



Primeros auxilios

Cinthia Pacheco Salcedo
Enfermera

CONTENIDO

MÓDULO 1

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- DEFINICIÓN DE ACCIDENTE
- CLASIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES
- ASPECTO LEGAL DE LOS PRIMEROS AUXILIOS
- ESTADÍSTICA DE LOS ACCIDENTES
- POLITRAUMATIZADO

MÓDULO 2

- CONTROL DE HEMORRAGIAS
- FRACTURA EXPUESTA, HERIDA PENETRANTE, EVISCERACIÓN Y AMPUTACIÓN
- QUEMADURAS

MÓDULO 3

- OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AEREA
- CONVULSIONES

MÓDULO 4

- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- INTOXICACIONES
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 1

INTRODUCCIÓN

Los primeros auxilios se refiere a los cuidados inmediatos, dirigido a una o más personas, que han sufrido una lesión repentina.

Las maniobras que ejecutemos, serán de suma importancia para la supervivencia, recuperación y prevención de posibles complicaciones posteriores del paciente.

Es nuestra responsabilidad, capacitarnos y adquirir los conocimientos necesarios, que nos permitan aplicar maniobras seguras y oportunas.

Si por el contrario, no contamos con la preparación que nos permita enfrentar eventos de urgencia y emergencia, nuestra respuesta será improvisada, implicando un riesgo para la vida del paciente



OBJETIVO

Entregar los conocimientos y habilidades necesarios para brindar los primeros auxilios en situaciones de emergencia, ejecutando acciones seguras, que permitan conservar la vida del paciente y evitar posibles complicaciones.



Definición de Accidente

Sucesos imprevistos, que pueden ocurrir en cualquier momento, lugar y que pueden tener consecuencias graves para las personas involucradas. Es importante conocer los diferentes tipos de accidentes para poder prevenirlos y tomar las medidas necesarias para evitarlos.



CLASIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES

SEGÚN SU TIPO

- Tránsito
- Laborales
- Domésticos
- Deportivos

Conciencia
de los riesgos

SEGÚN SU ORIGEN

- Humano
- Mecánico
- Ambiental
- Mixto

Identificar las causas
de los accidentes

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

ASPECTO LEGAL **PRIMEROS AUXILIOS**

En Chile, existen varias capacitaciones obligatorias que deben realizarse por ley, dependiendo del sector y las actividades en las que se desempeñen los trabajadores.

La Ley N° 16.744 establece obligaciones específicas relacionadas con la **prevención de riesgos laborales**.

↳ **¿CUÁLES SON LAS CAPACITACIONES OBLIGATORIAS EN CHILE?**

Incluyen seguridad laboral, prevención de riesgos, y normativas ambientales, según el rubro y el tamaño de la empresa.

En Chile no existe una Ley específica al respecto a la capacitación de primeros auxilios.



↳ **CÓDIGO PENAL CHILENO, LIBRO TERCERO TÍTULO I DE LAS FALTAS.**

Art. 494. Sufrirán la pena de multa de una a cuatro unidades tributarias mensuales:
El que no socorriere o auxiliare a una persona que encontrare en despoblado herida, maltratada o en peligro de perecer, cuando pudiese hacerlo sin detrimento propio.

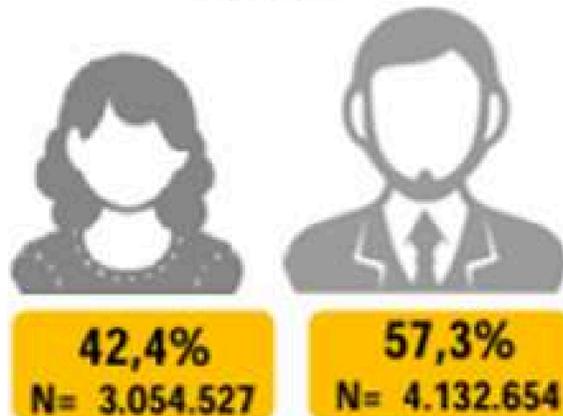


ESTADÍSTICAS ACCIDENTES

Cobertura

Trabajadores/as protegidos/as por el Seguro Social de la Ley N°16.744
Mutualidades y cotizantes ISL

2023



s/i 0,3% N= 21.807

Nacionalidad			
Mujeres	Hombres	Total	
Chilena	86,5%	86,5%	86,4%
Extranjera*	10,3%	9,7%	10,1%

*Incluye nacionalizados (1,5%)

3,5% s/i de nacionalidad 0,3% s/i de sexo

En el año 2023, son **7.208.988 millones**, los trabajadores(as) protegidos por la ley N.º 16.744



ESTADÍSTICAS ACCIDENTES

Indicadores de accidentabilidad

Lesiones por accidentes del trabajo en mutualidades

Según sexo y ubicación de la lesión
2023 (no incluye accidentes de trayecto)

