



PRIMEROS AUXILIOS

1. PRINCIPIOS GENERALES
2. NORMAS DE ACTUACIÓN
3. BOTIQUÍN
4. DAÑOS Y ACTUACIONES
 - CONTUSIONES
 - HERIDAS Y HEMORRAGIAS
 - QUEMADURAS
 - FRACTURAS
 - AMPUTACIONES
 - ELECTROCUCIONES
 - LESIONES EN LOS OJOS
 - CUERPOS EXTRAÑOS. ATRAGANTAMIENTOS
 - INTOXICACIONES
 - LESIONES POR CALOR
 - LESIONES POR FRÍO
 - LESIONES PRODUCIDAS POR ANIMALES
 - INCENDIOS
 - EXPLOSIONES
 - ACCIDENTES DE TRAFICO
 - ACCIDENTES POR SUMERSIÓN
 - TRANSPORTE DE LOS HERIDOS
 - REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR (RCP):
 - A) Respiración artificial.
 - B) Masaje cardiaco externo.

1- PRINCIPIOS GENERALES:

Los primeros auxilios son los cuidados inmediatos que se dan a las personas accidentadas en el mismo lugar del siniestro hasta que son atendidos por personal sanitario.

Los objetivos de estas actuaciones urgentes son:

- evitar más lesiones
- evitar complicaciones de las lesiones sufridas
- mantener la vida de quien esté en riesgo de perderla
- asegurar las condiciones adecuadas para el traslado a un centro sanitario

De la actuación inmediata tras un accidente va a depender la evolución del lesionado y, en ocasiones, incluso su vida. La formación en primeros auxilios va a resultar muy útil, no sólo en los accidentes laborales, sino también en las situaciones urgentes que nos podamos encontrar en nuestra vida cotidiana.

2- NORMAS DE ACTUACIÓN:

Asistir a una persona accidentada, o a uno mismo en una situación de urgencia no es tarea fácil: el accidente por sí solo ya puede hacernos perder la calma. Si añadimos la sangre, los gritos, las discusiones de los curiosos sobre qué es mejor, incluso el fuego o el riesgo de explosión, (por citar sólo alguno de los muchos inconvenientes que pueden presentarse tras un accidente), nos encontramos que hasta la persona más tranquila puede perder los nervios y no saber cómo actuar.

Como norma general, aplicable a todo tipo de accidentes, debemos utilizar el sentido común, hacer solamente aquello que sepamos y podamos, y recordar siempre el método P.A.S.

P.A.S. {

- * **PROTEGER:** asegurarse de que accidentado y socorrista están fuera de peligro
- * **AVISAR:** poner la situación en conocimiento de los servicios correspondientes (médico, ambulancia, bomberos,...)
- * **SOCORRER:** iniciar las maniobras correspondientes en el mismo lugar del accidente, hasta que el herido reciba asistencia médica.

Aunque de forma rápida, hay que actuar con calma en todo momento, tranquilizando a la víctima y a las personas presentes para obtener su colaboración y facilitar la actuación.

3- BOTIQUÍN:

En todos los centros de trabajo debe disponerse de un pequeño armario o similar que contenga el material destinado a la atención en primeros auxilios. Debe estar situado en un lugar conocido y señalizado. No debe ser cerrado con llave pero sí mantenerse fuera del alcance de los niños. El botiquín estará a cargo de un responsable igualmente conocido y localizable.

Su contenido será revisado periódicamente y repuesto tras su uso.

El botiquín básico incluirá:

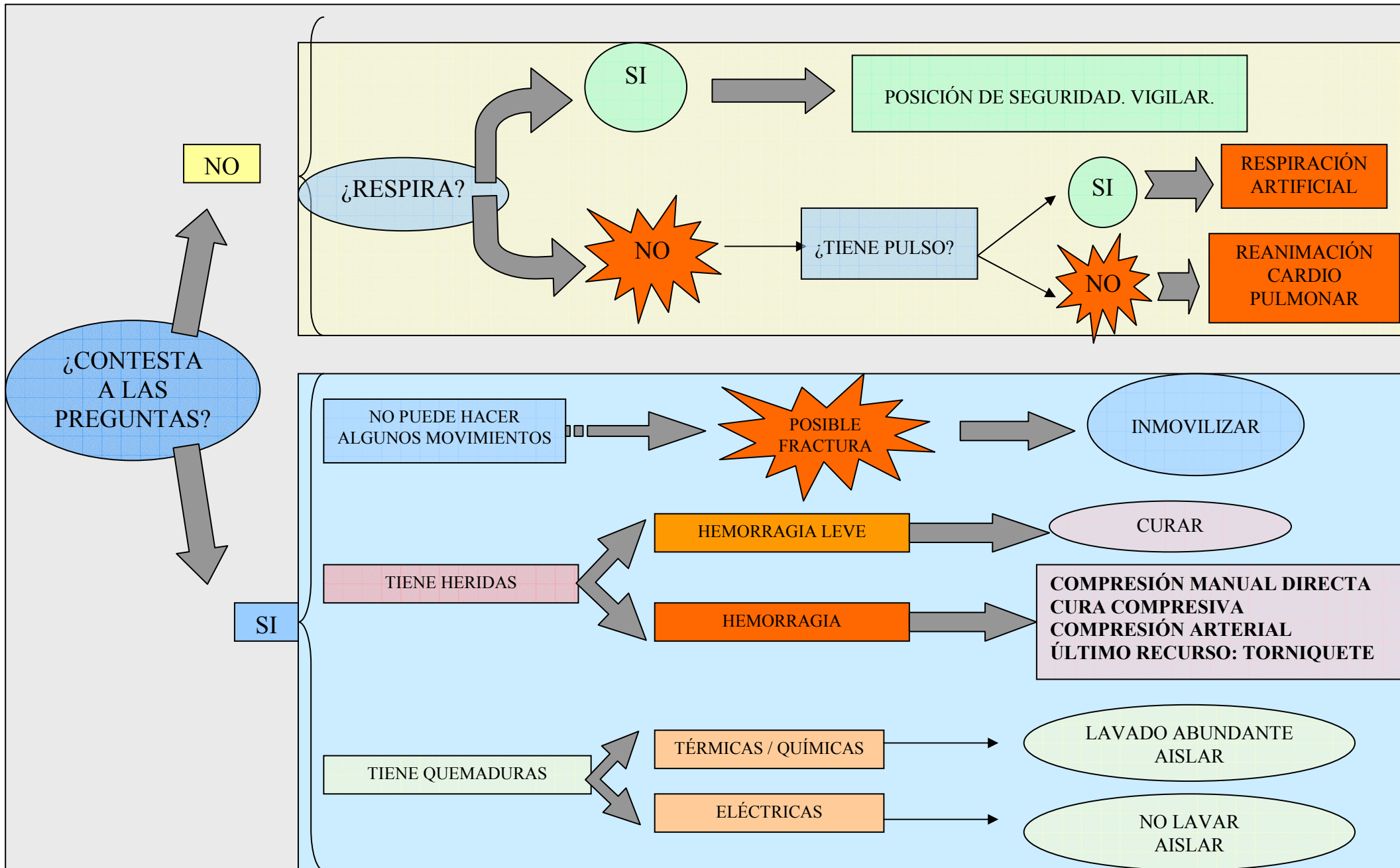
- gasas estériles
- antisépticos (povidona yodada o similar)
- vendas
- esparadrapo
- pinzas
- tijeras
- algodón
- alcohol
- agua oxigenada
- tiritas
- goma elástica para torniquetes
- férulas o tablillas para fracturas
- termómetro
- analgésicos
- antipiréticos
- pomada antihistamínica
- bicarbonato sódico
- vaselina estéril
- guantes
- camilla o similar en lugar accesible

También es conveniente tener a la vista carteles explicativos sobre reanimación cardiopulmonar, amputaciones, etc., así como los teléfonos de los servicios de emergencia, hospital, bomberos, información toxicológica,...

