



CADENA DE SUPERVIVENCIA.

Siguiendo las recomendaciones de la ERC.

Denominamos Cadena de Supervivencia al Conjunto de actuaciones que se establecen de manera escalonada para que pueda llevarse a cabo una reanimación con éxito. Así pues, los eslabones en esta cadena son:

- Reconocimiento precoz de la emergencia y alerta pidiendo ayuda, llamada al 1 1 2.
- RCP (Reanimación cardiopulmonar) básica por parte de los testigos o acciones iniciales que se deben realizar ante situaciones como asfixia, hemorragia masiva, inconsciencia, traumatismo grave, paro respiratorio o parada cardiorrespiratoria.
- Desfibrilación precoz.
- Soporte vital avanzado precoz y los cuidados post-resucitación



En la mayoría de comunidades, el tiempo entre la llamada al Servicio de Emergencia y la llegada del SEM (Servicio de Emergencias Médicas) es de 8' minutos o más. Durante este tiempo la supervivencia de la víctima depende del inicio precoz de la RCP por parte de los testigos, incluidas las actuaciones de los tres primeros eslabones de la cadena de supervivencia.

Las compresiones torácicas son especialmente importantes si la descarga o desfibrilación no se puede realizar antes de los 4-5 minutos tras el colapso.



CONDUCTA PAS.

Se trata de una secuencia de acciones o pasos que hemos de tener en cuenta ante todo tipo de asistencia. Sus iniciales corresponden a los siguientes conceptos y deberán seguirse siempre en este orden:

- **PROTEGER.** Ante cualquier situación hemos de tener en cuenta controlar los riesgos para evitar que se produzcan nuevos accidentes. Es primordial protegernos a nosotros mismos ya que agravaríamos la situación. Para ello hemos de proteger también el lugar del accidente, porque ahí es donde vamos a trabajar. Retirarnos del peligro de inmediato, no interviniendo cuando nuestra seguridad esté en peligro, y si lo está, esperaremos que lleguen los servicios de emergencias.
- **ALERTAR.** El segundo paso es alertar a los servicios de Emergencias- 112. Esto implica saber comunicar que es lo que ha pasado, donde y nº personas implicadas, así como valorar la gravedad de las mismas y otras circunstancias como presencia de materiales peligrosos, riesgo de explosión, etc.
- **SOCORRER.** En tercer lugar y siempre habiendo tomado las medidas anteriores comenzaremos la asistencia. Las maniobras de RCP Básica son fáciles de realizar y cualquier persona puede aprenderlas. Todos los ciudadanos deberían conocer y entrenarse en estas maniobras.

CONDUCTA ABC.

La secuencia de actuación será la siguiente:

A. Mantenimiento de la vía aérea:

Es prioritario mantener permeable la vía aérea (maniobra frente mentón).

En caso de traumatizados sospecharemos que pueda haber lesión cervical por lo que siempre evitaremos movimientos bruscos e inmovilizar con los dispositivos adecuados.

Si no respira una vez abierta la vía aérea revisar si hay cuerpos extraños.

B. Valorar la respiración y ventilar si es necesario:

La respiración normal es prácticamente inapreciable a simple vista, rítmica y silenciosa por lo que deberemos acercarnos a la boca y nariz de la persona para asegurarnos que respira (ver, oír y sentir.) Si no respira, la respiración es agónica o lo está haciendo con dificultad, deberemos llevar a cabo las maniobras de Soporte Vital Básico



aportando a la víctima el oxígeno necesario con aire de nuestros propios pulmones.

El ritmo de una respiración normal en reposo varía dependiendo de la edad:

- Lactante: 30-40 rpm (respiraciones por minuto)
- Niño hasta 8 años: 26-30 rpm
- Adulto: 15-20 rpm

C. Valoración de la circulación y control de hemorragias:

Buscaremos puntos de sangrado y controlaremos las hemorragias si las hay.

La valoración de signos de circulación puede resultar difícil por lo que en el caso de que el paciente no responda, ni respire, deberemos comenzar con la RCP suponiendo que el corazón está parado.

