

CONTROL DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y PRIMEROS AUXILIOS 2004

CURSO: NIVEL SUPERIOR EN PREVENCIÓN DE
RIESGOS LABORALES.

PROFESOR: Dra. Marta Bermejo Bermejo
CSIC. Madrid.

VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

INTRODUCCION

La medicina es una ciencia que tiene como objetivos principales:

- La promoción de la salud
- La prevención de la pérdida de la salud
- La curación de las enfermedades.

La medicina del trabajo es una parte de la medicina, en la cual el medio ambiente es el medio laboral. Esta utiliza una técnicas determinadas que se pueden resumir en:

- Investigación epidemiológica, mediante estudios epidemiológicos en colaboración con otras entidades.
- Vigilancia de la salud de los trabajadores, constituyendo uno de los instrumentos imprescindibles de los programas de prevención de riesgos laborales. Es una de las obligaciones del empresario, según el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Educación sanitaria, mediante campañas de prevención y cursos de formación e información a los trabajadores tanto en materia de primeros auxilios como en materia de riesgos inherentes al trabajo que realizan.

DEFINICIÓN DE VIGILANCIA DE LA SALUD

Es la utilización de una serie de técnicas y de otros datos de salud (encuestas, exploraciones físicas, controles biológicos, etc.), de manera sistémica y periódica, con el objetivo de conocer o detectar cambios en el estado de salud de un individuo o de un colectivo, si la salud de los trabajadores esta adecuadamente protegida o no.

Es un estudio especializado de la salud de los trabajadores respecto a la influencia que pueda ocasionar los riesgos existentes en el ámbito laboral, con la aplicación de reconocimientos médicos específicos a los riesgos inherentes a su puesto de trabajo.

Es una actividad continuada para verificar que ningún trabajador sufra daño en su trabajo o, en todo caso, para identificarlos lo antes posible con el fin de tratarlos eficazmente y atajar las causas que los provocan.

MARCO LEGAL

- **LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES –LPRL- (LEY 31/ 1995 DE 8 DE NOVIEMBRE 1995. BOE 10-11-1995)**

Artículo 20: Medidas de emergencia

El empresario, teniendo en cuenta el tamaño y la actividad de la empresa, así como la posible presencia de personas ajenas a la misma, deberá analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha

contra incendios y evacuación de los trabajadores, designando para ello al personal encargado de poner en práctica estas medidas y comprobando periódicamente, en su caso, su correcto funcionamiento. El citado personal deberá poseer la formación necesaria, ser suficiente en número y disponer del material adecuado, en función de las circunstancias antes señaladas.

Para la aplicación de las medidas adoptadas, el empresario deberá organizar las relaciones que sean necesarias con servicios externos a la empresa, en particular en materia de primeros auxilios, asistencia médica de urgencia, salvamento y lucha contra incendios, de forma que quede garantizada la rapidez y eficacia de las mismas.

Artículo 22: Vigilancia de la salud

En este artículo regula la vigilancia de la salud del personal al servicio de una empresa, poniendo de manifiesto las características de esta:

Debe de ser **garantizada por el empresario**

Debe de **ser específica** en función de los riesgos a los que este sometido el trabajador en el lugar de trabajo.

Voluntaria se debe de contar con el consentimiento del trabajador, salvo que:

- Los reconocimientos sean indispensables para la evaluación de los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- Que el estado de salud pueda constituir un peligro para él mismo o para terceros.
- Que exista una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

NORMATIVA ESPECIFICA SEGÚN RIESGOS.

- o *Orden de 14.09.59 Fabricación y empleo de productos que contengan benceno.*
- o *Reglamento sobre trabajos con riesgo 26.7.93*
- o *Protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo. Real Decreto 374/2001*
- o *Decreto 1316/89 Protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo.*
- o *Real Decreto 783/2001 Radiaciones Ionizantes. Reglamento de protección sanitaria.*
- o *Real Decreto 664/1997 Protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con AGENTES BIOLÓGICOS durante el trabajo.*

Confidencial la información médica derivada de la vigilancia de la salud de cada trabajador estará a disposición para el propio trabajador, los servicios médicos responsables de la salud y las autoridades sanitarias.

El empresario no tendrá conocimiento del contenido concreto de las pruebas médicas o de los resultados sin el consentimiento expreso del trabajador.

