **Completa**: ninguna víctima debe evacuarse antes de ser clasificada, con las excepciones de oscuridad, condiciones meteorológicas adversas, o existencia de riesgo potencial importante.

– **Precisa y segura**, ya que todo error inicial puede ser fatal para una urgencia grave, pues no siempre es posible rectificar. Ante la duda de en qué categoría incluir a un paciente es recomendable hacerlo siempre en la categoría superior.

### 3.4.2. Etiquetado y clasificación.

El proceso de etiquetado (la identificación del paciente mediante el uso de tarjetas) es un proceso asociado y necesario en el triage para asegurar un cuidado continuado.

Existen varios tipos de tarjeta de triage, las más empleadas y conocidas son las de colores que siguen un criterio cromático internacionalmente establecido.

Las tarjetas deben ir atadas a la muñeca o tobillo del paciente, nunca a los vestidos o al calzado.

Se RECUERDA que durante la fase del primer triage, las únicas maniobras sanitarias a realizar son aquellas que permitan restablecer las condiciones vitales: desobstrucción de vía aérea y hemostasia en hemorragias severas. La resucitación cardiopulmonar se desaconseja salvo en el caso de parada presenciada y sólo cuando el número de víctimas lo permita.

Se establecen las clasificaciones:

**Pacientes de primera categoría.**

Sinónimos: prioridad uno, extrema urgencia, etiqueta roja.

Lesiones que deben ser asistidas en el lugar en el que se identifican y sólo para resolver la lesión mortal de necesidad:

– Paro cardiorespiratorio presenciado y reversible, según disponibilidades (a menudo habrá que clasificar a estos pacientes con etiqueta negra).

– Asfixia, obstrucción mecánica, aguda de vía aérea, herida maxilofacial que produce o puede producir asfixia.

– Lesión penetrante de tórax.

– Hemorragia activa. Shock hipovolémico severo.

– Grandes quemados.

**Pacientes de segunda categoría.**

Sinónimos: prioridad dos, urgentes, etiqueta amarilla.

Lesiones cuya primera asistencia puede demorarse en unas horas y permite trasladar al lesionado hacia áreas de socorro y unidades quirúrgicas de urgencia vital:

– Heridas viscerales, incluyendo perforación del tracto gastro-intestinal, genito-urinario.

– Heridas torácicas sin asfixia.

– Heridas vasculares que exigen cirugía reparadora. Todas las lesiones que hayan exigido el uso de torniquete.

– Pacientes en coma, TCE focalizados, politraumatizados. Heridas abdominales abiertas.

– Dificultad respiratoria controlada.

– Quemados con extensión del 20%.

**Pacientes de tercera categoría.**

– Sinónimos: prioridad tres, no urgentes, etiqueta verde.

– Víctimas cuya primera asistencia puede demorarse varias horas, sin riesgo de muerte.

– Heridas musculares, polifracturados, contusiones, fracturas de huesos largos.

– Lesionados menores que pueden ser asistidos incluso 24 horas después en unidades de SVB.

**Pacientes de cuarta categoría**

– Sinónimos: prioridad cero, muertos, etiqueta negra.

– Víctimas sin ninguna posibilidad de sobrevivir, paros cardiorespiratorios no presenciados, TCE con salida de masa encefálica, destrucción multiorgánica, etc.

– En estas víctimas no debe efectuarse ningún esfuerzo terapéutico.

– Algunos manuales incluyen una quinta categoría: etiqueta azul, en la que se incluyen los pacientes con riesgo de muerte inmediato. En función de las características de la catástrofe, y de la disponibilidad de recursos, lo normal es que sean clasificados directamente con etiqueta negra.

### 3.4.3. Triage. Método START.

A lo largo del artículo publicado por Luís Roberto Jiménez Guadarrama, en <http://www.e-mergencia.com> , se alude al Triage, Método START.

Elegir quién precisa atención inmediata, quién puede esperar 2 horas, quién puede esperar más, quién está tan mal que no tiene remedio y quién ya está muerto.

Así se podría simplificar la explicación del triage. Esto permite reducir a proporciones “humanas” lo que inicialmente era inabarcable. Si nos dicen que vamos a un choque de trenes con unas cien víctimas, por el camino iremos llorando en el hombro de nuestro compañero, pero si sabemos que hay diez pacientes muy graves o rojos, 15 graves o amarillos y 75 leves o verdes, el lloro se quedará en sollozo.

El triage permite priorizar el orden de atención. Priorizar el uso de medios materiales y humanos. Priorizar la evacuación. Es una de esas herramientas que utilizamos en la atención a múltiples víctimas con la finalidad de aportar orden al caos.

Una de las características del triage es que debe ser repetido constantemente: en escena, en área de tratamiento, tras tratamiento, antes de evacuación, en el hospital,….

Las manos son pocas y es posible que la escena comprenda varios sectores (dentro y fuera del edificio o en la carretera y bajo el puente, por ejemplo) de modo que sea preciso formar varios equipos de triage.

El primer triage puede realizarse en el área de clasificación, a la entrada del Puesto Sanitario Avanzado, y en casos en los que los medios de rescate son escasos o dificultosos (por ejemplo, el autobús está volcado en un desnivel) este primer triage puede realizarse en el punto de impacto.