D. Valoración del estado neurológico.

Después de haber descartado una PCR, si la persona no responde ante ningún estímulo ni siquiera al dolor, decimos que está en coma.

Si está consciente le haremos preguntas sencillas, ¿Cómo te llamas? ¿Cuántos años tienes? ¿A dónde ibas? etc. de esta forma vemos si el paciente responde coherentemente, si está orientado, si ha perdido la memoria, etc.

Las funciones vitales se irán reevaluando ya que la evolución de un herido o accidentado es un proceso dinámico que puede verse agravado en pocos minutos.

E. Exploración secundaria. Se realiza una vez aseguradas las funciones vitales y sin demorar por ello, el traslado del herido.

Consiste en realizar un examen detallado del estado del paciente, siguiendo un orden, de la cabeza a los pies. De esta forma podemos descubrir lesiones que aunque no representen una amenaza inmediata para la vida, pueden comprometerla a corto-medio plazo si no se atienden adecuadamente.

Si es posible, hemos de preguntar a la persona y recoger toda la información que podamos sobre lo que ha ocurrido y sobre su estado de salud previo.

Aspectos importantes a tener en cuenta en la entrevista:

- ¿Qué le ocurre y como le ha ocurrido?.
- Enfermedades que pueda padecer.
- Medicación que toma habitualmente.
- ¿Ha ingerido alimentos en las últimas horas?.



1. Cabeza y cuello:

Observar los orificios naturales de la cara para asegurarnos que no existe hemorragia y/ o salida de líquido acuoso a través de estos. Las heridas en cuero cabelludo y cara pueden sangrar abundantemente hasta el punto que algunas lesiones en la boca pueden comprometer la respiración de la víctima.

El cuello es un punto sobre el cual hemos de hacer mucho hincapié porque cualquier lesión en el mismo puede indicar lesión en la columna cervical.

2. Tórax:

Buscaremos cuerpos extraños enclavados o heridas que puedan afectar al interior de la caja torácica, hematomas o deformidades.

3. Abdomen y pelvis:

Lo palparemos con cuidado para observar si hay puntos dolorosos. Un abdomen rígido, duro y doloroso indica un grave problema abdominal, puede haber una rotura de vísceras o una hemorragia interna.

Examinamos si hay heridas o cuerpos extraños enclavados.

Las fracturas de pelvis son frecuentes y graves. Si el paciente se queja con gran dolor y presenta impotencia funcional al palpar las caderas sospecharemos fractura de pelvis. Las fracturas de pelvis pueden producir grandes hemorragias internas si se hace una mala movilización.

4. Extremidades:

Le pediremos a la persona que mueva los miembros y exploraremos su sensibilidad con estímulos táctiles.



SECUENCIA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS

El SVB engloba el conocimiento de las situaciones de emergencia médica más comunes, su identificación mediante observación detallada y la comprobación de posibles alteraciones del funcionamiento cerebral y de la ventilación y circulación espontáneas.





1. Asegurar la integridad del reanimador, de la víctima y de los testigos. Conducta PAS.

2. Comprobar la capacidad de respuesta de la víctima.

Zarandead por los hombros
y preguntar con voz fuerte:
“¿Se encuentra bien?”



Teniendo siempre cuidado
con la movilización del cuello.

¡ AYUDA !



3. a: Si le responde:

- Déjelo en la posición en que se encuentra.
- Intente averiguar que le ocurre y busque ayuda si necesita.
- Reevalúelo regularmente.

b: Si no responde:



- Grite pidiendo ayuda.
- Voltee a la víctima sobre su espalda y abra su vía aérea utilizando la maniobra frente mentón.

Maniobra frente-mentón. Coloque su mano en la frente de la víctima y extienda su cabeza hacia atrás manteniendo el pulgar y el índice libres para tapar la nariz si se requiere ventilación de rescate. Con la otra mano eleve el mentón para abrir la vía aérea.