Al empresario se le darán las conclusiones de la vigilancia de la salud realizada en sus trabajadores en términos de:

- o Apto para desempeñar las tareas correspondientes a su trabajo.
- o La necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección o de prevención.

Prolongada mas allá de la finalización de la relación laboral en aquellos casos en los que los efectos sobre los trabajadores así lo aconsejen. Por ejemplo los trabajadores expuestos a determinados agentes químicos cancerígenos deberían ser objeto de seguimiento incluso varios años después del cese de su relación con la empresa.

Documentada se debe de elaborar y conservar la documentación sobre los resultados y las conclusiones de los controles del estado de salud de los trabajadores.

■ **EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, QUE DESARROLLA LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ESTABLECE LO SIGUIENTE, EN SU ARTÍCULO 37, APARTADO 3:**

- a) Los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado en Medicina de Empresa y un ATS /DUE de empresa, sin perjuicio de la participación de otros profesionales sanitarios con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.
- b) En materia de vigilancia de la salud, la actividad sanitaria deberá abarcar, en las condiciones fijadas por el artículo 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales:

1º. Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.

2º. Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.

3º. Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos.

- c) La vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, establecerán la periodicidad y contenidos específicos de cada caso.

Los exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínico-laboral en la que además de los datos de anamnesis, exploración clínica y control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas. Deberá constar igualmente, en caso de disponerse de ello, una descripción de los anteriores puestos de trabajo, riesgos presentes en los mismos, y tiempo de permanencia para cada uno de ellos.

- d) El personal sanitario del servicio de prevención deberá conocer las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad y de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo.
- e) En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherente al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud, deberá ser prolongado más allá de la finalización de la relación laboral a través del Sistema Nacional de Salud.
- f) El personal sanitario del servicio deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición y los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y

proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

- g) El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y propondrá las medidas preventivas adecuadas.
- h) El personal sanitario del servicio de prevención que, en su caso, exista en el centro de trabajo deberá proporcionar los primeros auxilios y la atención de urgencia a los trabajadores víctimas de accidentes o alteraciones en el lugar de trabajo.

■ **ACUERDOS ADOPTADOS EN PLENO SOBRE MEDICINA LABORAL Y SALUD LABORAL POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO CONSEJO INTERTERRITORIAL: 202/1992, 335-336-337/1999, 415/200, 429/2001**

En los cuales se pone de manifiesto el numero de unidades básicas que deben de tener la Sección de Vigilancia de la Salud según el numero de trabajadores que haya en las empresas. Así como los requisitos que debe de reunir un recinto en el cual se vaya a realizar la vigilancia de la salud y los medios de que debe disponer este servicio.

■ **REAL DECRETO 486/1997 POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES MÍNIMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO.**

Artículo 10. Material y locales de primeros auxilios

Los lugares de trabajo dispondrán del material y, en su caso, de los locales necesarios para la prestación de primeros auxilios a los trabajadores accidentados, ajustándose a lo establecido en el [Anexo VI](#).

Anexo VI: Material y locales de primeros auxilios

- A. Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo utilizados por primera vez a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto y a las modificaciones, ampliaciones o transformaciones de los lugares de trabajo ya utilizados antes de dicha fecha que se realicen con posterioridad a la misma
- 1. Los lugares de trabajo dispondrán de material para primeros auxilios en caso de accidente, que deberá ser adecuado, en cuanto a su cantidad y características, al número de trabajadores, a los riesgos a que estén expuestos y a las facilidades de acceso al centro de asistencia médica más próximo. El material de primeros

auxilios deberá adaptarse a las atribuciones profesionales del personal habilitado para su prestación.

2. La situación o distribución del material en el lugar de trabajo y las facilidades para acceder al mismo y para, en su caso, desplazarlo al lugar del accidente, deberán garantizar que la prestación de los primeros auxilios pueda realizarse con la rapidez que requiera el tipo de daño previsible.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores, todo lugar de trabajo deberá disponer, como mínimo, de un botiquín portátil que contenga desinfectantes y antisépticos autorizados, gasas estériles, algodón hidrófilo, venda, esparadrapo, apósitos adhesivos, tijeras, pinzas y guantes desechables.
4. El material de primeros auxilios se revisará periódicamente y se irá reponiendo tan pronto como caduque o sea utilizado.
5. Los lugares de trabajo de más de 50 trabajadores deberán disponer de un local destinado a los primeros auxilios y otras posibles atenciones sanitarias. También deberán disponer del mismo los lugares de trabajo de más de 25 trabajadores para los que así lo determine la autoridad laboral, teniendo en cuenta la peligrosidad de la actividad desarrollada y las posibles dificultades de acceso al centro de asistencia médica más próximo.
6. Los locales de primeros auxilios dispondrán, como mínimo, de un botiquín, una camilla y una fuente de agua potable. Estarán próximos a los puestos de trabajo y serán de fácil acceso para las camillas.