4- DAÑOS MÁS FRECUENTES Y ACTUACIONES:

A continuación veremos la forma de actuar en las situaciones de urgencia más frecuentes con las que nos podemos encontrar. Algunas son comunes para todos los accidentes:

- conservar la calma y tranquilizar al herido
- antes de realizar cualquier maniobra asegurarse de que no se corre ningún riesgo.
- examinar de forma superficial el estado de la víctima y las lesiones que presenta, empezando por comprobar la respiración, el latido cardiaco y la existencia de hemorragias.
- si hay varios lesionados, examinarlos individualmente (comprobando los tres aspectos anteriores) para establecer cuál es el que necesita ayuda de forma más urgente. En general, el herido que pide ayuda está menos grave que el que permanece callado y sin moverse.
- si la persona está inconsciente, colocarle en posición de seguridad (tumbado de costado con la cabeza ladeada), despejando sus vías respiratorias y vigilando frecuentemente su pulso y respiración.
- mantener la temperatura corporal, tapándole con mantas o prendas de abrigo.
- avisar o hacer que alguien avise a los servicios de urgencia.
- en caso necesario trasladar al accidentado al centro sanitario más próximo, garantizando previamente las condiciones adecuadas según el caso.



*** CONTUSIONES**

Se producen por golpes y caídas. La piel se inflama y aparece enrojecida y oscura. La zona se siente dolorida, pero la piel no llega a romperse. Son los típicos "moratones".

El tratamiento consiste en aplicar frío en la zona mediante hielo, compresas frías, u otros medios manteniendo si el posible la parte afectada en reposo y elevada.

En casos graves, debe ser un médico el que se haga cargo del tratamiento, pues puede ocultar una lesión más grave.

*** HERIDAS. HEMORRAGIAS.**

Son rupturas de la piel. Su principal peligro son las hemorragias, el shock y las infecciones.

A) Si la **hemorragia** es **leve**: nuestro objetivo será evitar la infección de la herida. Para conseguirlo será necesario:

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Usar guantes siempre que sea posible
- Limpiar la herida con una gasa estéril y antiséptico, eliminando los cuerpos extraños.
- Tapar la herida con una gasa limpia, sujetándola con esparadrapo o una venda.
- Acudir al médico para valorar profilaxis antitetánica

B) Si la **hemorragia** es **abundante** la posibilidad de infección pasa a un segundo plano, siendo prioritario cohibirla con los medios disponibles:

- Taponar la herida con gasas estériles, o en su defecto con pañuelos, toallas o paños limpios, comprimiendo hasta que deje de sangrar.
- Aplicar un fuerte vendaje, elevando la zona si es posible.
- Si la hemorragia continúa, añadir más gasas o paños limpios sin quitar el taponamiento anterior y aumentar la compresión
- En el caso de que estas medidas no sean suficientes, aplicaremos compresión digital con los dedos en el correspondiente punto arterial entre la herida y el corazón:

HERIDA EN:	ARTERIA	PUNTO DE PRESIÓN
pierna	femoral	ingle.
cara	facial	entre labios y mandíbula
cuello	carótida	unión cuello-hombro
hombros/brazos	subclavia	clavícula - 1ª costilla
antebrazo	humeral	axila
cabeza/frente	temporal	delante de la oreja, contra el cráneo

* Si en la herida hay **cuerpos extraños** pequeños o sueltos, pueden extraerse mediante el lavado por arrastre de la herida, pero si son fragmentos grandes o están clavados (piezas de metal, astillas de madera, vidrios, hojas de cuchillo, etc.) no debemos intentar sacarlos, ya que se puede provocar un daño mayor. Tampoco se debe presionar directamente sobre el cuerpo extraño, sino que se hará una almohadilla circular para rodear el cuerpo extraño y se presionará sobre la almohadilla. Si la hemorragia es intensa, presionar directamente sobre los bordes de la herida mientras se coloca el almohadillado.

Como último recurso aplicaremos un torniquete o un garrote entre la herida y el corazón para cortar el flujo de sangre y parar la hemorragia.

Lo haremos si es posible con tiras elásticas y en franjas anchas (5-10 cm). Debemos señalarlo visiblemente, anotando la hora en que fue colocado y aflojarlo cada cierto tiempo (cada diez minutos) para oxigenar el miembro afectado y comprobar si ha cesado la hemorragia.

Los síntomas de una pérdida abundante de sangre son : piel pálida, sudor frío, confusión, pulso débil y rápido, respiración rápida y superficial, hasta llegar, si la situación no se corrige, a un estado de shock.

En resumen, para evitar las complicaciones de las hemorragias, recurriremos, en este orden a:

- 1- Presión directa sobre la herida, con la víctima acostada y la zona que sangra elevada.
- 2- Presión sobre el punto arterial correspondiente.
- 3- Torniquete como último recurso.

-HERIDAS EN EL VIENTRE

- Acostar al herido sobre la espalda y abrigarle para mantener su temperatura corporal.
- Colocar gasas (estériles si es posible) sobre la herida sin tratar de recolocar las vísceras.
- Cubrir las gasas con una manta, cubriendo todo el vientre.
- Trasladarlo a un centro hospitalario.
- No darle nada de beber.

HERIDAS EN LOS OJOS.

- Tapar en ojo con gasas estériles.
- Sujetarlas con un vendaje.
- Trasladarlo rápidamente al oculista.

HERIDAS EN EL PECHO

- Son siempre peligrosas, especialmente cuando se oye entrar y salir el aire. Si no se actúa con rapidez el riesgo de muerte es muy alto.
- Tapar la herida con una cura seca que impida el paso del aire, cubriéndola con una bolsa de plástico fijada con esparadrapo.
- Acostar a la víctima sobre el lado lesionado para facilitar al máximo el movimiento del pulmón sano.
- Trasladar al herido urgentemente al hospital
- No darle nada de beber

QUEMADURAS

- **LEVES:** lavar con agua abundante durante 10 minutos. Aplicar antiséptico y tapar con gasa estéril, fijando con un vendaje. No pinchar las posibles vejigas. Acudir al médico.