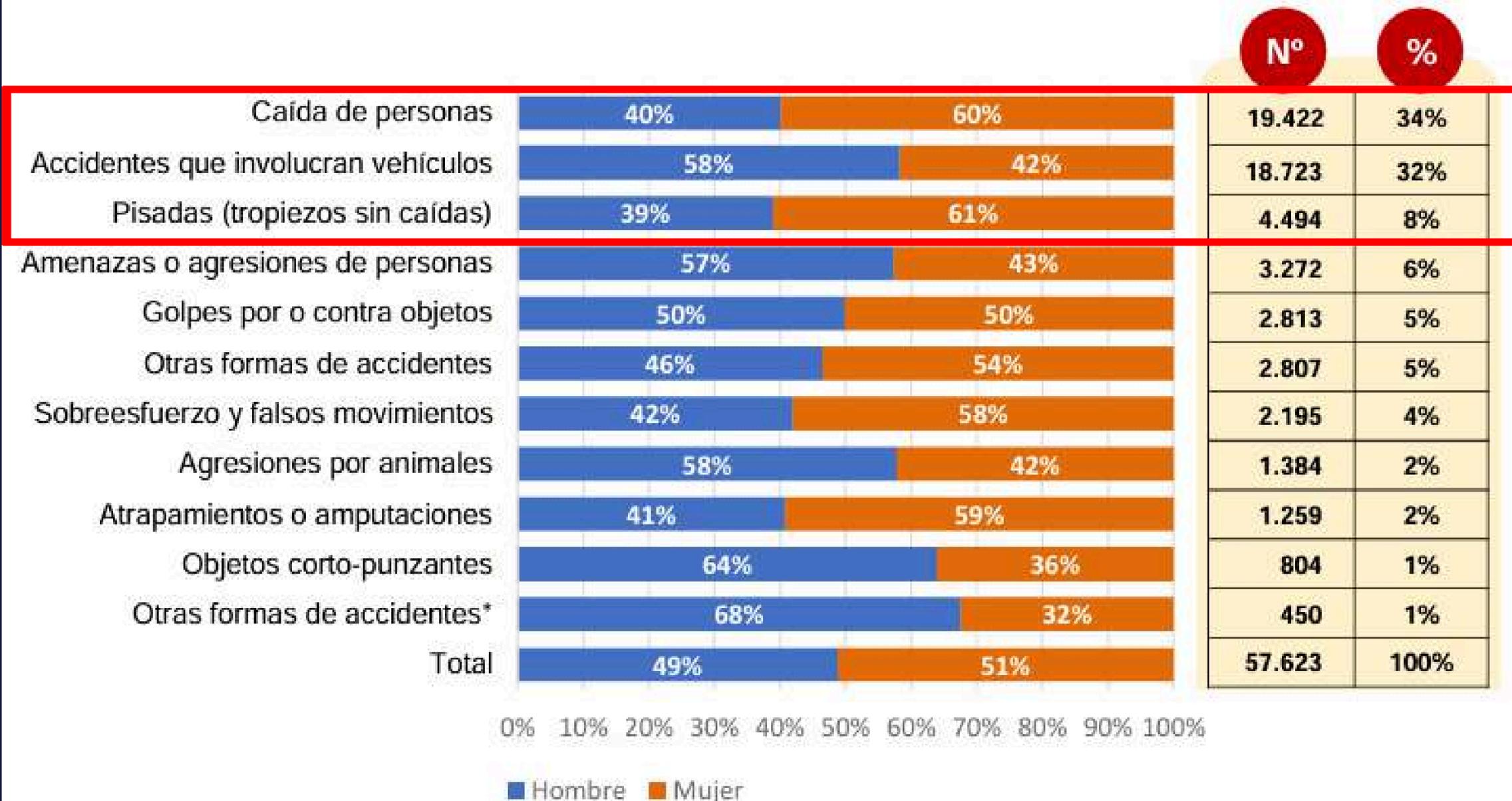


Nota: La suma de los porcentajes puede diferir de 100% por efecto de los decimales.