El material y locales de primeros auxilios deberán estar claramente señalizados.

- B. [Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo ya utilizados antes de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto, exceptuadas las partes de los mismos que se modifiquen, amplíen o transformen después de dicha fecha](#)

A los lugares de trabajo ya utilizados antes de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto, exceptuadas las partes de los mismos que se modifiquen, amplíen o transformen después de dicha fecha, les serán de aplicación las disposiciones de la parte A del presente Anexo con las modificaciones que se señalan en el párrafo siguiente.

Los apartados 5 y 6 no serán de aplicación, salvo en lo relativo a aquellas obligaciones contenidas en los mismos que ya fueran aplicables en los citados lugares de trabajo en virtud de la normativa vigente hasta la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

Existen dos tipos de objetivos: colectivos e individuales

OBJETIVOS COLECTIVOS

- Valoración del estado de salud de los trabajadores
- Alertar sobre posibles situaciones de riesgo
- Evaluar la eficacia del plan de prevención

OBJETIVOS INDIVIDUALES

- Detección precoz de las alteraciones de la salud
- Identificación de los trabajadores especialmente sensibles a ciertos riesgos

Los resultados de la vigilancia de la salud nos sirve para motivar la revisión de las acciones preventivas en función de la aparición de daños en la población trabajadora y para evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales.

TÉCNICAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD

- **CONTROLES BIOLÓGICOS** cuya finalidad es la evaluación de la exposición o de los efectos de los contaminantes químicos sobre el colectivo de trabajadores. Esto estará condicionado a la existencia de un indicador que sea valorable, que pueda ser comparado con valores límites de referencia. Estas pueden ser determinaciones de sangre y / u orina, estudios funcionales como la audiometría o la espirometría forzada.
- **DETECCIÓN PRECOZ** de las alteraciones de la salud mediante pruebas específicas que nos permiten poner de manifiesto lesiones, en principio reversibles, derivadas de la o las exposiciones laborales.

INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

El nuevo concepto de Vigilancia de la salud implica:

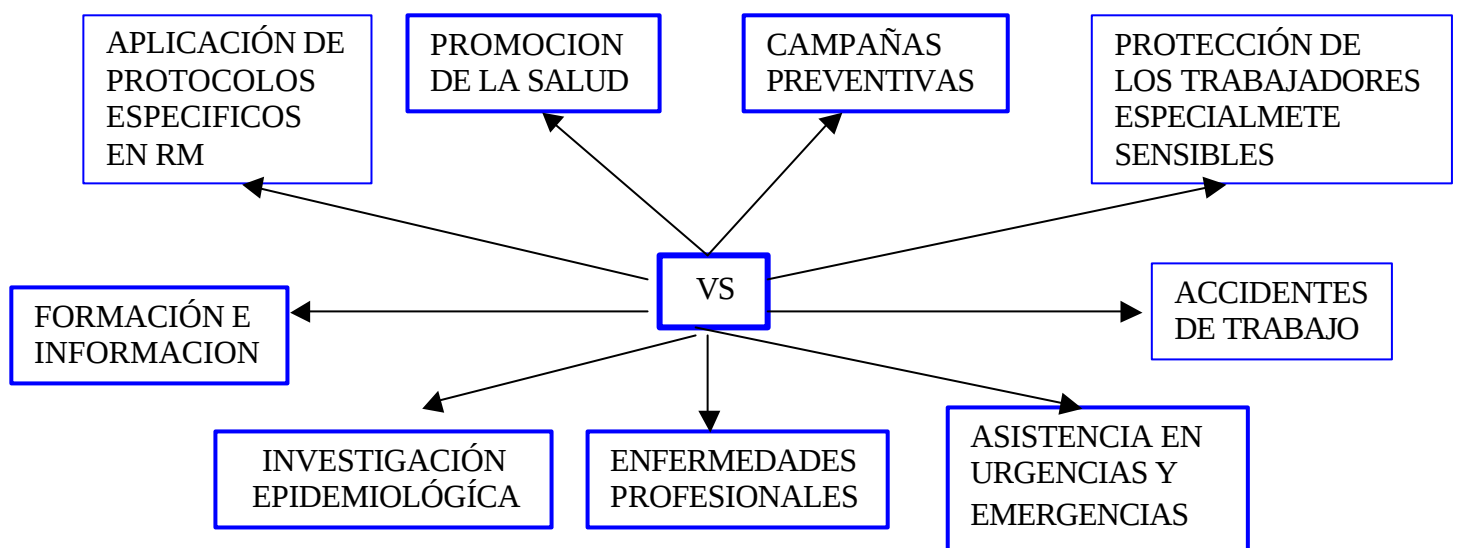
1. Una integración de la medicina del trabajo en todo el proceso preventivo desde la evaluación de riesgos hasta la comprobación de la eficacia del plan preventivo (que alteraciones presenta la salud de los trabajadores, las medidas preventivas han dado el resultado esperado).
2. No es sinónimo de reconocimientos médicos
3. Debe de integrarse en el conjunto del plan de prevención.