4. Ver, oír y sentir la respiración mientras mantiene la vía aérea abierta. ¿Existe una respiración normal?

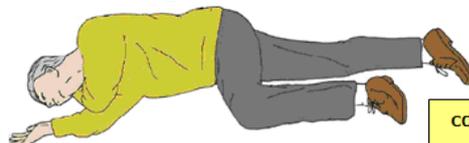


No confundir las boqueadas ruidosas con una respiración normal.

- VER MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS
- OIR RUIDOS RESPIRATORIOS
- SENTIR EL AIRE ESPIRADO EN NUESTRA MEJILLA

No utilice para esta función más de 10 seg.

5. a: Si la víctima respira normalmente llamar al 112.



COLOQUELO EN PLS
MANDE A BUSCAR AYUDA
COMPRUEBE QUE SIGUE RESPIRANDO

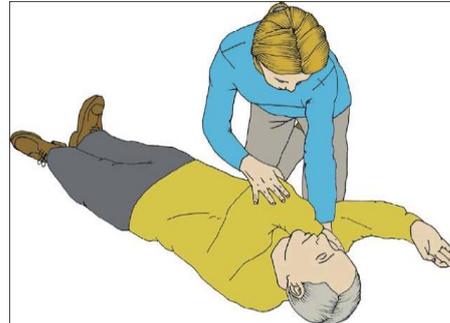
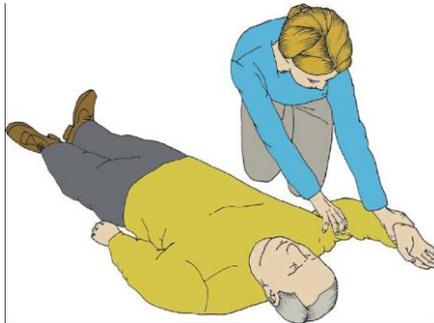
Posición Lateral de Seguridad, PLS.

Hay diferentes variaciones de la posición de recuperación, no hay ninguna ideal para todas las víctimas. Esta debe cumplir los siguientes objetivos:

- Ser lo más parecida a una posición lateral, permitiendo que los fluidos que pueda haber en la boca salgan al exterior.
- Estable, pero permitir pasar a decúbito supino con facilidad y seguridad.
- Permitir vigilancia y acceso a la vía aérea.
- No agravar otras lesiones.
- Que no provoque presión en el tórax y comprometa la respiración.

Secuencia:

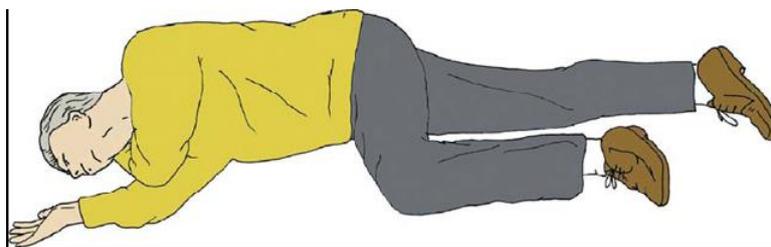
- Retirar las gafas de la víctima.
- Arrodillarse junto a la víctima y con ambas piernas alineadas.
- Colocar el brazo más próximo a nosotros en ángulo recto con la palma de la mano hacia arriba.
- Acercar el brazo que está más alejado cruzándolo sobre el pecho y colocar el dorso de la mano junto a la mejilla de la víctima más próxima a nosotros.



- Lleve su otra mano a la pierna mas alejada y levante su rodilla manteniendo el pie en el suelo.



- Tire de la pierna hacia sí mismo, para hacer rodar a la víctima sobre su costado y hacia nosotros, sin dejar de mantener su mano apretada contra su mejilla.
- Ajuste la pierna que queda arriba de modo que esa cadera y esa rodilla queden dobladas en ángulo recto.
- Extienda la cabeza hacia atrás para asegurar la apertura de la vía aérea ajustando la mano si es necesario para mantener la cabeza extendida.