Si estamos ante un incidente con sustancias peligrosas el triage se pospone a la descontaminación, que es la prioridad absoluta. Recordemos que, salvo mejor criterio sobre el terreno, no se inicia tratamiento hasta que todos hayan sido triados, así que es una prioridad completar el triage antes que iniciar el tratamiento en el Puesto Sanitario Avanzado.

Hay clasificaciones en 2, 3, 4 y 5 categorías:

– Vivos y muertos.

– Ambulantes, no ambulantes, muertos (muy útil en áreas de rescate de gran peligro: es prioritario buscar y sacar a los vivos que no pueden andar).

– Rojos, amarillos, verdes, negros (en esta clasificación bajo la tarjeta de negro se incluyen muertos y moribundos).

– Rojos, amarillos, verdes, azules (también llamados grises: moribundos, irrecuperables) y negros.

Hay varios modos de hacer esta asignación de categorías: métodos lesionales en los que según las lesiones más o menos graves o potencialmente graves se hace la asignación. Una variante de éstos que es llamado “lesional-intuitivo-de-fortuna”, que es el que aplicaríamos casi sin darnos cuenta, por ejemplo, de que este tiene una fractura bilateral de fémur: este es rojo,… no es malo, pero hay que ser experto y revisar muy bien al paciente para no equivocarnos y, además, deja demasiado al criterio del sanitario, quizá afectado por el nerviosismo o la falta de experiencia.

En los métodos funcionales, nos fijamos en el estado del paciente, más que en las lesiones concretas. Uno de ellos es el método START (Simple Triage and Rapid Treatment) es un método validado y reconocido internacionalmente como útil. Es especialmente útil como primer triage. Debemos aprenderlo todos: técnicos, enfermería y médicos. El método se fija en cuatro cosas:

– ¿Deambula?

– Respiración.

– Perfusión.

– Mental.

Sólo se permiten 2 tratamientos durante el triage: abrir vía aérea, cohibir hemorragias (gestos que salvan vidas) con cánulas orofaríngeas o de Mayo y vendajes o con tracción mandibular y compresión por otros intervinientes distintos del encargado de triage.

Para abrir vías aéreas sería aceptable, la posición lateral de seguridad aún en pacientes traumatológicos.

Durante el triage no se sugieren ni ordenan otros tratamientos.

**¿Pueden andar?** Si el paciente entiende y es capaz de cumplir la orden entonces es verde, puede esperar y le ordenamos “siga a este señor de cruz roja y no se separe de él”, los verdes deben ser agrupados, apartados y supervisados por un sanitario, por si se complican, y deberán ser evaluados nuevamente en cuanto esto sea posible. Con esta sencilla operación ya hemos aclarado la escena.

**Contamos las respiraciones:** si son 0, se hace un intento por abrir la vía aérea (tracción mandibular).

– Si comienza la respiración el paciente es rojo, se le pone cánula orofaríngea o se deja en posición de seguridad (esto es nada ortodoxo, pero si el número de víctimas es elevado y aún no hay suficiente personal es lo único que podemos hacer que nos permita abrir vía aérea, prevenir aspiraciones y continuar el triage). No se continúa la evaluación, ya está triado ya sé que es rojo, no continúo la evaluación de este paciente.

– Si no respira a pesar de abrir Vía Aérea es negro. No se continúa evaluación, ya está triado. Este paciente no se moverá del lugar, a no ser que estorbe. Es un cadáver judicial.

– Si las ventilaciones son >30 es rojo. No se continúa la evaluación, ya está triado.

– Si son <30 pasamos al siguiente punto.

**Recordemos: si no puede andar y tiene menos de 30 respiraciones por minuto. Evaluamos la perfusión**: ¿tiene pulso radial? Si no lo tiene es rojo. No se continúa la evaluación, ya está triado. Si tiene pulso radial continuamos. El método START original considera la valoración del relleno capilar, pero este es poco fiable en condiciones de escasa luz y en bajas temperaturas. de modo que preferimos el pulso radial como indicador de la tensión arterial sistólica.

**Evaluamos estado mental** con dos preguntas simples (por ejemplo; ¿cómo se llama? tóquese la nariz). Si no responde o está confuso es rojo. Si responde es amarillo. A cada paciente triado le ponemos su tarjeta y seguimos avanzando. No nos paramos en ninguno más que para efectuar las maniobras salvadoras. El movimiento entre los heridos debe ser fluido, continuo y ordenado.

**START no tiene la categoría de moribundo.** Estos son considerados Rojos, serán dados por moribundos tras valoración más detenida en el Puesto Sanitario Avanzado. El segundo triage es, por definición, el previo a la evacuación y que marca la prioridad de esta, debe realizarse, preferentemente con métodos lesionales, teniendo en mente que es la necesidad de cirugía urgente y salvadora la que marca la pauta.

### 3.4.4. Método rápido de clasificación en catástrofes (MRCC).

El Método Rápido de Clasificación en Catástrofes es un método de clasificación rápida de heridos diseñado en 1997 para su uso en accidentes con múltiples víctimas por parte de personal no facultativo. El MRCC está destinado a la realización de una primera clasificación de los heridos (primer triage). Se trata de una variante simplificada del método START.

Las siglas MRCC se refieren a:

* **M** archa.
* **R** espiración.
* **C** irculación.
* **C** onciencia.

### 3.4.5. Tarjetas de triage.