- **MODERADAS / GRAVES:** lavar la zona con agua abundante durante 20 minutos (excepto en quemaduras por electricidad en las que el uso del agua suponga un riesgo). Cubrir la zona con gasas estériles y vendar. Si los dedos resultan quemados, separarlos de forma individual con gasas. Evitar el enfriamiento de la víctima tapándole con prendas de abrigo. Trasladarle con urgencia a un centro sanitario.

FRACTURAS

Son roturas de los huesos. Pueden ser cerradas o abiertas, si el hueso roto atraviesa la piel.

Una fractura puede ser diagnosticada a simple vista, o por el contrario, necesitar de los medios más sofisticados para su detección, pero en cualquier caso, ante la duda de si habrá o no fractura (y hasta que se confirme el diagnóstico), se actuará siempre como si hubiese fractura, manejando al herido con las máximas precauciones.

Los síntomas son dolor intenso, imposibilidad para mover la zona afectada, deformidad,...

La actuación en caso de sospecha de fractura consiste en inmovilizar la zona afectada y trasladar al herido a un centro hospitalario.

Para inmovilizar usaremos, sin cambiar de posición el miembro afectado, férulas, tablas o cualquier otro material rígido disponible (a ser posible acolchado con algodón, ropa, o similares) y lo sujetaremos (sin apretar excesivamente) mediante vendas, cinturones, cuerdas, etc., abarcando el foco de la fractura y las articulaciones situadas por encima y por debajo.

En los casos de fractura de una pierna podemos inmovilizarla sujetándola a la pierna sana desde el tobillo hasta la cadera.

Para inmovilizar un hombro, podemos sujetar el brazo al tórax.

- FRACTURAS DE COLUMNA VERTEBRAL:

Sus síntomas son dolor en cuello y espalda, hormigueo o insensibilidad en piernas y brazos, pero como en el resto de las fracturas, ante la duda máximas precauciones para no agravar el estado del herido.

No moverle a menos que sea imprescindible (riesgo de explosión, incendio,...). Avisar a los servicios de urgencia y mantenerle abrigado y lo más tranquilo posible.

Si no queda más remedio, trasladarle con mucha precaución manteniendo siempre la espalda recta y movilizándole entre al menos tres o cuatro personas, de la forma que veremos en el apartado "transporte de los heridos"

- FRACTURAS DE CABEZA:

- Si afectan al cráneo: Acostar al herido con la cabeza ligeramente levantada si tiene la cara congestionada, o con la cabeza baja y los pies elevados si está pálido. Acudir urgentemente al hospital.
- Si afectan a la mandíbula inferior: Unirla a la superior mediante una venda, pañuelo o similar anudado sobre la cabeza y acudir al hospital.

FRACTURAS DE CUELLO:

Evitar movimientos que no sean absolutamente necesarios, ya que las consecuencias pueden ser irreparables.

Si es posible, y siempre con extrema precaución, se colocará al herido un collarín y se mantendrá recto el eje cabeza–cuello–tronco mediante una tabla larga desde el cuello hasta la cintura sujeta con vendas, cuerdas, o cualquier otro material adecuado y disponible.

FRACTURAS DE CADERA:

Inmovilizar la zona con una férula, tabla o similar desde la axila hasta el pie y otra por la parte interna desde la ingle al pie, sujetándolas a la pierna y al tronco.

FRACTURAS DE BRAZO:

Colocar una férula desde el hombro hasta el codo por la parte exterior y otra desde la axila al antebrazo. Sujetarlas con vendas y colocar en cabestrillo cruzado delante del pecho y sujeto al cuello.

FRACTURAS DE CODO:

Si ha quedado extendido y no puede doblarlo, inmovilizar mediante una férula desde la axila al antebrazo. Si puede doblarlo, inmovilizar y colocar en cabestrillo cruzado sobre el pecho.

AMPUTACIONES

En estos casos la posibilidad de reimplantar con éxito el miembro amputado va a depender de la actuación en los primeros momentos tras el accidente.

Por ser éstos unos momentos de especial desconcierto, es recomendable tener a la vista en un sitio conocido los teléfonos de los centros de urgencias, así como los carteles explicativos de qué hacer.

La actuación consistirá en seguir estos pasos:

- Avisar al Centro al que va a ser trasladado el herido de la situación
- Vendar el miembro afectado, siguiendo los pasos vistos anteriormente para detener la hemorragia. Evitar los torniquetes.
- Envolver la parte amputada en gasas estériles (o paños limpios), nunca en algodón.
- Introducir la parte amputada, ya envuelta, en una bolsa de plástico y cerrar bien para que no entre agua.
- Meter la bolsa en un recipiente que contenga agua con hielo.
- No manipular ni el miembro herido ni la parte amputada para desinfectar o limpiar, ya que podemos perjudicar más que beneficiar.
- Evacuar urgentemente a un Centro Hospitalario, llevando con el herido la parte amputada.
- Si la amputación ha sido incompleta, seguir los mismos pasos, pero colocando antes una férula, tablilla o similar para inmovilizar la zona.

ELECTROCUCIONES

Según las características del accidente distinguiremos dos grupos:

1- Accidentes por alta tensión.

2- Accidentes por baja tensión.

- Alta tensión:

En estos casos lo más probable es que el accidentado no quede pegado al conductor de corriente, sino que salga despedido a varios metros. En una proporción muy alta se produce una muerte instantánea por colapso de los centros vitales y fibrilación ventricular, quedando además graves quemaduras en las zonas de entrada y salida de la corriente, así como quemaduras generalizadas por el incendio de la ropa. En otros casos el accidentado no muere instantáneamente, pero sufre parada respiratoria y pérdida del conocimiento. En raras ocasiones el herido conserva la consciencia, pero sufre graves quemaduras.

En estos casos las maniobras de rescate son muy peligrosas, ya que se forma un arco eléctrico en dirección al suelo que abarca varios metros, por lo que lo primero que debemos hacer es alertar a los servicios de urgencia correspondientes (bomberos, ambulancia) que se encargarán del salvamento con los medios apropiados. No se debe realizar ninguna maniobra sin tener la absoluta certeza de que el riesgo de electrocución ha sido eliminado, porque es muy probable que el accidentado haya muerto y se exponga una vida por rescatar un cadáver.

Las maniobras de salvamento son muy peligrosas cuando se trata de alta tensión, por lo que sólo pueden ser realizadas por personal especializado, entrenado y con conocimientos en electricidad.

Las maniobras serán las siguientes:

1. Cortar la corriente a ambos lados del accidente y desconectar las fuentes de alimentación del circuito.
2. Si no fuera posible cortar la corriente, intentar la puesta a tierra y en cortocircuito de los conductores. Para ello se lanzará una cadena gruesa o un cable metálico que se habrán conectado a tierra por encima de los conductores. Para que la maniobra sea segura, se adoptarán las siguientes precauciones:
 - Elegir cadenas o cables de grosor suficiente para aguantar el contacto eléctrico sin fundirse.
 - La persona que lanza la cadena o cable estará aislado del suelo mediante calzado aislante, con suela de goma, cajones de madera, banquetas aislantes, etc.
 - Soltar la cadena antes de que llegue a tocar los conductores de corriente sobre los que ha sido lanzada.
 - El contacto debe ser firme y fijo.
3. Como última opción se puede provocar un cortocircuito arrojando una barra de metal entre los conductores de forma que se pongan en contacto.