ESTADÍSTICAS ACCIDENTES

Indicadores de accidentabilidad

Forma del accidente Accidentes de Trayecto en mutualidades 2023



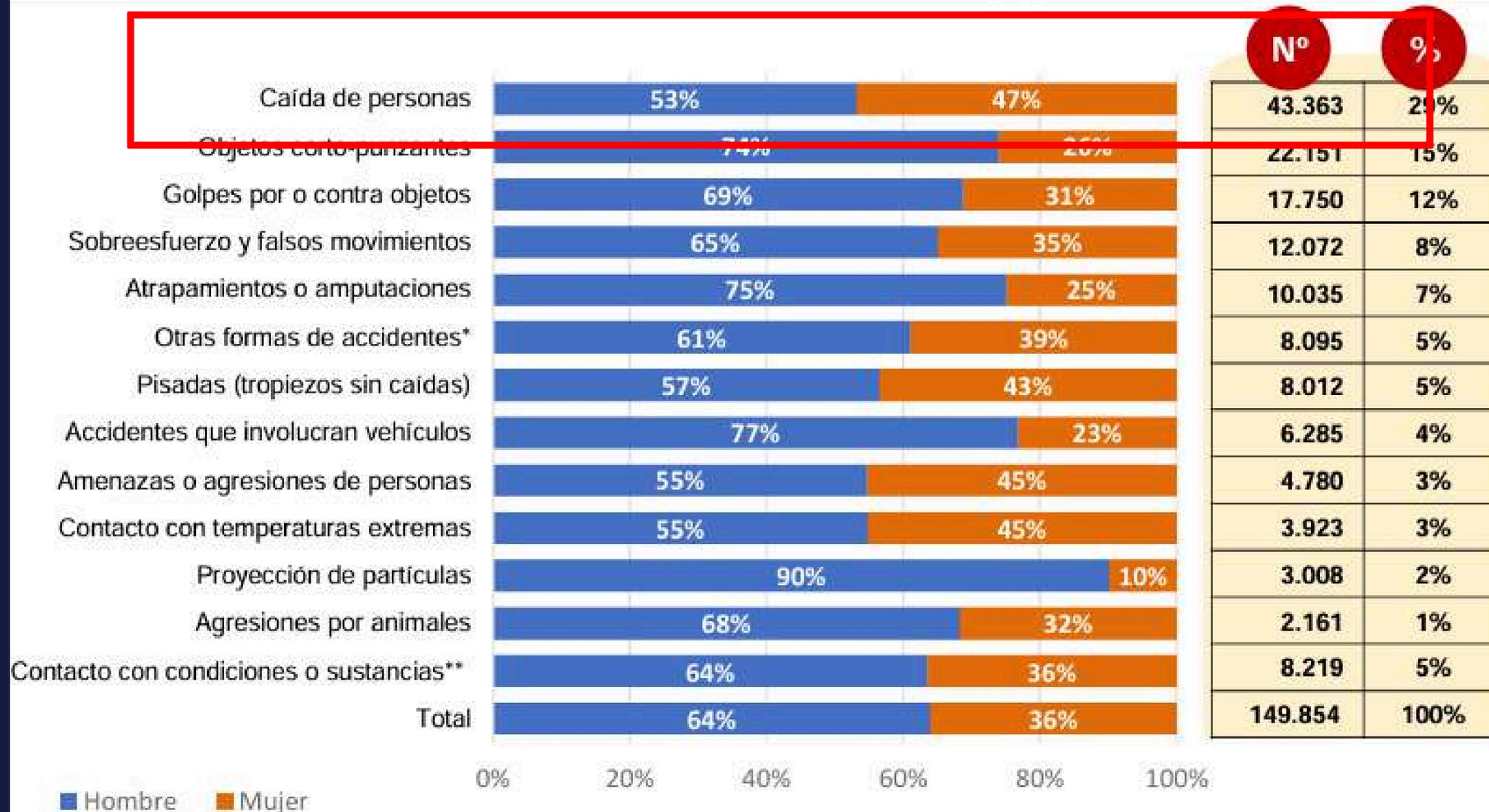
* Otras formas: Proyección de partículas, Contacto con temperaturas extremas, Contacto con condiciones o sustancias físicas, químicas o biológicas, Picaduras de insectos y Contacto con corriente eléctrica.

Este indicador desagrega los accidentes distribuidos por la forma o manera en que el objeto o la sustancia en cuestión entraron en contacto con la persona afectada, en mutualidades, según el 'Clasificación de Agentes Materiales de la OIT'

ESTADÍSTICAS ACCIDENTES

Indicadores de accidentabilidad

Forma del accidente
Accidentes del trabajo en mutualidades
2023



* Otras formas: Físicas, químicas o biológicas.

