



Aprendizaje Esperado: Aplica con eficacia la atención básica de primeros auxilios, como parte del equipo responsable de la atención de la o el paciente, de acuerdo a las normas y procedimientos estándares.

Conceptos fundamentales de primeros auxilios y evaluación primaria y secundaria

Introducción

En la vida cotidiana, ya sea en el ámbito laboral, escolar, etc. Nos enfrentamos a situaciones de emergencias y/o accidentes, que se caracterizan por requerir soluciones rápidas y eficaces. Un accidente se define como un hecho eventual e involuntario que puede provocar daño en las personas (Real Academia Española, 2010). Se estima que en el mundo se producen anualmente más de dos millones de accidentes de distinta naturaleza y gravedad.

En la actualidad, los traumatismos son la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de la vida. Como causa global de muerte en todas las edades, el trauma es superado únicamente por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias. En Chile, durante el año 2017 se atendieron en los distintos establecimiento (Hospital, SAMU, SAR) 1.868.381 casos de traumatismo y envenenamiento, de los cuales 103.733 fueron accidentes de tránsito. En la Región de La Araucanía se registró un total de 56.058. En el año 2018 el registro de accidentes por traumatismo y envenenamiento a nivel nacional presento en el primer semestre una cifra de 627.988, esta cifra resulta alarmante, ya que mucho de los accidentes son totalmente prevenibles.

La mayor parte de las estrategias para el control de las lesiones y accidentes se centra en la prevención primaria, es decir, en evitar que se produzcan las lesiones o minimizar su gravedad, o en la prevención secundaria, es decir, en dar una respuesta médica apropiada a fin de mejorar el tratamiento, para minimizar el daño después de una lesión. En muchos casos, la rapidez de la atención de emergencia y el traslado de las víctimas con lesiones desde el lugar del incidente a un centro de atención médica puede salvar vidas, reducir la incidencia de discapacidad a corto plazo y mejorar notablemente las consecuencias a largo plazo

En la presente guía, veremos conceptos fundamentales en primeros auxilios y como debemos realizar la valoración primaria para poder posteriormente realizar primeros auxilios en distintos escenarios, siempre entendiendo que una cultura de prevención de accidentes es la mejor estrategia en primeros auxilios.

Primeros auxilios

Son todas las acciones, medidas o actuaciones que se realizan en el lugar del accidente y permiten la atención inmediata del afectado con material improvisado hasta la llegada del personal especializado.

Se ocupan en lesiones físicas o enfermedad, así como también se incorpora el apoyo psicosocial a las personas que sufren angustia emocional al experimentar o presenciar un evento traumático.

No son tratamientos médicos, sino acciones de emergencia. El objetivo principal es proporcionar cuidados que beneficiarán a la persona antes del tratamiento definitivo.

La meta de los primeros auxilios es estabilizar precozmente al enfermo, controlando situaciones que puedan poner en riesgo su vida y así poder trasladarlo al sistema intrahospitalario en las mejores condiciones posibles

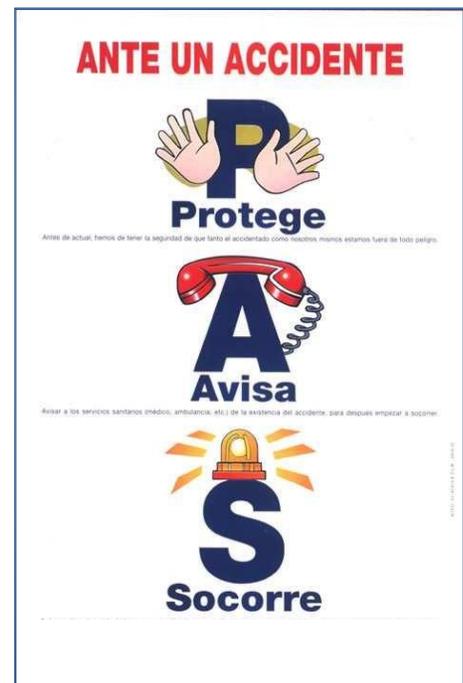
Es importante tener conocimientos básicos de primeros auxilios por que los minutos posteriores al accidente son cruciales para salvar la vida y prevenir o detener los daños en el accidentado. El 57% de las muertes por accidentes de tránsito se producen en los instantes siguientes de la colisión, de estas el 85% son causadas por obstrucción de la vía respiratoria y hemorragias. Técnicas sencillas podrían prevenir algunos de estos fallecimientos.