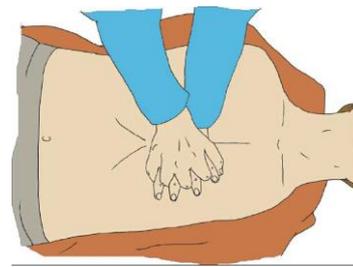
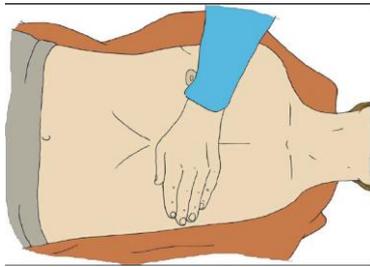


- Compruebe la respiración periódicamente.
- Si tiene que permanecer en esta posición más de 30 min. cámbielo de lado para aliviar la presión del brazo sobre el que apoya.

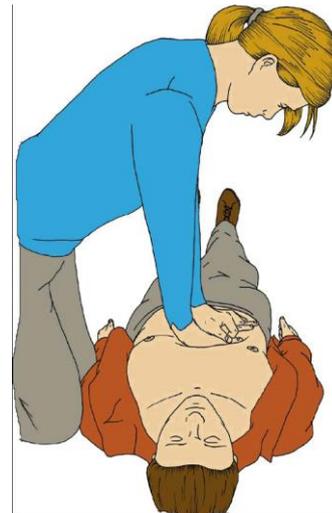
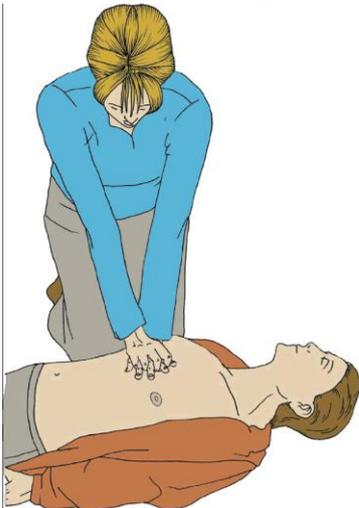


b: Si no respira con normalidad: llamar al **112** Envíe a alguien por ayuda o, si se encuentra solo, deje a la víctima, dé la alerta y regrese:

- Arrodílese al lado de la víctima.
- Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima.
- Coloque el talón de su otra mano sobre la primera.



- Entrelace los dedos y asegúrese de no aplicar la presión sobre las costillas de la víctima. No aplique ninguna presión sobre el abdomen o sobre la parte final del esternón.
- Colóquese vertical sobre el pecho de la víctima y con sus brazos rectos, comprima el esternón de 4 a 5 centímetros (1/3 del tórax de la víctima).
- Después de cada compresión y sin perder el contacto de sus manos con el pecho, repetir a un ritmo de aproximadamente 100 por minuto.
- El tiempo de compresión y descompresión debe ser el mismo.



6. Alterne las compresiones torácicas con las ventilaciones de rescate, en una proporción de 30:2.



7. Después de 30 compresiones abra la vía aérea otra vez, utilizando la maniobra frente-mentón.

- Pince la parte blanda de la nariz, utilizando los dedos índice y pulgar de la mano que tiene colocada en la frente.
- Permita que la boca esté abierta, pero manteniendo la elevación del mentón.
- Tome una inspiración normal y coloque sus labios alrededor de la boca de la víctima, asegurándose de que sella correctamente.
- Insufle aire en la boca del paciente mientras observa que el pecho se eleva con una duración aproximada de 1 segundo, como en una respiración normal; esto es una respiración de rescate efectiva.
- Mantenga la extensión de la cabeza, retire su boca de la de la víctima y observe como el pecho desciende al salir el aire.
- Tome otra inspiración e insufle en la boca de la víctima una vez más. Entonces coloque correctamente de nuevo sus manos sobre el pecho y dé otras 30 compresiones torácicas.
- Si no puede o no quiere dar ventilaciones de rescate, administre las compresiones torácicas únicamente, las cuales deberán administrarse a un ritmo de 100 por minuto y sin parar.

8. Continúe la resucitación hasta que:

- Llegue ayuda cualificada que lo releve.
- La víctima comience a respirar con normalidad.
- Usted se agote.