En cualquiera de estos tres casos, es imprescindible el aislamiento del suelo y la protección frente al arco eléctrico mediante ropas incombustibles por parte del socorredor para no acabar corriendo la misma suerte que el accidentado.

- Lesiones provocadas por rayos:

Cuando una persona es alcanzada por un rayo recibe una descarga eléctrica de más de un millón de voltios durante un periodo muy breve. Esta descarga puede producir parada cardíaca, quemaduras graves y profundas en las zonas de entrada y salida, e incendio de la ropa.

En los casos de parada cardíaca, la reanimación suele tener buenos resultados por la breve duración de la descarga, por lo que se iniciará el masaje cardíaco y la respiración artificial en cuanto sea posible.

- Baja tensión: (voltajes de uso doméstico e inferiores)

El resultado de este tipo de accidentes puede ser:

- Víctima muerta (en contacto o no con el conductor de corriente).
- Inconsciente y con parada cardio-respiratoria (en contacto o no con el conductor).
- Consciente y agarrado al conductor de forma convulsiva por la contracción muscular que provoca la descarga.
- Consciente, con quemaduras y separado del conductor.
- Ileso.

La actuación en estos casos, y tras asegurarse de que se ha eliminado el riesgo eléctrico consistirá en:

- Desconectar la corriente cerrando los interruptores o desconectando las fuentes de alimentación.

- Si no se puede desconectar, tratar de separar a la víctima de la corriente aislándose del suelo como ya se ha visto anteriormente y usando pértigas aislantes, palos cuerdas o cualquier material disponible, siempre que no sea conductor de la corriente.
- Si el accidente ocurre en alturas, prever la caída del herido y amortiguarla con colchones, lonas, etc.
- Recordar que el electrocutado es un conductor de electricidad mientras esté en contacto con la corriente. No efectuar ningún movimiento sin asegurarnos de que estamos aislados, pues es probable que la víctima haya fallecido y no podemos correr el riesgo de acabar igualmente electrocutados.

Una vez rescatada la víctima iniciaremos las maniobras oportunas:

- Apagar el incendio de sus ropas si lo hay con arena, mantas y otros medios disponibles, evitando el uso de agua si no estamos totalmente seguros de que ya no hay riesgo eléctrico.
- Reanimación: Tras un accidente eléctrico es muy probable que el herido no respire ni tenga pulso (fibrilación ventricular por la descarga eléctrica) por lo que iniciaremos rápidamente la reanimación cardio-pulmonar tal como se explica más adelante.
- Tras haberle reanimado, tratar las quemaduras con agua o antiséptico, taparlas con gasas estériles o paños limpios y tapar con mantas o prendas de abrigo.
- Si el accidentado está consciente, le daremos un vaso de agua con una cucharada de bicarbonato sódico para prevenir la acidosis de la sangre, que es una complicación muy frecuente en los accidentes por electricidad.
- Traslado a un Centro Hospitalario, acostado y abrigado y vigilando posibles repeticiones de episodios de parada cardio-respiratoria.

ACCIDENTES EN LOS OJOS

* **Contacto con irritantes químicos:**

Lavar el ojo inmediatamente con agua abundante y a chorro durante 10 minutos.
Taparlo con una gasa estéril y trasladar a un Centro Sanitario.

* **Cuerpos extraños en los ojos.**

Si son del tipo partículas de arena, virutas de madera, y no están clavados, podemos tratar de extraerlo con la punta de una gasa o paño limpio.

Si no lo conseguimos, o si se trata de astillas metálicas u otras partículas clavadas en el ojo nos limitaremos a taparlo con una gasa y esparadrado y trasladar al sujeto al Centro Sanitario.

ATRAGANTAMIENTOS

- Mantener la calma, tranquilizar al atragantado y estimularle a que tosa.
- No intentar eliminar la obstrucción con la mano, porque podríamos empeorarla.

- Si la tos no elimina el cuerpo extraño, haga que alguien avise a los servicios de urgencia y mientras siga intentándolo.
- inclinar al sujeto hacia delante doblando la cintura y darle golpes secos y enérgicos con la mano abierta entre los omoplatos.
- Si tampoco funciona enderezarle y realizar la maniobra de Heimlich: El auxiliador se coloca detrás y pasa sus brazos por debajo de los de la víctima, colocando un puño por encima del ombligo y por debajo del esternón. Con la otra mano se empuja el puño, comprimiendo fuertemente el abdomen hacia arriba y atrás, repitiendo hasta despejar la vía respiratoria.
- Si también esta maniobra fracasa y la víctima pierde el conocimiento lo seguiremos intentando en el suelo, tumbándole de espaldas y comprimiendo su abdomen en dirección a la cabeza.
- Si la obstrucción continúa intentaremos eliminarla con los dedos o unas pinzas para iniciar la respiración artificial si fuera necesario.
- El traslado a un Centro Sanitario se iniciará tan pronto como sea posible.
- Si la víctima es un niño pequeño lo sujetaremos boca abajo con un brazo y con el talón de la mano libre le daremos golpes secos entre los omoplatos.

INTOXICACIONES

* POR INGESTIÓN:

1. Enterarnos de cuál es el producto ingerido y conservar envases y etiquetas.
2. Llamar al Servicio de Información Toxicológica: Teléfono 91.562.04 20 informando del estado de la víctima, del producto ingerido, evolución, etc. Aquí nos dirán qué hacer. En general, si el tóxico no es corrosivo (ej. Medicamentos) habrá que provocar el vómito mediante toques en la campanilla o bebiendo café con sal o agua tibia con jabón, siempre y cuando el intoxicado esté consciente.

Si el tóxico es corrosivo (lejía, amoníaco, ácidos,...) no inducir el vómito ya que provocaríamos doble lesión. En ese caso intentaremos neutralizarlo con leche, carbón activo, pan tostado, aceite, según la situación y la información que nos den en el teléfono antes mencionado.

3. Traslado urgente a un Centro Sanitario.

* POR INHALACIÓN DE GASES:

1. Sacar a la víctima del ambiente tóxico y hacerle respirar aire limpio. Asegurarse previamente de que no se corre el riesgo de resultar igualmente intoxicado (atarse una cuerda a la cintura antes de entrar y mantenerla en tensión con la ayuda de otra persona desde el exterior para detectar situaciones de apuro si se pierde la tensión de la cuerda, llevar otra para atar a la víctima, entrar por turnos si hay varias personas disponibles, conteniendo la respiración...)
2. Si la víctima está inconsciente, iniciar rápidamente la RCP.
3. Traslado urgente a un Centro Sanitario.

Muchas personas han fallecido en el intento de rescatar a otras de recintos cargados de dióxido de carbono o de tanques vacíos que habían contenido petróleo, líquidos para el lavado en seco, etc. Por eso, como en el resto de accidentes, antes de hacer cualquier maniobra para auxiliar a las víctimas nos aseguraremos de que no corremos ningún riesgo.