Objetivos de los primeros auxilios

- Preservar la vida.
- Prevenir el empeoramiento del individuo y sus lesiones, evitar complicaciones posteriores derivadas de una mala atención.
- Asegurar el traslado del afectado a un centro asistencial. Mantenerse en el sitio del suceso hasta entregar toda la ayuda o información necesaria.
- Promover posteriormente la recuperación (Alveal, Clericus & Stiepovich, 1995).

Principios básicos de Primeros auxilios (PAS)

- **PROTEGER:** En primer lugar, evaluar si el sitio es seguro tanto para el auxiliador como para la víctima, nunca se debe socorrer a una persona en un lugar inseguro o de alto riesgo para el auxiliador, ya que puede transformarse en víctima y agravar la situación.
Solo se moverá a la víctima si ésta corre peligro.
- **AVISAR:** A los números de emergencias: Ambulancia (131), Bomberos (132) o Carabineros (133) dependiendo de la categoría del accidente. De esto depende la ayuda que llegará.
- **SOCORRER:** Previa evaluación del herido. Se debe hablar al accidentado para ver si responde, luego observarlo para evaluar sus daños y finalmente decidir cuál es la ayuda que va a brindar.





Al llamar a un número de emergencia es importante entregar los siguientes datos:

- ✓ Localización exacta del lugar donde ocurrió la emergencia.
- ✓ Identificar número de afectados
- ✓ Estado del afectado (edad, sexo, estado de conciencia, generalidades de lo que ocurrió).

1. Proteger: Seguridad de la escena

Para no asumir riesgos haga un examen visual rápido para detectar peligros inmediatos:

- Derrumbes
 - Incendios
 - Vapores químicos
 - Cables eléctricos
 - Presencia de humo
 - Flujo continuo de tránsito
 - Asaltante
-
- ✓ Pregúntese siempre si el escenario es seguro.
 - ✓ ¿Cuántas personas hay involucradas? Puede haber más de un afectado/a. Mire alrededor y pregunte a posibles testigos.
 - ✓ Piense en sus recursos disponibles

➤ **Si es seguro, acérquese al afectado/a.**
➤ **Mantenga la calma.**
➤ **Intente hablar con la persona.**
➤ **Hable con voz firme pero sin gritar.**
➤ **Pregunte a los observadores si conocen al afectado/a y lo ocurrido.**

Precauciones

- Si las condiciones no son seguras, manténgase a distancia, tranquilice al afectado/a y active el **SISTEMA DE EMERGENCIA**.
- Protéjase de las responsabilidades legales. Si el afectado/a está consciente, infórmele su nombre y su nivel de entrenamiento y obtenga su permiso para que lo pueda ayudar.

No de Primeros Auxilios si el afectado/a no quiere.

En caso de que el afectado/a esté inconsciente se asume consentimiento implícito.



- No haga comentarios sobre el estado de salud del afectado/a.
- Mantenga la temperatura corporal.
- No administre medicamentos.
- No dé líquidos ni alimentos que no estén indicados por un médico.
- No dar licor en ningún caso