DECÁLOGO SOBRE LA VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL

- ◆ Es un componente esencial de la prevención de riesgos laborales.

- ◆ Supone una nueva orientación de la actividad sanitaria en el campo de la medicina del trabajo.
- ◆ No es una actividad exclusivamente asistencial.
- ◆ Debe de abarcar lo individual y lo colectivo.
- ◆ Es un elemento para la prevención y promoción de la salud de los trabajadores.
- ◆ Requiere protocolos de actuación específica según los riesgos.
- ◆ Debe respetar la intimidad de los trabajadores y la confidencialidad de la información
- ◆ No debe generar discriminación laboral
- ◆ No debe confundirse con el control del absentismo
- ◆ Requiere independencia profesional.

FUNCIONES PROPIAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD



VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL CSIC

La vigilancia de la salud del CSIC tiene unos objetivos fundamentales:

1. Desarrollo y Aplicación de nuevos protocolos de VS específica según los riesgos inherentes al puesto, ya comenzado en años anteriores.
2. Informar y formar en materia de primeros auxilios PAS
3. Aplicación de campañas preventivas de Vacunación
4. Aplicación de campañas preventivas de patologías prevalentes en Salud Laboral y Salud Pública
5. Optimizar la Coordinación y Participación de VS integrada en el equipo multidisciplinar en el Plan Preventivo.

PARA QUE UN RECONOCIMIENTO MÉDICO SEA EFECTIVO

- ❑ Debe ser específico para lo que se pretende evaluar
- ❑ Debe ser adecuado y válido para las enfermedades en periodo preclínico
- ❑ Sus resultados deben ser eficaces en términos sanitarios y económicos

PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD

CSIC		MINISTERIO DE SANIDAD
PLOMO	FENOL	PLOMO
MANIPULACIÓN DE CARGAS	LINDANO	MANIPULACIÓN DE CARGAS
PVD	BENCENO	PVD
AMIANTO	ARSÉNICO	AMIENTO
PLAGUICIDAS	METANOL	PLAGUICIDAS
RUIDO	MANGANESO	RUIDO
AGENTES BIOLÓGICOS, MUESTRAS HUMANAS Y SANGRE POST- ACCIDENTE	N-HEXANO	AGENTES BIOLÓGICOS,
SÍLICE	OX. DE ETILENO	SÍLICE
ASMA LABORAL	CONDUCTORES	ASMA LABORAL
RADIACIONES IONIZANTES	ANIMALARIO	RADIACIONES IONIZANTES
CALIDAD DE AIRE AMBIENTAL	CADMIO	CLORURO DE VINILO MONO.
ADYUVANTE DE FREUND	YODO RAD.	POSTURAS FORZADAS
FLUORURO DE HIDRÓGENO	MERCURIO	MOVIMIENTOS REPETITIVOS
DISOLVENTES ORGANICOS	NITROBENCENO	NEUROPATÍAS
MANIPUL. DE ALIMENTOS	CARGA MENTAL	ALVEOLITIS ALERGICA EXT.
VIAJES INTERNACIONALES	AGUAS RESIDUALES	AGENTES ANESTESICOS
SOPLADORES DE VIDRIO		

COLABORACIÓN CON OTRAS ENTIDADES

- ❑ INSHT
 - Es el ORGANISMO CIENTÍFICO TÉCNICO especializado, que tiene como misión el ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, así como la promoción y apoyo a las mismas
 - FUNCIONES:

- Asesoramiento técnico en la elaboración de la normativa legal y en el desarrollo de la normalización, tanto a nivel nacional como internacional
- Promoción y realización de actividades de formación, información, investigación, estudio y divulgación en materia de PRL
- Apoyo técnico y colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en el cumplimiento de sus funciones de vigilancia y control
- Colaboración con organismos internacionales y desarrollo de programas de cooperación internacional
- Cualquier otra que sea necesaria para el cumplimiento de sus fines y le sean encomendadas en el ámbito de sus competencias.