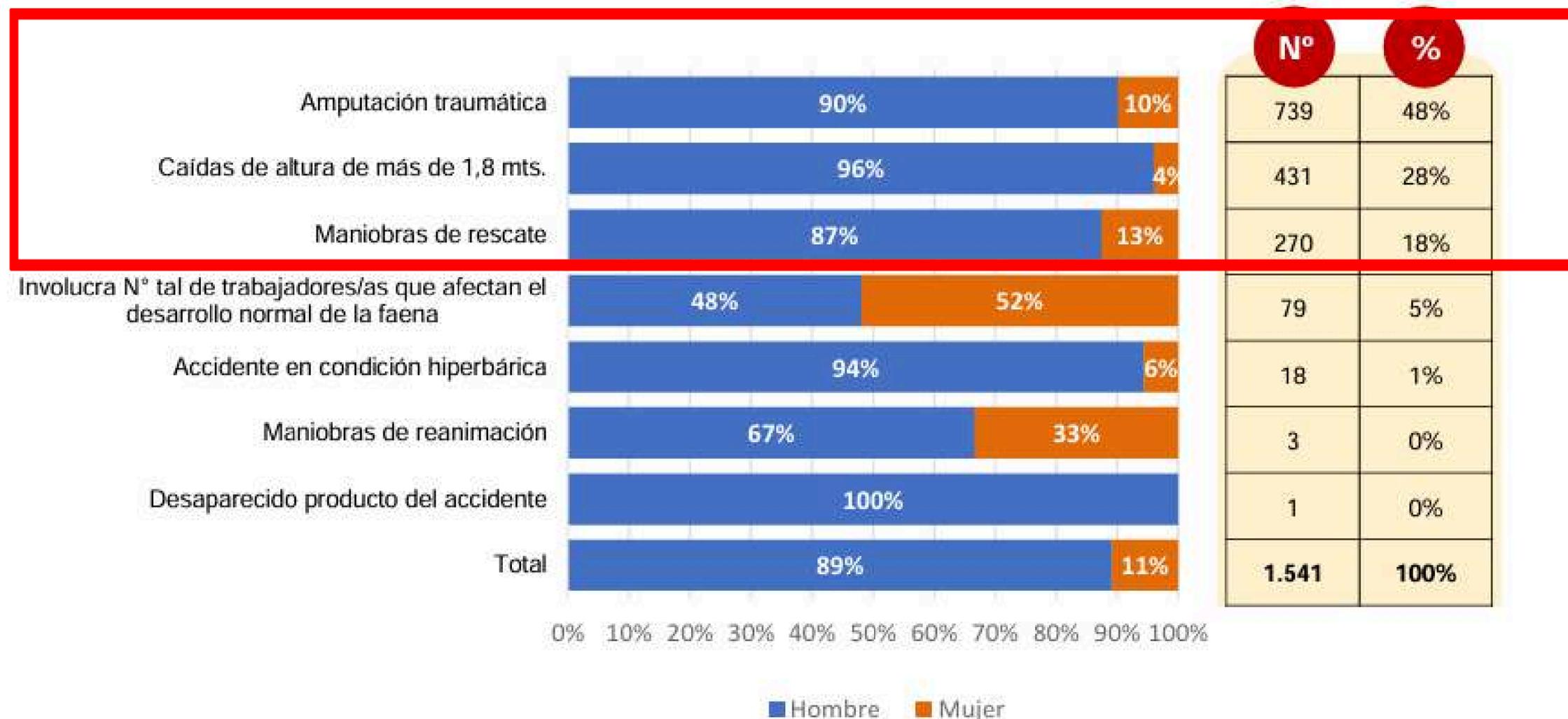
**Picaduras de insectos, contacto con corriente eléctrica, otras formas de accidentes.

Este indicador desagrega los accidentes distribuidos por la forma o manera en que el objeto o la sustancia en cuestión entraron en contacto con la persona afectada, en mutualidades, según el 'Clasificación de Agentes Materiales de la OIT'

ESTADÍSTICAS ACCIDENTES

Indicadores de accidentabilidad

Accidentes del trabajo graves en mutualidades, según criterio de gravedad 2023 (No incluye trayecto)



Del total de accidentes del trabajo en mutualidades (149.854), un 1,03% correspondieron a accidentes del trabajo graves en mutualidades (1.541)

ESTADÍSTICAS ACCIDENTES

Accidentes Fatales

Accidentes del trabajo fatales en mutualidades e ISL Sin participación de vehículos 2023 (No incluye trayecto)

Forma del accidente	N° fallecidos	%
Caída de personas	31	36,9%
Golpes por o contra objetos	16	19,0%
Contacto con corriente eléctrica	12	14,3%
Atrapamientos o amputaciones	11	13,1%
Otras formas de accidentes	4	4,8%
Contacto con condiciones o sustancias físicas, químicas o biológicas	3	3,6%
Amenazas o agresiones de personas	2	2,4%
Contacto con temperaturas extremas	2	2,4%
Sobreesfuerzo y falsos movimientos	2	2,4%
Objetos corto-punzantes	1	1,2%
Total	84	100,0%

POLITRAUMATIZADOS

Más de 50% de los pacientes muere en la escena del accidente o dentro de las primeras cuatro horas, es por esto que el énfasis del entrenamiento y educación sobre el manejo del trauma debe ponerse en aquellos que enfrentarán primariamente al paciente traumatizado. El manejo rápido y correcto de las lesiones primarias (ej. hemorragias o compromiso de la vía aérea) siguen siendo el mayor determinante de la supervivencia del politraumatizado. El transporte rápido y expedito a un Hospital está asociado a una reducción significativa en la mortalidad.

MANEJO INICIAL DEL TRAUMA

El manejo inicial del politraumatizado define tres tiempos en la evaluación con objetivos distintos y en escenarios distintos. Estos son: evaluación primaria, evaluación secundaria y evaluación terciaria.