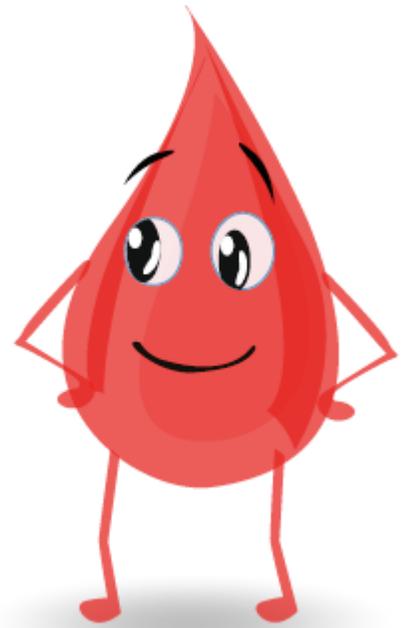
Precaución universales con sangre y fluidos

La atención al afectado/a de un accidente, expone a la persona que resta primeros auxilios al contacto con fluidos de alto riesgo que podrían provocar contagio:

Protéjase de sangre, líquidos genitales como semen y secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo y todo fluido con presencia de sangre.

La persona que presta los primeros auxilios debe tener las siguientes precauciones:

- Uso de guantes de goma, látex o vinilo.
- Agua y jabón que garantice un buen lavado de manos.
- Si la atención amerita la utilización de mascarillas y lentes protectores y usted cuenta con ellos, utilícelos en caso de que existan fluidos corporales de riesgo.



Consideraciones Generales de los Primeros Auxilios

- Siempre mantener la calma, para actuar con serenidad, rapidez y confianza.
- Si tiene seguridad de lo que va a hacer, actúe, de lo contrario es preferible pedir ayuda..
- No hacer más de lo indispensable, solo realizar las acciones que conoce y maneja con seguridad. Se ha demostrado que una mala maniobra de rescate en un accidentado con eventual lesión de columna vertebral puede provocar discapacidad motora irreversible.
- Si la persona afectada está consciente, solicítele autorización para brindar los primeros auxilios.
- Si el afectado/a ha perdido la conciencia o sospecha que puede pasar, colóquelo de lado.
- En el caso de encontrarse con múltiples víctimas, la atención debe ser jerarquizada (se atenderá primero al accidentado que más lo necesite). Dar prioridad a accidentados con paro cardiorrespiratorio, con hemorragia masiva y personas inconscientes.
- No mover al accidentado hasta identificar la gravedad de sus lesiones, la postura se modifica solo después de conocer los riesgos y con el cuidado necesario.
- Mantener la temperatura corporal del accidentado, abrigarlo en los casos que sea necesario.
- Nunca dar líquidos ni nada por boca a una persona inconsciente.



- Tranquilizar al accidentado y nunca dejarlo solo: *“Señor (a)...mi nombre es... y lo voy a ayudar, quédese tranquilo, en este momento estoy llamando a una ambulancia”*....Evitar que la persona observe sus lesiones, principalmente si son escenas con abundante sangrado o pérdida de una extremidad.
- En caso de pérdida de extremidades, recoger y llevar en una bolsa al servicio de urgencia, junto con el afectado, ya que según su estado podría reimplantarse.
- Solicitar ayuda a todos los presentes, a fin de facilitar el tránsito, comunicarse con un centro asistencial o carabineros. Asimismo, alejar a observadores para que el accidentado respire mejor y los auxiliares puedan trabajar sin problemas (Alveal, et al, 1995)
- Si ya está recibiendo los primeros auxilios, NO interrumpa.

Evaluación primaria y secundaria

La evaluación en el escenario prehospitalario comenzara por una valoración del medioambiente que rodea al paciente, incluyendo puntos como: lugar del evento, como ocurrió el accidente, condiciones de lo ocurrido, etc. La atención prehospitalaria de un paciente debe caracterizarse por una evaluación, estabilización y traslado rápido. Se determina en pocos segundos el estado ventilatorio, circulatorio y neurológico del paciente, identificando las necesidades vitales del paciente y así poder iniciar el manejo inmediato de la afección del paciente. Este procedimiento debe ser rápido y eficiente; por ello, nuestro esquema de evaluación es jerárquico, organizado y de sencilla aplicación.