❑ IMSALUD

- o Hospital de Zona
- o Centros de salud
- o Centros de salud mental
- o C.A.D. (Centros Atención Drogodependencia) De zona
- o H. Gregorio Marañón Dpto. Radioprotección
- o FUNCIONES:
 - Asesoramiento clínico y Preventivo
 - Control y seguimiento de enfermedades comunes.
 - Tratamientos de deshabituación y rehabilitación

❑ CARLOS III

- o Fundación para la Cooperación y salud internacional
- o Instituto de Salud
- o Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas
- o FUNCIONES:
 - Estudios epidemiológicos
 - Asesoramiento de vacunación
 - Asesoramientos de enfermedades de nueva aparición.

❑ OTRAS ENTIDADES

- o Centro de Donaciones de sangre de la Comunidad de Madrid
- o Centros de Rehabilitación y toxico-dependencias
- o FUNCIONES:
 - Campañas de donación de sangre
 - Tratamientos de deshabituación y rehabilitación

PRIMEROS AUXILIOS

DEFINICIÓN

Todas aquellas actuaciones, primeras medidas y técnicas para la atención inmediata de una emergencia (accidente o enfermedad súbita) lo más rápida y adecuadamente posible hasta la llegada del equipo medico profesional, con el objeto de:

1. NO AGRAVAR LAS LESIONES PRODUCIDAS
2. CONTRIBUIR A CONSERVAR SU VIDA, EVITAR COMPLICACIONES, ALIVIAR EL DOLOR FISICO Y PSÍQUICO, FAVORECER LA RECUPERACIÓN
3. SALVARLE LA VIDA

Todos deberíamos saber como actuara en una situación de emergencia en la cual la vida de una persona puede depender de nuestra actuación.

A veces, la mayoría de la gente no hace nada, aún cuando reconozca que hay una emergencia. Los factores por los que una persona no actúa en estos casos pueden ser variadas, pero los principales motivos suelen ser:

1. Desconocimiento de las técnicas de primeros auxilios y forma de activar PAS
2. Temor a equivocarse por falta de practica

Por eso, insistimos como objetivo básico de este curso: el aprendizaje del método más eficaz –**UN ÚNICO MÉTODO**- para socorrer y llevar a cabo los primeros auxilios en urgencias/ emergencias.

LEGISLACIÓN VIGENTE

- **LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES –LPRL- (LEY 31/ 1995 DE 8 DE NOVIEMBRE 1995. BOE 10-11-1995)**

Artículo 20: Medidas de emergencia

El empresario, teniendo en cuenta el tamaño y la actividad de la empresa, así como la posible presencia de personas ajenas a la misma, deberá analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación de los trabajadores, designando para ello al personal encargado de poner en práctica estas medidas y comprobando periódicamente, en su caso, su correcto funcionamiento. El citado personal deberá poseer la formación

necesaria, ser suficiente en número y disponer del material adecuado, en función de las circunstancias antes señaladas.

Para la aplicación de las medidas adoptadas, el empresario deberá organizar las relaciones que sean necesarias con servicios externos a la empresa, en particular en materia de primeros auxilios, asistencia médica de urgencia, salvamento y lucha contra incendios, de forma que quede garantizada la rapidez y eficacia de las mismas.

Artículo 22: Vigilancia de la salud

En este artículo regula la vigilancia de la salud del personal al servicio de una empresa, poniendo de manifiesto las características de esta

- **Reglamento de los Servicios de Prevención(Real Decreto 39/1997 de 17.1)**
- **Acuerdos adoptados en Pleno sobre Medicina Laboral y Salud Laboral por el Ministerio de Sanidad y Consumo Consejo Interterritorial :202/1992, 335- 336- 337/1997, 394/1999, 415/2000, 429/001**
- **LEY ORGÁNICA 10/1995 DE 23 DE NOV, Título IX, Artículos 195 y 196,**

Omisión del deber de socorro:

Este delito está previsto y penado en el Art. 489 bis, párrafo 30 del código penal, LEY ORGÁNICA 10/1995 DE 23 DE NOV, Título IX, Artículos 195 y 196, con el siguiente contenido: "el que no socorriere a una persona que se hallare desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de arresto mayor y multa".