TELÉFONO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA
91 562 04 20

LESIONES POR CALOR

Las más importantes son la insolación y el agotamiento por calor.

- Insolación:

Está causada por exceso de calor o por exposición directa y prolongada a los rayos del sol. Es una situación que puede revestir gravedad, sobretodo en niños y ancianos.

Aparecen de forma súbita calambres, náuseas, vómitos, rostro congestionado, fiebre de hasta 40 grados, pulso fuerte y rápido, pupilas dilatadas, llegando incluso al estado de coma.

Lo indicado en estos casos es acostar a la víctima en un lugar fresco con la cabeza elevada, aflojar las ropas que compriman y aplicar frío en la cabeza mediante compresas, toallas mojadas y cualquier otro medio disponible.

Si no ha perdido el conocimiento hacerle beber líquidos frescos y salados para recuperar las pérdidas por el sudor y acudir al médico en cuanto sea posible.

- Agotamiento: colapso físico producido por exceso de sol o de calor.

Puede ser leve (mareos, náuseas, cansancio excesivo), o grave (sudoración abundante, escalofríos, vómitos, pulso rápido y débil, respiración débil, piel pálida, debilidad, etc.).

En estos casos la actuación consiste en llevar a la víctima a un lugar fresco, acostarle con la cabeza baja. Si está consciente, darle de beber líquidos frescos y salados (una cucharadita de sal en un vaso de agua). Mantenerle en reposo hasta que sea atendido por personal médico, o iniciar el traslado, según los casos.

LESIONES POR FRÍO

- Congelación: Se produce por exposición al frío intenso o prolongado. Las personas con problemas de circulación, los intoxicados, los niños y los ancianos resisten peor el frío.

La congelación puede ser localizada o general.

Síntomas: la piel aparece enrojecida y pasa después a un color entre blanco y grisáceo y a la aparición de ampollas. Al principio se nota el dolor, pero después se pierde la sensibilidad.

La actuación consiste en proporcionar un recalentamiento gradual, tapando la zona congelada con prendas de abrigo, sin frotarla y trasladar a la víctima a un sitio resguardado. No aplicar calor directamente, (evitar estufas, braseros, hogueras o similares). Poner ropa caliente sobre la cabeza para evitar escapes de calor. Si la persona está consciente, darle de beber algo caliente.

Manejar la zona congelada con mucha precaución, porque va a estar muy sensibilizada y cualquier pequeño roce puede suponer una herida. Si hay ampollas cubrirlas con gasas o paños limpios sin tocarlas ni reventarlas.

Si el posible, quitar los anillos, pulseras, reloj, etc.

- Helamiento: Es una congelación profunda, más grave ya que puede acabar incluso en la muerte de la persona afectada.

Síntomas: Gran dificultad para moverse, entumecimiento general, somnolencia, visión borrosa o nublada, e incluso pérdida del conocimiento.

Tratamiento: Será muy similar al visto para la congelación.

Si está consciente darle de beber algo caliente e incluso alimentos (no alcohol). Aplicar calor indirecto en las zonas heladas mediante compresas de agua tibia. Abrigarle bien, tapándole la cabeza con ropa caliente.

Si está inconsciente, iniciar rápidamente la reanimación cardiopulmonar sin abandonar, ya que en estos casos la resucitación puede producirse después de un periodo más largo de lo habitual.

El baño en agua caliente puede ser peligroso y sólo debe intentarse en casos críticos.

LESIONES PRODUCIDAS POR ANIMALES

* Mordeduras de serpientes; picaduras de escorpiones, alacranes o arañas.

Aunque no se producen con mucha frecuencia deben ser tenidas en cuenta, ya que el veneno de estos animales (especialmente los procedentes de otros países) puede provocar graves intoxicaciones, sobre todo a los niños.

Tras la mordedura, el veneno hace que la herida aparezca azulada y se hinche progresivamente. Otros síntomas son calambres, frío, sed, debilidad general, alteraciones del pulso, agravándose después con la aparición de delirios, parálisis muscular al cabo de unas horas, para desembocar en estado de coma e incluso la muerte.

Para evitar que la situación se complique hasta este extremo será necesario actuar urgentemente:

- Avisar a los servicios sanitarios, y mientras llega la asistencia mantener a la víctima acostada y sin moverse para no acelerar la circulación de la sangre y con ella la absorción del veneno.
- También podemos evitar que el tóxico se absorba colocando un torniquete flojo entre la herida y el corazón, y colocando hielo picado o compresas frías sobre la zona.
- Desinfectar la herida con yodo y con un bisturí, navaja o similar hacer sobre las marcas de la mordedura una incisión superficial en forma de aspa; esta incisión unida al torniquete flojo (que interrumpirá el retorno venoso evitando que el veneno llegue al corazón, pero sin cortar el flujo arterial), hará que la herida sangre, facilitando la expulsión del veneno.
- Estimular la hemorragia durante unos 15-20 minutos, transcurridos los cuales se aflojará el torniquete.
- Desinfectar nuevamente, tapar y vendar la herida.
- No darle bebida, comida ni estimulantes, ni permitirle que ande o se mueva más de lo imprescindible, porque se aceleraría la circulación y el veneno pasaría rápidamente a todo el cuerpo.

* **Mordeduras de perros, gatos, ratas, etc.**

Las campañas de vacunación antirrábica llevadas a cabo han permitido que los casos de rabia hayan disminuido de forma espectacular, pero ante la posibilidad de aparición de nuevos brotes o ante agresiones por animales salvajes hay que procurar que un veterinario estudie al animal para averiguar su situación:

- Si el animal está vacunado contra la rabia no será necesario aplicar tratamiento antirrábico a la persona mordida.

- Si no está vacunado o no se sabe con certeza se ordenará la vigilancia del animal:

Si tras doce días de vigilancia sigue vivo y sin síntomas de rabia no será necesario tratamiento.

Si antes de ese periodo el animal desarrolla la rabia, o si no ha sido posible atraparlo o retenerlo, se acudirá al médico para iniciar precozmente (antes de doce horas) el tratamiento adecuado.

Con respecto a la herida:

- Lavarla con agua y jabón, alcohol o agua oxigenada
- Aplicar un antiséptico
- Taparla con una gasa esterilizada o paño limpio
- Fijar el apósito con esparadrapo o venda
- Acudir al médico para valorar tratamiento antitetánico o antirrábico

* **Picaduras de avispas o abejas**

En general, si la persona picada no es alérgica, una sola picadura no tendrá mayor importancia aparte del intenso dolor y la hinchazón de la zona.

Si la persona es alérgica o son muchas picaduras producidas a la vez, se puede producir una reacción generalizada, llegando incluso a desencadenar la muerte de la persona. En estos casos el traslado al hospital debe ser urgente, y si por cualquier motivo tuviera que ser retrasado, se preparará un baño con agua fría en la que se disolverá bicarbonato y se mantendrá a la persona afectada sumergida durante 15 minutos. Después se le envolverá en una sábana y se trasladará lo antes posible al hospital.