Evaluación primaria

Es el primer acercamiento al paciente traumatizado y su objetivo es la identificación y manejo inmediato de lesiones inminentemente letales.

Evaluación secundaria

Identificación de lesiones que potencialmente pueden ser mortales. En esta evaluación es fundamental el apoyo imagenológico con radiología y tomografía computada

Evaluación terciaria

Corresponde a la reevaluación hecha con mayor cantidad de recursos diagnósticos y examen clínico detallado del paciente.

EVALUACIÓN DE LA ESCENA

Antes de abordar a un paciente, verifique rápidamente la seguridad de la escena. Una vez que haya determinado que la escena sea segura, procederemos a la evaluación primaria.

Arrastre a cargo de una persona en zona amenazante

El arrastre a cargo de una persona es el más adecuado para mover a una persona con lesiones múltiples que no puede caminar o está inconsciente. El responsable de la atención, arrastra al paciente tirando de la ropa de la zona del cuello y los hombros.



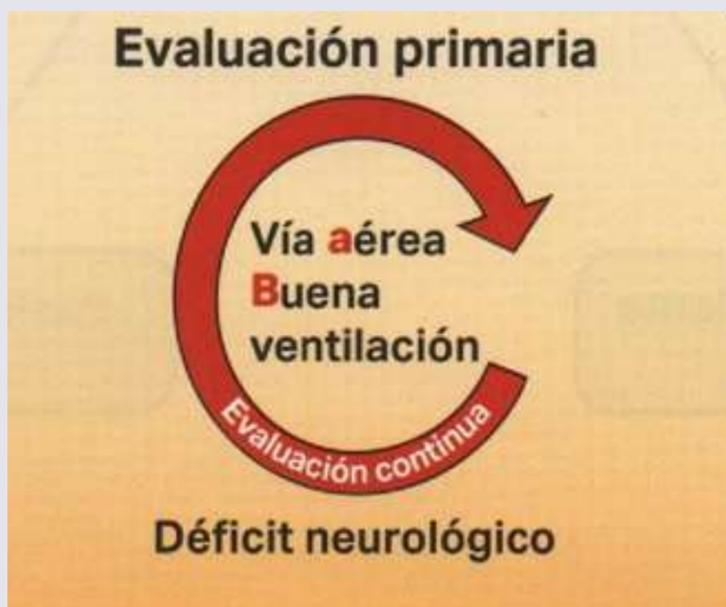
Se debe sujetar la ropa por detrás del cuello, usar los brazos para sostener la cabeza del paciente y arrastrarlo fuera de la zona de amenaza si es que la hubiera, **de no existir una zona amenazante, no movilizar al paciente.**

A

VÍA AEREA CON CONTROL DE COLUMNA CERVICAL

EVALUACIÓN PRIMARIA A-B-C-D-E

Hasta un 16% de las muertes precoces son atribuibles a un mal manejo de la vía aérea.

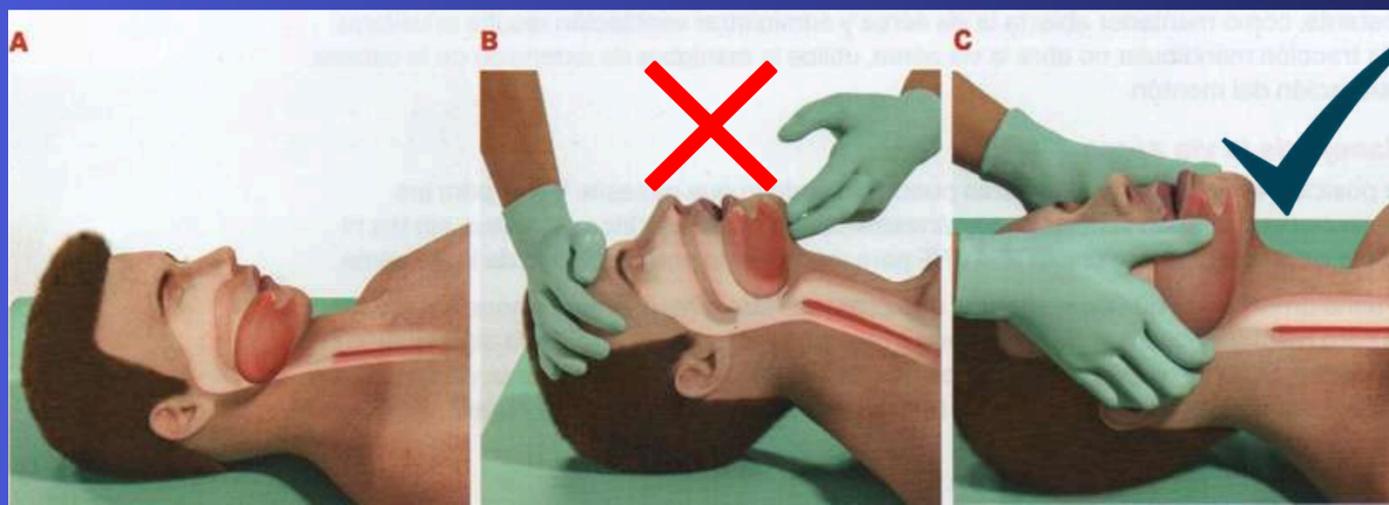


El propósito crucial es establecer una vía aérea segura y permeable, conjuntamente se debe inmovilizar la columna cervical hasta descartar lesión y administrar oxígeno.