Cuando hablamos de escena segura, nos referimos primero a la seguridad del personal y luego la del paciente y de los espectadores, que son potencialmente pacientes si no está asegurado el sector del evento. Es por esto que cuando ocurre un accidente el llamado es multiinstitucional, generalmente los bomberos son los que se encargan de asegurar la escena y del rescate propiamente tal. Los funcionarios de salud entregan la atención sanitaria y los carabineros velan por la seguridad de las personas y bienes en el aspecto legal, trabajando todos como un equipo.

Por lo tanto la evaluación comienza antes de abordar al enfermo e incluye tres componentes:

- Seguridad: se evalúan todos los posibles peligros, garantizando la seguridad de los reanimadores y los pacientes
- Escena: ¿Qué fue lo que realmente ocurrió? ¿Cómo ocurrió? Se evalúa cantidad de personas y vehículos involucrados, la fuerza y el grado de daño de cada vehículo.
- Situación: ¿Cuántos y que tipo de pacientes hay en la escena? ¿Puedo atenderlos con los recursos que tengo disponibles? ¿Requiero refuerzos? ¿Cuántas personas están involucradas?

Evaluación primaria

La evaluación primaria es una precisa y rápida evaluación que nos permitirá determinar y priorizar las necesidades del paciente en solo pocos segundos. El objetivo en esencia de la evaluación primaria o inicial es determinar y corregir las situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente, estableciendo en primera



instancia el estado ventilatorio, hemodinámica y de conciencia del paciente y reconocer grandes hemorragias o deformidades

En búsqueda de la respuesta....

Lo primero al evaluar al paciente es determinar si responde o no. Con una pregunta simple como ¿Recuerda lo que sucedió? ¿Cómo se siente? O ¿Cuál es su nombre? Obtendremos información acerca del estado de la vía aérea, capacidad ventilatoria, de la perfusión y del estado de conciencia; simultáneamente observaremos hemorragias y/o deformidades visibles. Si responde correctamente a las preguntas, es probable que no haya riesgo vital inminente, pudiendo continuar con la evaluación sin detenernos.

El ABC del trauma

La nemotecnia ABC, define en forma específica la prioridad que debe seguir para evaluar y manejar a los pacientes traumatizado. En el paciente con trauma severo es fundamental recibir tratamiento definitivo dentro de la primera hora, ya que cada minuto que pasa disminuye sus probabilidades de sobrevivir, esto es conocida como “hora dorada”, dentro del cual el reanimador tiene 10 minutos para dar soporte en el lugar e iniciar el traslado a un centro especializado. En pacientes con patologías no traumática, se realiza la misma evaluación siendo el manejo específico diferente según cada patología.

La Evaluación primaria consta de cinco puntos:

- **A:** Vía aérea con control de la columna cervical
- **B:** ventilación
- **C:** Circulación y control de hemorragias
- **D:** Déficit neurológico
- **E:** exposición, con prevención de hipotermia

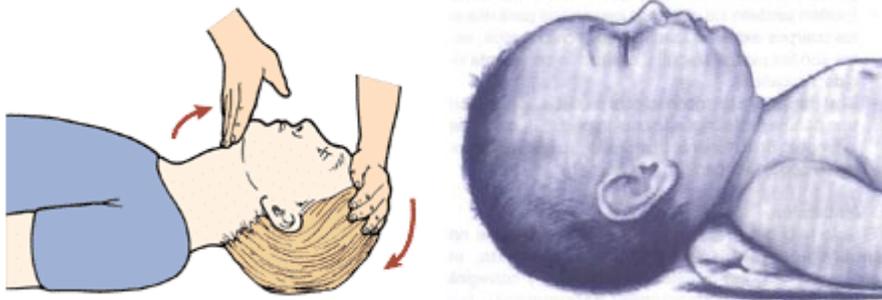
A. Vía Aérea y control de la columna cervical

La obstrucción de la vía aérea por la caída de la lengua (por la relajación de la musculatura del piso de la boca) es frecuente en el paciente inconsciente en posición supina (boca arriba). Este paciente puede presentar además depresión del reflejo de la tos y la disminución del tono del esfínter esofágico (lo que provoca reflujo). Una rápida evaluación y manejo de la vía aérea es crítico para la supervivencia de este paciente a corto plazo.