Cuando la reacción es simplemente local, el tratamiento consiste en intentar extraer el aguijón empujándolo de abajo arriba sin comprimirlo para evitar la salida del tóxico que aún pueda contener, y cubrir la zona con pomada antihistamínica o en su defecto, con una mezcla de bicarbonato y agua o con gasas mojadas en amoníaco o agua muy fría.

Si el dolor o la inflamación no desaparecen, consultar con el médico.

INCENDIOS

Un conato de incendio puede ser apagado fácilmente por una sola persona en los primeros minutos tras su inicio, pero pasados esos primeros momentos puede propagarse rápidamente y alcanzar dimensiones catastróficas, por lo que la rapidez en la actuación ante cualquier pequeño incendio y la previsión de los pasos a seguir son de vital importancia.

- Pedir ayuda de forma inmediata al mismo tiempo que se empieza a actuar.
- Tratar de combatir el fuego si presenta unas proporciones asequibles mediante:
 - Agua, tierra, mantas o cualquier tipo de extintor si se queman materiales secos (madera, papel, carbón, etc.).
 - Tierra o extintores de polvo seco o espuma si el incendio afecta a líquidos inflamables como petróleo, aceite, gasolina,...).
 - Si las llamas afectan a motores eléctricos, transformadores de energía, generadores de corriente, etc., usar extintores de polvo seco o anhídrido carbónico. En estos casos no usar nunca extintores de agua o espuma, ya que se corre el riesgo de acabar electrocutado.
- Evitar su propagación cerrando ventanas, retirando los posibles combustibles y cortando la corriente eléctrica.
- Si el fuego se nos va de las manos o nos lo encontramos ya con grandes dimensiones nos centraremos en avisar o hacer que alguien avise a los bomberos y en tratar de rescatar y evacuar a las víctimas.
- Evacuación: protegerse del humo con un pañuelo mojado en la nariz, mojarse las ropas, caminar agachados, comprobar que las puertas no están calientes antes de abrirlas.
- Asistencia a los accidentados: una vez que han sido puestos a salvo examinar su estado y actuar en consecuencia: maniobras de reanimación cardiopulmonar si precisan, atención a las quemaduras, heridas y demás lesiones que puedan haber sufrido.

BOMBEROS/EMERGENCIAS
TELÉFONO: 112

QUEMADURAS CAUSADAS POR LÍQUIDOS HIRVIENDO/INFLAMADOS

Apagar el fuego con los medios disponibles (manta no sintética, tierra,...), hacer rodar al herido por el suelo, y en último caso, utilizar un extintor.

EXPLOSIONES, desplomes, derrumbamiento de edificios, minas, etc.

En situaciones de este tipo lo primero es avisar a los servicios de emergencia correspondientes, que serán los que se hagan cargo de las operaciones de salvamento con los medios más adecuados.

Tras dar el aviso y hasta que la situación quede bajo el control del personal especializado seguiremos unas normas básicas para facilitar el rescate de los afectados:

- Como ya hemos dicho, el primer paso será avisar o hacer que alguien avise a los servicios de emergencia (bomberos, ambulancia, policía), cuyo número de contacto será conocido por el máximo de gente en la empresa y estará a la vista cerca del teléfono.
- Siempre que sea posible, cerrar los conductos de gas, electricidad y agua del edificio o instalación siniestrado.
- Recoger toda la información posible acerca de la situación interrogando a las personas que puedan conocerla (otros trabajadores, personas que hayan resultado ilesas en el accidente, etc.) sobre el número de posibles afectados, lugares probables donde encontrarles, situación de los interruptores de gas y electricidad, y cualquier otra información que pueda resultar útil.
- Organizar un puesto provisional de primeros auxilios para atender a los rescatados
- Seguir en todo momento las instrucciones dadas por el personal de los servicios de rescate.

ACCIDENTES DE TRÁFICO

En el momento y lugar más inesperado nos podemos encontrar con un accidente de tráfico en el que seamos los primeros en llegar y por tanto los encargados de dar aviso a los servicios adecuados (ambulancia, policía, bomberos,...). También será nuestra responsabilidad proporcionar los primeros auxilios a los afectados hasta que llegue la asistencia al lugar del siniestro.

Las normas específicas de actuación dependerán de las circunstancias de cada situación, pero en general incluirán:

- Avisar o hacer que alguien avise a los servicios correspondientes.
- Aparcar nuestro coche en un lugar seguro fuera de la carretera para evitar más accidentes.
- Si el coche accidentado está ardiendo, tratar de apagarlo con el extintor si es posible, o con arena o tierra (evitar el uso de agua).
- Parar el motor del coche siniestrado cerrando el contacto o desconectando la batería para evitar incendios o explosiones. Frenar el coche y calzarlo con piedras para que no se desplace durante la extracción de los heridos.
- Señalizar el lugar del accidente con personas avisando en ambos sentidos, linternas, triángulos de preseñalización de peligro o cualquier otro dispositivo disponible.
- Comprobar el estado de los accidentados sin moverlos. Hacerles preguntas, comprobar si respiran y tienen pulso, vigilar posibles heridas, hemorragias, fracturas, etc.
- Si la ayuda va a llegar en poco tiempo, no mover a los heridos a menos que haya riesgo de explosión, caída por un precipicio, o cualquier otro riesgo grave e inminente, en cuyo caso los sacaremos del coche con la máxima precaución y los llevaremos a un lugar seguro.
- Si no hay riesgo grave, no mover a los heridos. Incluso si están inconscientes intentaremos las maniobras de reanimación en la posición en la que se encuentre el accidentado.
- En caso de no resultar posible conseguir ayuda, o en los casos de riesgo inminente habrá que extraer a las víctimas del coche con la mayor precaución posible. Una maniobra útil puede ser la de Rautek, que consiste en abrir completamente la puerta del coche y colocarse de pie detrás del accidentado pasando nuestros brazos por debajo de los suyos cogiéndole el brazo más cercano al interior del coche a la altura del codo y la muñeca; en un segundo movimiento, pasar el peso del herido a nuestras rodillas para después colocarlo en el suelo en posición de seguridad (decúbito lateral con la cabeza ladeada).
- Prestar los primeros auxilios a los lesionados con los medios disponibles, mientras llega la asistencia sanitaria.
- Si no queda más remedio, evacuar a los heridos garantizando las condiciones necesarias para evitar el agravamiento de sus lesiones. Se utilizarán preferentemente vehículos donde los heridos puedan ir tumbados, como las cajas de los camiones, furgonetas, o los asientos traseros de los coches, según las necesidades de cada situación.
- El traslado se hará de forma urgente, pero sin precipitación para no agravar sus lesiones, y vigilando su estado durante el trayecto.

ACCIDENTES POR SUMERSIÓN

Una persona que se está ahogando es presa de una situación de máxima angustia en la que intenta a toda costa mantenerse a flote, y en este estado se agarrará desesperadamente a cualquier posible salvavidas, ya sea una tabla, un flotador o una persona que intente socorrerle. Al agarrarse a la persona

que trata de ayudarlo puede impedir no sólo que le remolque hasta tierra firme, sino incluso que el propio socorredor se mantenga a flote, lo que muy probablemente acabará en el ahogamiento de ambos.