La evaluación requiere una inspección de la cavidad oral. En el caso de paciente con compromiso de conciencia, se debe retirar cualquier cuerpo extraño como dientes, prótesis dental o alimentos en la cavidad oral.

Ante la necesidad de inmovilización de columna cervical, está contraindicada la hiperextensión cervical para permeabilizar la vía aérea. En este caso, la permeabilidad se logra con la tracción y subluxación mandibular. Esta última maniobra se deben realizar en un paciente inconsciente, por el dolor, incomodidad o efectos adversos que implican.

De no contar con collares, la inmovilización de la columna cervical, se debe inmovilizar manualmente, hasta obtener un dispositivo de fijación. Es importante señalar que el tiempo requerido para evaluar y manejar adecuadamente una A alterada toma desde 15 segundos.



B

RESPIRACIÓN EFECTIVA Y VENTILACIÓN

La manifestación inicial de un paciente con alteración de la ventilación es el aumento de la frecuencia respiratoria y disnea franca. Se puede encontrar uso de musculatura accesorio, movimientos torácicos anormales cianótico y eventualmente ingurgitación yugular.

Las habilidades básicas de vía aérea usadas para ventilar a un paciente son:
Previa tracción mandibular sin extensión de la cabeza (sospecha de traumatismo de la columna cervical)

- Ventilación boca a boca
- Ventilación boca a nariz
- Ventilación boca a dispositivo de barrera (con una mascarilla de bolsillo)
- Ventilación con bolsa mascarilla



SI EL PACIENTE NO RESPIRA, HAY QUE COMENZAR LA VENTILACIÓN DE INMEDIATO

PARO RESPIRATORIO

Se define como la falta de respiración o ventilación espontánea efectiva en un paciente inconsciente, a pesar de la presencia de actividad cardíaca. Si no se ejecutan maniobras de manera inmediata, el paciente puede deteriorarse rápidamente y evolucionar con un paro cardiorrespiratorio.

¡PRECAUCIÓN!

Durante las maniobras, evitar una ventilación excesiva (administrar demasiadas ventilaciones o con un volumen demasiado elevado).

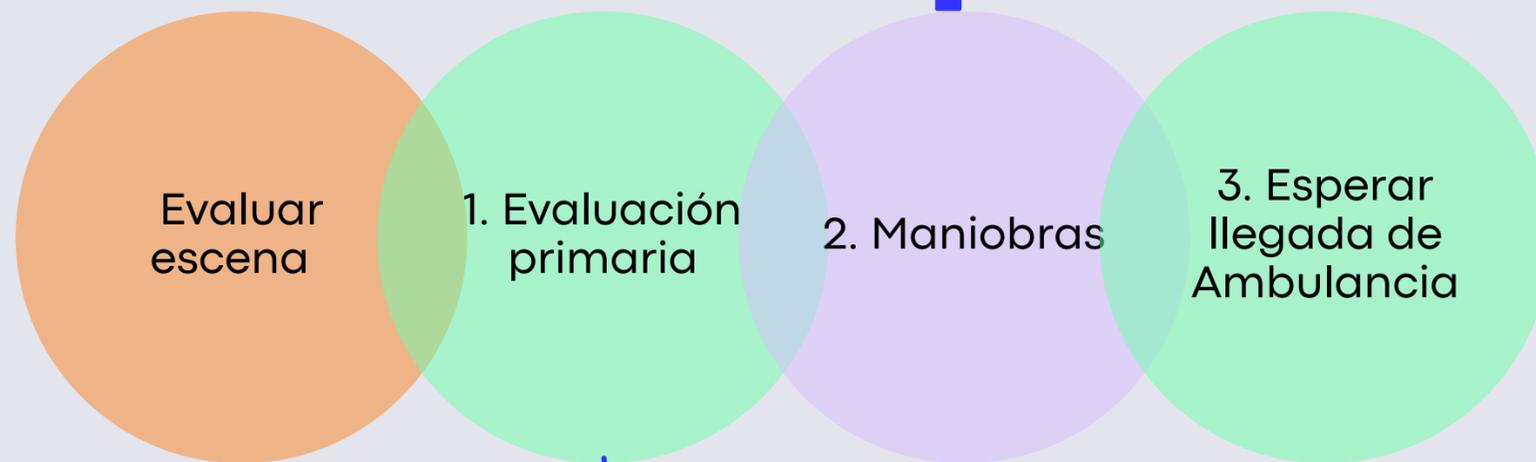


DISTENSIÓN GÁSTRICA

REGURGITACIÓN ASPIRACIÓN

- Aumenta la presión intratorácica
- Disminuye el retorno venoso al corazón
- Disminuye el gasto cardíaco y la supervivencia
- Puede provocar vasoconstricción cerebral con disminución del flujo sanguíneo al cerebro.