Es necesario inmovilizar en todo momento la columna cervical si existe algún indicio o sospecha de trauma, ya que paciente con sospecha de trauma tiene lesión de columna cervical hasta que se demuestre lo contrario.

Una vez asegurada la escena, nos aproximamos al paciente realizando, según el caso lo requiera una de las dos siguientes maniobras:

- Si no existe antecedente o sospecha de trauma, se toma la cabeza del paciente y se lleva a la posición de olfateo mediante la maniobra frente mentón o maniobra de safar, para menores de 2 años se sugiere colocar una toalla doblada bajo los hombros del paciente. Determinada esta posición, se realiza maniobra elevación de maneton.



-
- Si existe sospecha de trauma, se realiza tracción mandibular, manteniendo la fijación de la columna cervical en posición neutral alineada con ambas palmas de las manos, luego se toma con dos o tres dedos del operador el ángulo maxilar inferior llevándolo hacia adelante y fuera hasta abrir la vía aérea. En este momento se puede colocar el collar cervical, manteniéndolo sin embargo la protección manual de la columna cervical desde la cabeza, ya que el collar solo evita los movimientos de flexo-extensión y no los de rotación.



link: colocación de collar cervical <https://www.youtube.com/watch?v=t3i6GQPYJfk>

Una vez realizada la maniobra y abierta la vía aérea, se debe:

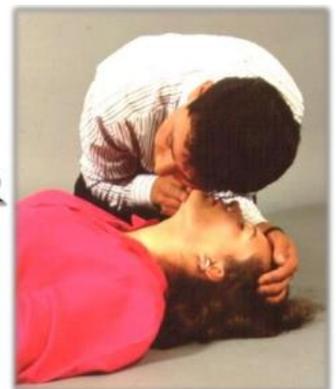
- Evaluar la permeabilidad de la vía aérea, verificar presencia de cuerpo extraño en la boca (dientes, sangre, elementos externos, etc.)
Solo si son visibles, se debe realizar un barrido digital, introduciendo el dedo índice en forma de gancho. Si no se visualiza el cuerpo extraño, no se puede realizar esto.

B. Ventilación.

El hecho de tener una vía aérea permeable no asegura la adecuada ventilación. Por esto, el reanimador valorará la función ventilatoria y corregirá las eventuales complicaciones, determinando las siguientes características de la ventilación:

- Espontaneidad: Mirar, escuchar y sentir (MES).
Acercando uno de los oídos a la boca del paciente mientras se inspecciona si presenta excursión

M - MIRAR
E - ESCUCHAR
S - SENTIR





torácica, si el paciente no presenta ventilación espontánea se debe iniciar la ventilación asistida (se verá más adelante)

- Frecuencia y amplitud: observe el movimiento torácico y la amplitud de la respiración. Si la respiración se encuentra por debajo de las 12 o sobre las 20 respiraciones por minuto el paciente necesita oxígeno suplementario. Si el paciente tiene sobre los 30 o bajo los 10 el paciente necesita ventilación asistida.

C. circulación

Podemos tener una estimación rápida del estado circulatorio evaluando piel, estado de consciencia y características de los pulsos periféricos. Es importante fijarse en los puntos sangrantes, en la cantidad del flujo perdido, Evaluar:

- Respuesta al estímulo: una alteración de conciencia puede ser causada por hipoperfusión cerebral (hemorragia no controlada) o por hipoxia en A o B (vía aérea o en ventilación)
- Pulso: evaluar pulso, frecuencia, calidad y regularidad.
- Coloración de la piel: la tonalidad de la piel indica perfusión y la oxigenación tisular. una piel cianótica (azulada) revela pobre oxigenación pulmonar y una piel pálida puede indicar vasoconstricción periférica, anemia o interrupción de la irrigación de la sangre de ese territorio.
- Temperatura de la piel: un paciente frío es un paciente mal perfundido; la temperatura disminuye por la redistribución de flujos sanguíneos hacia los tejidos de mayor importancia como mecanismo de compensación del shock.
- Llene capilar: el tiempo de llenado del lecho ungueal normal es menor a dos segundos, si este es mayor podría indicar baja perfusión tisular, pero este signo por sí solo es un pobre indicador ya que influyen otros factores como: edad, temperaturas frías, fármacos, entre otros.
- Humedad de la piel: piel seca indica buena perfusión tisular, piel húmeda se asocia a shock

La presencia de pulsos periféricos nos da una estimación de la presión arterial sistólica del paciente:

- Pulso radial presente: PAS de al menos 80 mm Hg
- Pulso femoral presente: PAS de al menos 70 mm Hg
- Pulso carotídeo presente: PAS de al menos 60 mm Hg.

Su frecuencia puede ser también un indicador de un estado de shock.

El control de hemorragias a través de compresión de puntos sangrantes e inmovilización de fracturas, debe solucionarse en el transcurso de la evaluación primaria. El uso de torniquetes SOLO está indicado en caso de amputación traumática. Además deben sospechar posibles puntos de sangrado interno y estimar la cantidad de sangre perdida por el paciente.



D. Déficit neurológico

En el ámbito extrahospitalario el objetivo es determinar el nivel de conciencia del paciente.

Se evalúa con AVDI:

A	Alerta
V	Responde a estímulo verbal
D	Responde a estímulo doloroso
I	Inconsciente (no responde a ningún estímulo)

En Primeros Auxilios solo usamos Consciente o Inconsciente para decir el estado de una persona.

La escala de coma de Glasgow nos permite objetivar el grado de compromiso neurológico, esto se realiza en el trauma craneoencefálico, esta evaluación es parte de la evaluación secundaria.

Un nivel de conciencia alterado debe hacer pensar en: hipoxia, hipoperfusión cerebral, lesión del sistema nervioso central, drogas, alcohol, patologías asociadas (diabetes, convulsiones, alteraciones cardíacas) Es importante indagar esto, aun que fuese por muy poco tiempo.

Luego debe evaluarse el estado de las pupilas: tamaño, simetría, reactividad a la luz, velocidad de la respuesta fotomotora.

Existen numerosos fármacos y situaciones que pueden alterar tanto el tamaño como la reactividad a la luz de las pupilas:

- Los opiáceos dan lugar a pupilas puntiformes, en las que es muy difícil valorar el reflejo fotomotor.
- La midriasis puede estar producida por la administración de atropina, un episodio anóxico o una hipotensión grave, hipotermia, coma barbitúrico, retirada reciente de opiáceos etc.
- La falta de reactividad pupilar puede ser consecuencia de hipotermia, coma barbitúrico o parada cardíaca reciente.

Cuando las características de las pupilas son normales, se describe con PIRRL: pupilas – iguales- redondas- reactivas a la luz.

Otros signos de deterioro neurológico son: Salida de líquido cefalorraquídeo o sangre por oído o nariz (signos de fractura de base de cráneo), cefalea, vómitos, inquietud o agitación, Epilepsia, Presencia de algún déficit neurológico focal, puede observarse asimetría en la movilidad o disminución en la fuerza de las extremidades.

E: Exposición y prevención de hipotermia

Inicialmente retirar solo la ropa necesaria para determinar la presencia o ausencia de un trastorno o lesión.

Para la pesquisa de lesiones que pudieran estar ocultas es importante exponer completamente al paciente con trauma, dentro de lo posible en un sitio protegido del ambiente y de miradas indiscretas. Si bien se considera adecuado cortar y rasgar toda vestimenta del paciente, no debemos sobrexponerlo ni enfriarlo. Es

necesario retirar toda ropa gruesa o constrictiva que pueda enmascarar una lesión o una sitio de sangrado. Una vez expuesto, el paciente debe cubrirse y abrigarse tan pronto como sea posible.