Si no puede o no quiere dar ventilaciones de rescate, administre las compresiones torácicas únicamente, las cuales deberán administrarse a un ritmo de 100 por minuto y sin parar.



OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO(OVACE)

Se trata de una causa poco común pero puede ser causa de muerte.

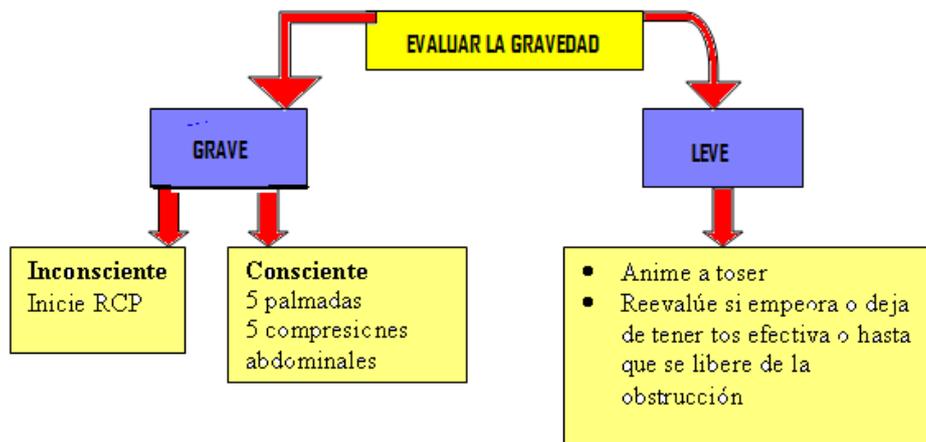
En una persona que ha sufrido un atragantamiento la boca, la nariz, la faringe o la laringe pueden estar ocupadas por objetos, restos de alimentos o dentaduras, que dificulten o impidan total o parcialmente la respiración.

Dado que la mayoría de los atragantamientos se producen comiendo, serán casi todos ellos presenciados por lo que sabiendo como actuar tendremos tiempo de intervenir mientras la víctima este todavía consciente.

Las víctimas de un atragantamiento suelen identificarse fácilmente por presentar serias dificultades para respirar, se llevan las manos al cuello y adquieren una coloración azulada.

Signo	Obstrucción Leve	Obstrucción grave
¿Se está atragantando?	“Si”	No puede hablar
Otros signos	Puede hablar, toser y respirar	No puede respirar, sibilancias, intenta toser y no puede, inconsciente

SECUENCIA DE ACTUACIÓN



Si la víctima muestra signos leves de obstrucción de la vía aérea:

- Animar a que siga tosiendo.

Si la víctima muestra signos graves de obstrucción de la vía aérea y está consciente:

- Aplicar 5 palmadas inter escapulares en la espalda.
- Compruebe si cada palmada ha sido capaz de aliviar la obstrucción, si una palmada alivia no seguir aplicándolas.



- Si ninguna de las 5 palmadas alivian la obstrucción, aplique hasta 5 compresiones abdominales de la siguiente forma:
 - Sitúese de pie, detrás de la víctima y ponga ambos brazos alrededor de la parte superior del abdomen.
 - Incline a la víctima hacia delante.
 - Cierre su puño y colóquelo entre el ombligo y la punta del esternón del paciente.
 - Coja esta mano cerrada con la otra y empuje enérgicamente hacia adentro y hacia arriba.
 - Repita hasta 5 veces.
- Si la obstrucción no se resuelve, continúe alternativamente con 5 golpes en la espalda seguidos de 5 compresiones abdominales.

En el caso de mujeres embarazadas y personas obesas las compresiones se deberán realizar en el centro del pecho ya que las compresiones abdominales son inefectivas en el obeso y perjudiciales en las embarazadas.



Si la víctima en cualquier momento queda inconsciente:

- Lleve a la víctima con cuidado hasta el suelo y llame al 112
- Comience la RCP desde el punto 5b sin comprobar signos de circulación.