INICIAR SVB (SOPORTE VITAL BÁSICO)

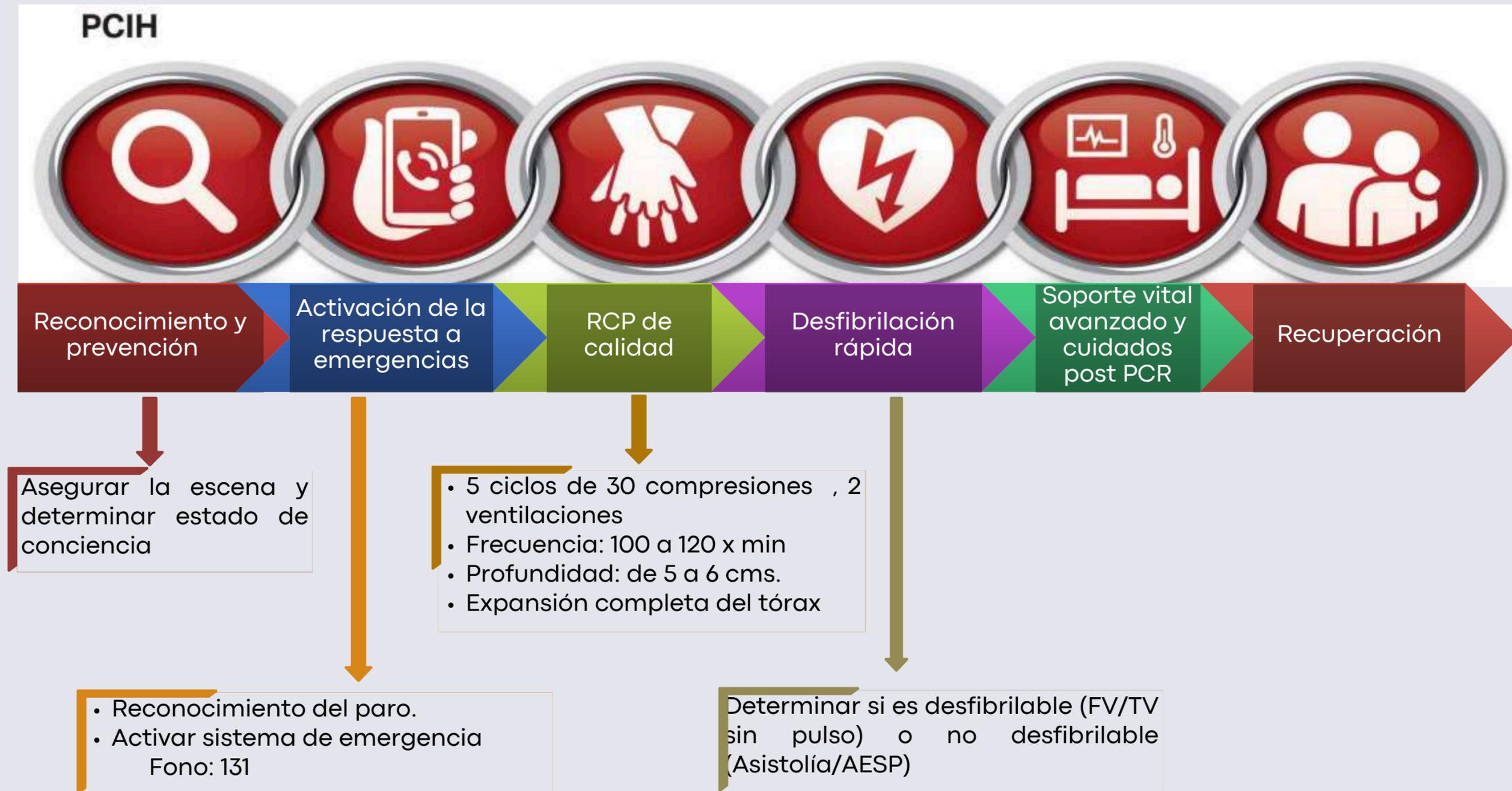


Paciente no responde, pedir ayuda y activar sistema de respuesta a emergencias.

- Administre una ventilación c/ 6 seg. o 10 ventilaciones/min
- Cada ventilación debe durar 1 seg. y se debe apreciar una elevación torácica visible.
- Comprobar el pulso cada 2 min.; utilice entre 5 y 10 segundos para hacerlo
- **Si no se detecta pulso, iniciar RCP**

PARO CARDIACO

Para tener éxito, todo intento de reanimación, necesita una base sólida de RCP de alta calidad y desfibrilación cuando el ritmo del ECG del paciente lo requiera.