Evaluación secundaria

La evaluación secundaria se realiza después de la evaluación primaria y solo si el estado del paciente lo permite. Esta busca detectar otras lesiones que no comprometen necesariamente la vida del paciente y que siempre se hacen en orden cefalocaudal y de proximal a distal.

La evaluación secundaria es una exploración física sistemática y segmentaria, desde la cabeza hasta los pies y que concluye con la medición de signos vitales y un exhaustivo examen neurológico. Nos permite encontrar lesiones que no comprometen la vida del paciente y conceptualizar la condición general del enfermo y las causas del problema.

Junto con el examen clínico comienza la recopilación y registro de los datos del paciente, detalles del accidente, etc. Si bien para esta etapa existe mayor disponibilidad de tiempo, este debe ser prudentemente corto y no debe retardar el traslado del paciente al servicio de urgencia.

Examen segmentario:

- Cabeza: para efectos de la evaluación, divide la cabeza en cráneo y región facial.

Cráneo: palpe toda la superficie con los dedos, en busca de protrusiones o depresiones, crepitaciones, heridas del cuero cabelludo; examine frecuente sus guantes en busca de sangre u otros fluidos, por ejemplo: otorragia. Observe signos de fractura de la base del cráneo: Signo de battle y signo de mapache



- Facial: palpe los relieves óseos buscando posibles fracturas, examine la cavidad oral y la movilidad de la articulaciones mandibulares, observe las vibrisas nasales en busca de quemaduras aéreas, olfatear halitosis por alcohol.
- **Cuello:** evalúe la presencia de dolor, crepitaciones o deformidades de columna, busque heridas, desviaciones de la tráquea, traumatismo de laringe (ronquera,afonía, voz bitonal)
- **Tórax:** buscar erosiones de piel, evaluar el patron respiratorio (frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad) disnea, uso de musculatura accesoria , descarte fractura de clavícula, costillas. Se debe percudir en búsqueda de sonido mate o timpanidad (en busca de neumotórax o hemotórax). Ausculte ruidos respiratorios.



- **Abdomen:** Buscar heridas, erosiones, evisceraciones, aumento de volumen, equimosis, etc. Presencia de marcas del cinturón de seguridad (indica trauma abdominal por mal uso de cinturón), palpar abdomen confirmando que se encuentre blando, depresible e indoloro.
- **Extremidades:** evaluar color, pulsos distales, sensibilidad y motilidad, presencia de posturas patológicas y anomalías en los reflejos. Palpe las extremidades en toda su extensión en busca de deformidades, dolor crepitación, etc.

Evaluación neurológica

En este momento se debe realizar la escala de coma de Glasgow y la evaluación de respuesta pupilar, la capacidad de respuesta sensorial permitirá determinar e identificar áreas que permitan una evaluación más metódica.

ESCALA DE GLASGOW DE NIVEL DE CONCIENCIA					
APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Espontánea	4	Orientado	5	Obedece órdenes	6
Orden verbal	3	Confuso	4	Localiza dolor	5
Estímulo doloroso	2	Palabras inapropiadas	3	Retirada al dolor	4
Ausente	1	Palabras incomprensibles	2	Flexión al dolor	3
		Ausente	1	Extensión al dolor	2
				Ausente	1
Puntuación máxima: 15		Puntuación mínima: 3			

Signos vitales: Cuando las condiciones del paciente lo permitan o lo requieran se debe evaluar cuantitativamente de la FC, FR, P/A, T°. Se insiste que esta evaluación no debe retrasar el traslado.