Para evitarlo, si la persona que presencia la situación no sabe nadar muy bien no debe lanzarse al agua, sino tratar de conseguir ayuda de otras personas o intentar rescatarle mediante cuerdas, tablas, o cualquier medio de flotación al que la víctima pueda agarrarse, pero sin poner en peligro su vida, ya que el resultado sería muy probablemente de varios ahogados en vez de uno.

Sólo en el caso de que el socorredor sepa nadar muy bien, se quitará la chaqueta, la corbata, los zapatos y cualquier otra cosa que le moleste para nadar y se arrojará al agua nadando a ritmo normal (no demasiado deprisa para no llegar agotado) hacia el lugar donde se debate el accidentado.

Si la víctima está todavía tratando de salvarse el rescatador debe acercarse por detrás y, manteniéndose a una distancia prudencial, cogerle por el pelo y mantener su cabeza fuera del agua sin permitir que se le agarre.

Si el pelo no ofrece seguridad cogerle por la barbilla o la ropa, manteniendo la distancia.

Si la víctima ya no hace esfuerzos por seguir a flote, está inconsciente o mantiene la cabeza debajo del agua, cogerle por el pelo, sacarle la cabeza y realizarle dos insuflaciones boca a boca, repitiéndolas cada cierto tiempo si el trayecto es largo. Para llevarle a la orilla con más rapidez y comodidad rodear su cuello con el brazo de forma que su cabeza quede fuera del agua y nadar hacia tierra firme.

Al llegar, y si es necesaria, iniciar la reanimación inmediatamente.

Aunque el método boca a boca es el método más eficaz de respiración artificial, en el caso de los ahogados también es útil intercalar el método de Schaffer para expulsar el agua de los pulmones y el estómago, que puede dificultar la eficacia de la respiración.

El método de Schaffer consiste en:

- Tumbarse a la víctima sobre su vientre con la cabeza ladeada y abrirla la boca para eliminar posibles cuerpos extraños. Mantenerle la boca abierta.
- Aflojar la ropa que pueda oprimirle (cinturón, corbata, etc.).
- Ladear la cabeza sobre uno de sus brazos doblados y extender el otro hacia delante.
- Colocarse arrodillado a caballo sobre los muslos de la víctima, poniendo las manos abiertas en su zona lumbar con los pulgares extendidos a los lados de la columna y el resto de la mano entre las caderas y las costillas.
- En esta posición se iniciará la maniobra diferenciando dos tiempos:
 - 1- Espiración: balancear el cuerpo hacia delante con los brazos estirados de forma que el peso del socorrista se apoye poco a poco sobre el abdomen del accidentado. Mantener la presión durante dos segundos para que los pulmones se vacíen.

2- Inspiración: tras los dos segundos volver a la posición de partida, con lo que al aflojar la presión se provocará el vacío en el tórax y entrará aire en los pulmones.

Si se usa como único método de respiración artificial se repetirán las maniobras a un ritmo de 14-18 veces por minuto.

Si se usa como método complementario en casos de ahogamiento se intercalarán 5 maniobras de Schaffer por cada 12-14 insuflaciones boca a boca, manteniéndolas durante el tiempo necesario.

TRANSPORTE DE LOS HERIDOS

Tras haber realizado la asistencia sobre las heridas, hemorragias, fracturas, asfixia, etc., la tarea más importante será garantizar el traslado a un Centro Sanitario con las mayores garantías de seguridad para el herido.

La precipitación y los descuidos en el transporte pueden tener consecuencias muy graves.

Las víctimas de un accidente que hayan perdido el conocimiento, los que hayan sufrido parada cardio-respiratoria y hayan sido reanimados, y los sospechosos de fractura de columna o piernas deben trasladarse siempre acostados.

* **Transporte en camilla** (o por medios improvisados: puerta, escalera de mano, tablas, etc.)

Lo más importante es la colocación del herido en la camilla; debe hacerse entre tres o cuatro personas que situarán sus piernas abiertas de forma que la víctima quede tendida debajo de ellos. Después pasan sus manos, uno por debajo de las piernas, otro por debajo de la cintura y otro por debajo de hombros y nuca. A una señal, los tres levantan a la vez, como si se tratase de un bloque rígido, mientras que la cuarta persona introduce la camilla debajo del herido.

Al trasladar la camilla debe ir siempre en horizontal, y a ser posible con la cabeza del herido detrás en las bajadas y delante en las subidas.

* **Transporte sin camilla:**

- Si no puede ir sentado o ha perdido la consciencia se le transportará entre dos o tres personas que le sujetarán con sus brazos, llevándole en horizontal como si fuese un bloque rígido
- Si puede ir sentado y no se dispone de silla, irá sobre los brazos entrelazados de dos personas (silla de la reina).
- Si es imposible conseguir ayuda y solo se cuenta con una persona y tampoco se dispone de camilla se procederá de la siguiente forma:

Se tumbará al lado del accidentado pasando un brazo del herido por encima de su hombro, sujetándolo fuertemente por la muñeca.

Con gran precaución se pondrá de rodillas en el suelo con el herido sobre su espalda para después ponerse de pie con el herido a cuestas sujetándole por ambas muñecas. Una vez en pie se iniciará el traslado, procurando mantener siempre recto el eje cabeza-cuello-tronco.

Otra opción (si el suelo es liso), es cogerlo por los pies y tirar de él cuidadosamente arrastrándole hasta llegar a un lugar seguro o encontrar la ayuda de otra persona.

Este tipo de traslado sólo debe hacerse cuando no haya posibilidad de ser auxiliado por más personas o en casos de extrema urgencia, como riesgo de explosión, incendio o atmósfera tóxica, por ejemplo.

REANIMACION CARDIOPULMONAR

Es el conjunto de maniobras dirigidas a restablecer la respiración y los latidos del corazón de una persona en la que de forma accidental y reciente se han parado ambas funciones.

Cuando una persona no respira ni tiene pulso las maniobras de reanimación tienen prioridad sobre cualquier otro tipo de lesiones.

Para que resulte eficaz debe hacerse de forma:

1. **URGENTE**: antes de cinco minutos tras la parada, a ser posible.
2. **ININTERRUMPIDA**: sin parar ni siquiera durante el traslado.
3. **MANTENIDA**: durante el tiempo necesario y hasta que el herido sea puesto a cargo de personal médico que será quien decida cuándo abandonar la reanimación. Aunque en general la víctima reacciona en pocos minutos, a veces son necesarias incluso horas, especialmente en casos de congelación, electrocución, etc.

Debe intentarse siempre que la víctima no respire ni tenga pulso, aunque las posibilidades de éxito parezcan muy escasas. En los casos de sospecha de fractura de columna se intentará la reanimación (si es necesaria) en la posición en la que se encuentre la víctima, pero si no resulta posible, habrá que moverla hasta conseguir una postura que lo permita.

Las maniobras son, básicamente, dos:

A) RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

B) MASAJE CARDIACO EXTERNO

A) RESPIRACIÓN ARTIFICIAL

Consiste en hacer llegar oxígeno a los pulmones de una persona que no es capaz de respirar por sí misma.