RCP DE CALIDAD



ADULTO

- Manos en el centro del tórax (mitad inferior del esternón)
- Brazos extendidos y perpendiculares al piso.
- Profundidad: 5 a 6 cms,



NIÑO

- Mano en el centro del pecho (mitad inferior del esternón)
- Brazo extendido y perpendicular al piso.
- Profundidad: Al menos 1/3 de la profundidad del tórax (5 cms. Apróx.)



BEBÉ

- Dos dedos paralelos al esternón justo en el centro del pecho, debajo de la línea imaginaria que une las tetillas
- Compresiones torácicas con dos dedos
- Profundidad: Al menos 1/3 de la profundidad del tórax (4 cms apróx.).

En todos los casos , administre 30 compresiones a un ritmo de al menos 100 y un máximo de 120 compresiones por minuto.

REALIZAR SOLO COMPRESIONES ES UNA ALTERNATIVA ACEPTABLE

C

CONTROL DE HEMORRAGIA Y CIRCULACIÓN

El control de hemorragia y estado circulatorio efectivo es uno de los pasos cruciales en el manejo inicial del politraumatizado.

OBJETIVO

Se basa en la identificación de paciente con riesgo de hemorragia exanguinante, el control de ella y la planificación del manejo hemostático definitivo.

Inicialmente el paciente se presentara pálido con piloerección y sudoroso. A medida que aumenta la hemorragia, su estado mental evolucionará desde ansiedad, agitación hasta coma.

¡INSPECCIÓN!

Buscar dirigidamente una fuente de hemorragia oculta

Los lugares anatómicos que albergan gran des volúmenes sanguíneos son cuero cabelludo (en infantes), tórax, tubo digestivo, cavidad peritoneal, retroperítoneo, pelvis y huesos largos.

MANIOBRAS

Compresión de lesiones con sangrado activo, uso de torniquetes en amputación total o parcial. Son técnicas efectivas y deben ser realizadas inmediatamente al reconocer la hemorragia

REANIMACIÓN CON VOLUMEN: Debe ser manejado por equipo de salud especializado

D

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Ansiedad

Sopor

Coma

Refleja el estado neurológico del paciente y su alteración que puede ser explicada por injuria primaria del sistema nervioso central, o bien, es secundaria a insuficiencia respiratoria o circulatoria que determinen una hipoperfusión cerebral.

GLASGOW

Respuesta ocular

- 4. Espontánea
- 3. Al estímulo verbal
- 2. Al dolor
- 1. No hay apertura ocular

Respuesta verbal

- 5. Orientada
- 4. Confusa
- 3. Palabras inapropiadas
- 2. Sonidos incomprensibles
- 1. No responde

Respuesta motora

- 6. Obedece órdenes
- 5. Localiza el dolor
- 4. Retira al dolor
- 3. Flexiona al dolor
- 2. Extiende al dolor
- 1. Sin movimiento



EVALUACIÓN PUPILAR

ISOCORIA



MIOSIS



MIDRIASIS



ANISOCORIA



- Tamaño
- Simetría
- Reactividad

E

EXPOSICIÓN

Y CONTROL AMBIENTAL

El análisis de la extensión de las lesiones y el control del ambiente con prevención de la hipotermia son las principales medidas realizadas.

Si bien la E está al final de la secuencia, no necesariamente implica que sea lo último a realizar. En muchas situaciones será necesario exponer al paciente para acceder a la evaluación primaria.

SI ES MOTORISTA, NO RETIRE EL CASCO



Buscar signos evidentes de traumatismos.



Prevenir hipotermia
Mantener entre 32° y 37,5°



La tríada de la muerte



Figura. Círculo vicioso del sangrado.

El paciente politraumatizado debe ser tratado como un todo, sin enfocarse solo en una herida llamativa. Siempre se sigue la secuencia A-B-C-D-E, para evitar pasar por alto alguna lesión potencialmente mortal. El manejo de esta clase de pacientes comienza en el pre-hospitalario controlando las hemorragias externas.

Algunas causas de la hipotermia en el trauma

El shock hipovolémico origina una disminución de la oxigenación tisular y la consiguiente disminución de la producción de calor.

Exposición del paciente a bajas temperaturas tanto en la fase prehospitalaria como la hospitalaria

Los traumas del sistema nervioso central (SNC) pueden empeorar la termorregulación.

Temperatura ambiental en las unidades de atención y tratamiento.

Inmovilización del paciente.

Humedad de la ropa del paciente.

Fluidoterapia masiva en la reanimación



La estrategia de tratamiento de la hipotermia comienza en la etapa prehospitalaria con las siguientes medidas: prevención de la sobreexposición, despojo de las ropas húmedas, uso de mantas para el calentamiento y transporte rápido y adecuado hacia el hospital.