Actividades

1. Realice un glosario y defina las palabras que usted desconozca. (mínimo 30)
2. Realice flujograma de la valoración primaria
3. Conteste las siguientes preguntas:
 - a. ¿Qué debemos evaluar en la escena de un accidente?
 - b. ¿Cuáles son los números de emergencia que debemos conocer?
 - c. Según lo leído ¿Cuáles cree usted que serían las cualidades de un auxiliador o un prestador de primeros auxilios?
 - d. ¿Cuál es la diferencia entre evaluación primaria y secundaria?
 - e. ¿Porque cree usted que la prevención es uno de los pilares fundamentales en primeros auxilios?
 - f. ¿Qué es el Shock? Describa el shock: cardiogénico, hipovolémico y el shock anafiláctico.
4. Responda los siguientes casos clínicos:



Caso clínico 1:

Jueves por la tarde, usted vuelve del liceo, hace mucho frío. Se escucha una sirena de bomberos a cierta distancia y al doblar por la esquina se encuentra con un accidente vehicular, se ve un pasajero eyectado, fallecido y el conductor estaría atrapado. Al aproximarnos vemos una camioneta que ha chocado contra el poste del alumbrado público. Cables de alta tensión reposan sobre el techo del vehículo deformado y dentro de este se observa al conductor recostado sobre el volante, inmóvil y al parecer atrapado por sus extremidades inferiores. A 10 metros del lugar se observan restos del fallecido. Vidrios rotos brillan por todos lados y el penetrante olor de la bencina parece pasar inadvertido por la veintena de curiosos que merodean en el lugar.

Según el caso clínico: ¿Qué acciones realizaría usted, para ayudar frente a este accidente?

Caso clínico 2:

Usted como técnico de enfermería que trabaja en SAR llega a la escena del caso anterior, tras llamar a carabineros y bomberos, ellos aislan el perímetro para mantener alejados a los transeúntes, trabajando en la extricación del conductor. Se acerca al oficial de bomberos quien confirma nuestros temores: electricidad y combustible son un riesgo inminente y solicita que nos mantengamos a distancia hasta que aseguren la escena. Nos confirman además detalles de la condición del paciente. Esperamos atentos, sospechando ya las posibles lesiones del herido.

El personal de rescate vehicular, rápidamente aísla el sector, asegura la escena y extrica al paciente para que pueda recibir la atención en salud.

- a. ¿En que momento abordaría usted al paciente gravemente herido?
- b. ¿Cómo realizaría la evaluación?
- c. Considerando la gravedad de los pacientes ¿Qué acciones realizaría usted para ayudar a estas personas?

Preguntas de selección múltiple

1. Femenina joven encontrada en vía pública sin respuesta, ensangrentada. Su primera acción al llegar al lugar es:
 - a. Permeabilizar vía aérea con protección de columna cervical
 - b. Instalar acceso venoso y estimar la presión arterial
 - c. Verificar que la escena es segura para el equipo de intervención
 - d. Verificar respuesta y estimar el Glasgow
 - e. Buscar lesiones en cráneo y tórax que puedan ser letales
2. Al evaluar al paciente anterior usted constata ausencia de pulso radial y presencia de pulso femoral débil. Al respecto se debe confirmar que:
 - a. La presión arterial es cercana a los 60 mmHg de sistólica
 - b. La presión arterial es cercana a los 90 mmHg de sistólica
 - c. No existe correlación clara entre la ausencia de pulsos periféricos y presión arterial
 - d. La presión arterial es cercana a los 70 mmHg de presión sistólica
 - e. La presión arterial cae, el primer pulso que se pierde es el femoral



Atención en urgencia y primeros auxilios
Atención de enfermería. Cuarto medio, 2020

3. Al evaluar un paciente con nivel de conciencia alterado puede hacernos pensar en:
 - a. Daño orgánico cerebral por daño directo
 - b. Hipoxia cerebral
 - c. Intoxicación por alcohol
 - d. Hipoperfusión cerebral
 - e. Todas las anteriores

4. Durante el trayecto hacia el sitio donde se solicita atención sanitaria, es importante recabar información en relación a:
 - a. El numero de personas
 - b. Si la situación amerita apoyo de otros sistemas, como bomberos o carabineros
 - c. Antecedentes del evento traumático en forma general.
 - d. Edad aproximada de los pacientes
 - e. Todas las anteriores