Una parada respiratoria puede estar producida por diversas causas (traumatismo torácico, electrocución, ahogamiento, paro cardíaco, etc.), pero en cualquiera de estos casos el tratamiento siempre será el mismo: la respiración artificial.

Existen diversos métodos manuales, pero el que ha demostrado mayor eficacia es el boca a boca.

MÉTODO BOCA A BOCA.

- Tumbarse a la víctima sobre su espalda. Extender su cuello al máximo, echando la frente hacia atrás.
- Comprobar si existen obstáculos al paso del aire (cuerpos extraños, ropas apretadas). Si los hay, eliminarlos con los métodos vistos en el capítulo correspondiente.
- Tapar la nariz de la víctima, inspirar profundamente y soplar el aire en su boca, sellándola con la nuestra.
- Comprobar si sale el aire introducido. Si no sale, extender más el cuello y en la siguiente insuflación comprobar que el tórax se eleve. Si el tórax no se eleva, la respiración no será eficaz.
- Empezar con tres o cuatro insuflaciones rápidas y luego continuar a un ritmo de unas doce por minuto (una cada cinco segundos).
- Continuar la maniobra el tiempo necesario hasta que la persona pueda respirar por sí misma.
- Si durante las maniobras la víctima vomita, se le colocará rápidamente en posición de seguridad. Cuando cese el vómito, se limpiarán la boca de posibles restos y si es necesario (si aún no respira por sí sola) se reanudará la respiración artificial.

El método boca a boca será el de primera elección, pero en casos excepcionales, como atrapamiento de la víctima sin posibilidad de moverla o contaminación por sustancias peligrosas que puedan poner en peligro al socorredor, se utilizarán métodos manuales, como el de Schaffer, visto en el caso de los ahogamientos.

B) MASAJE CARDIACO

EXTERNO

La parada cardiaca se reconoce por:

- Pérdida de conciencia
- Ausencia de pulso
- Piel pálida/azulada
- Pupilas dilatadas que no reaccionan a la luz

Con sólo los dos primeros síntomas ya se debe empezar el masaje cardiaco, sin interrumpirlo hasta que notemos los latidos o hasta la llegada de la asistencia médica, o llegada de la víctima a un Centro Asistencial.

PROCEDIMIENTO:

Con la víctima tumbada de espaldas sobre un plano duro el reanimador se coloca de rodillas a su lado y le coloca las manos abiertas y entrelazadas sobre el tercio inferior del esternón, manteniendo los codos extendidos y apoyando su peso sobre el tórax de la víctima. Con el talón de la mano se presiona sobre el esternón, hundiéndolo unos tres o cuatro centímetros y soltando para que el tórax vuelva a su posición original.

Repetir la compresión a un ritmo de sesenta o setenta por minuto.

En niños la compresión se hará con una sola mano, y en bebés con dos dedos o con el pulgar, aumentando el número de compresiones a cien o ciento diez por minuto y disminuyendo la presión aplicada.

Lo ideal es que haya al menos dos reanimadores, uno encargándose del masaje cardiaco y otro de la respiración artificial, a un ritmo de una insuflación por cada cinco compresiones.

Si sólo hay un reanimador, el ritmo será de dos insuflaciones por cada diez compresiones.

La reanimación no debe pararse hasta que suceda alguna de estas cosas:

- La víctima se recupere.
- Llegue al lugar del accidente asistencia médica que se encargue de continuarla.
- El afectado llegue a un Centro Sanitario.

1 REANIMADOR	2 INSUFLACIONES POR CADA 10 COMPRESIONES
2 REANIMADORES	1 INSUFLACIÓN POR CADA 5 COMPRESIONES

Nombre:..... **DNI:**.....

Empresa:.....

Puesto de trabajo:.....

1. Los principios generales y los objetivos de la formación en primeros auxilios son:

- a. Evitar más lesiones, evitar complicaciones de las lesiones y asegurar las condiciones del traslado del lesionado.
- b. Aprender técnicas básicas de actuación ante una persona lesionada.
- c. A y B son correctas.

2. Las contusiones son el resultado de traumatismos (golpes, caídas, etc), cual de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

- a. En general son leves, pero pueden indicar la presencia de otras lesiones más graves.
- b. Los síntomas de las contusiones son: dolor, inflamación y enrojecimiento de la piel.
- c. La primera actuación siempre es la aplicación de calor sobre la zona para intentar bajar la inflamación.

3. Las heridas son lesiones traumáticas con alteración de la continuidad de la piel. La gravedad de las mismas depende:

- a. De la edad y del estado general de lesionado
- b. Del tamaño de la herida, de su localización, de la cantidad de sangre extravasada y de la causa de la herida
- c. Las dos son correctas

4. la actuación en heridas con hemorragias será siempre el torniquete:

- a. Siempre.
- b. Nunca.
- c. Solo en caso de hemorragias importantes y si se puede evitar mejorar.

5. Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos por la acción del calor. De las afirmaciones siguientes cuales consideras que es la correcta:

- a. Las quemaduras más profundas, de tercer grado, son más dolorosas que las superficiales o de primer grado.
- b. Las quemaduras de primer grado, es decir las más superficiales, son las más dolorosas.
- c. Si tenemos pomadas a mano podemos aplicarlas sobre la quemadura para aliviar el dolor.

6. las lesiones que pueden presentarse en los ojos son: heridas, cuerpos extraños e irritantes químicos. La actuación del socorrista en estos casos son:

- a. tapar el ojo lesionado a ser posible con una gasa estéril, mantener el ojo hacia arriba y trasladarlo a un centro hospitalario.
- b. Si hay un cuerpo extraño que no está clavado nunca restregar e intentar hacer un lavado por arrastre
- c. Las dos anteriores son correctas

7. Ante una lesión sospechosa de lesión en la columna vertebral:

- a. Levantar al accidentado del suelo haciendo tracción desde la cabeza y los pies.
- b. Procurar que el accidentado se mueva lo menos posible durante el traslado.
- c. A y b son correctos.

8. Ante una persona inconsciente lo que debemos hacer es:

- a. Darle aire e intentar darle agua
- b. Comprobar si está consciente, comprobar si respira y comprobar si su corazón late.
- c. Sin pérdida del tiempo iniciaremos maniobras de RCP básicas

9. La forma de comprobar la permeabilidad de las vías respiratorias son:

- a. Examinar la boca de la persona inconsciente por si tuviera algún cuerpo extraño o su propia lengua obstruyendo las vías respiratorias.
- b. No hace falta hacer ninguna comprobación de la respiración, sería una pérdida de tiempo. Directamente le haremos la respiración boca a boca.
- c. A y B son correctas

10. La reanimación cardio-respiratoria consiste en intentar:

- a. Restablecer la respiración y el latido cardiaco en una persona que está en parada cardio respiratoria.
- b. Las maniobras de la RCP básica es la combinación de la respiración boca a boca (2 insuflaciones) con el masaje cardiaco (14 compresiones torácicas)
- c. Ambas respuestas son correctas

Firma del trabajador:.....