En la misma pena incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demandare con urgencia el auxilio ajeno. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado por el que omitió el auxilio debido, la pena será de prisión menor...

- **REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.**

Artículo 10. Material y locales de primeros auxilios

Los lugares de trabajo dispondrán del material y, en su caso, de los locales necesarios para la prestación de primeros auxilios a los trabajadores accidentados, ajustándose a lo establecido en el [Anexo VI](#).

Anexo VI: Material y locales de primeros auxilios
--

- A. Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo utilizados por primera vez a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto y a las modificaciones, ampliaciones o transformaciones de los lugares de trabajo ya utilizados antes de dicha fecha que se realicen con posterioridad a la misma

- B. Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo ya utilizados antes de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto, exceptuadas las partes de los mismos que se modifiquen, amplíen o transformen después de dicha fecha

A. Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo utilizados por primera vez a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto y a las modificaciones, ampliaciones o transformaciones de los lugares de trabajo ya utilizados antes de dicha fecha que se realicen con posterioridad a la misma.

1. Los lugares de trabajo dispondrán de material para primeros auxilios en caso de accidente, que deberá ser adecuado, en cuanto a su cantidad y características, al número de trabajadores, a los riesgos a que estén expuestos y a las facilidades de acceso al centro de asistencia médica más próximo. El material de primeros auxilios deberá adaptarse a las atribuciones profesionales del personal habilitado para su prestación.
2. La situación o distribución del material en el lugar de trabajo y las facilidades para acceder al mismo y para, en su caso, desplazarlo al lugar del accidente, deberán garantizar que la prestación de los primeros auxilios pueda realizarse con la rapidez que requiera el tipo de daño previsible.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores, todo lugar de trabajo deberá disponer, como mínimo, de un botiquín portátil que contenga desinfectantes y antisépticos autorizados, gasas estériles, algodón hidrófilo, venda, esparadrapo, apósitos adhesivos, tijeras, pinzas y guantes desechables.
4. El material de primeros auxilios se revisará periódicamente y se irá reponiendo tan pronto como caduque o sea utilizado.
5. Los lugares de trabajo de más de 50 trabajadores deberán disponer de un local destinado a los primeros auxilios y otras posibles atenciones sanitarias. También deberán disponer del mismo los lugares de trabajo de más de 25 trabajadores para los que así lo determine la autoridad laboral, teniendo en cuenta la peligrosidad de la actividad desarrollada y las posibles dificultades de acceso al centro de asistencia médica más próximo.
6. Los locales de primeros auxilios dispondrán, como mínimo, de un botiquín, una camilla y una fuente de agua potable. Estarán próximos a los puestos de trabajo y serán de fácil acceso para las camillas.
7. El material y locales de primeros auxilios deberán estar claramente señalizados.

B. Disposiciones aplicables a los lugares de trabajo ya utilizados antes de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto, exceptuadas las partes de los mismos que se modifiquen, amplíen o transformen después de dicha fecha.

A los lugares de trabajo ya utilizados antes de la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto, exceptuadas las partes de los mismos que se modifiquen, amplíen o transformen después de dicha fecha, les serán de aplicación las disposiciones de la parte A del presente Anexo con las modificaciones que se señalan en el párrafo siguiente. Los apartados 5 y 6 no serán de aplicación, salvo en lo relativo a aquellas obligaciones contenidas en los mismos que ya fueran aplicables en los citados lugares de trabajo en virtud de la normativa vigente hasta la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto.

ACTIVACION DEL SISTEMA DE EMERGENCIA

- Ante cualquier accidentado, El SISTEMA DE EMERGENCIA debe ser activado en el plazo más breve posible, cuanto más rápido lo activemos mejor y más rápidamente socorreremos al accidentado, impidiendo el agravamiento de las lesiones, disminuyendo la posibilidad de complicaciones y/o salvándole la vida.

- Las ACTUACIONES BASICAS para atender a un accidentado las recordaremos por las siglas P.A.S.:

P. PROTEGER: Al ACCIDENTADO / S
Al “SOCORRISTA / S”

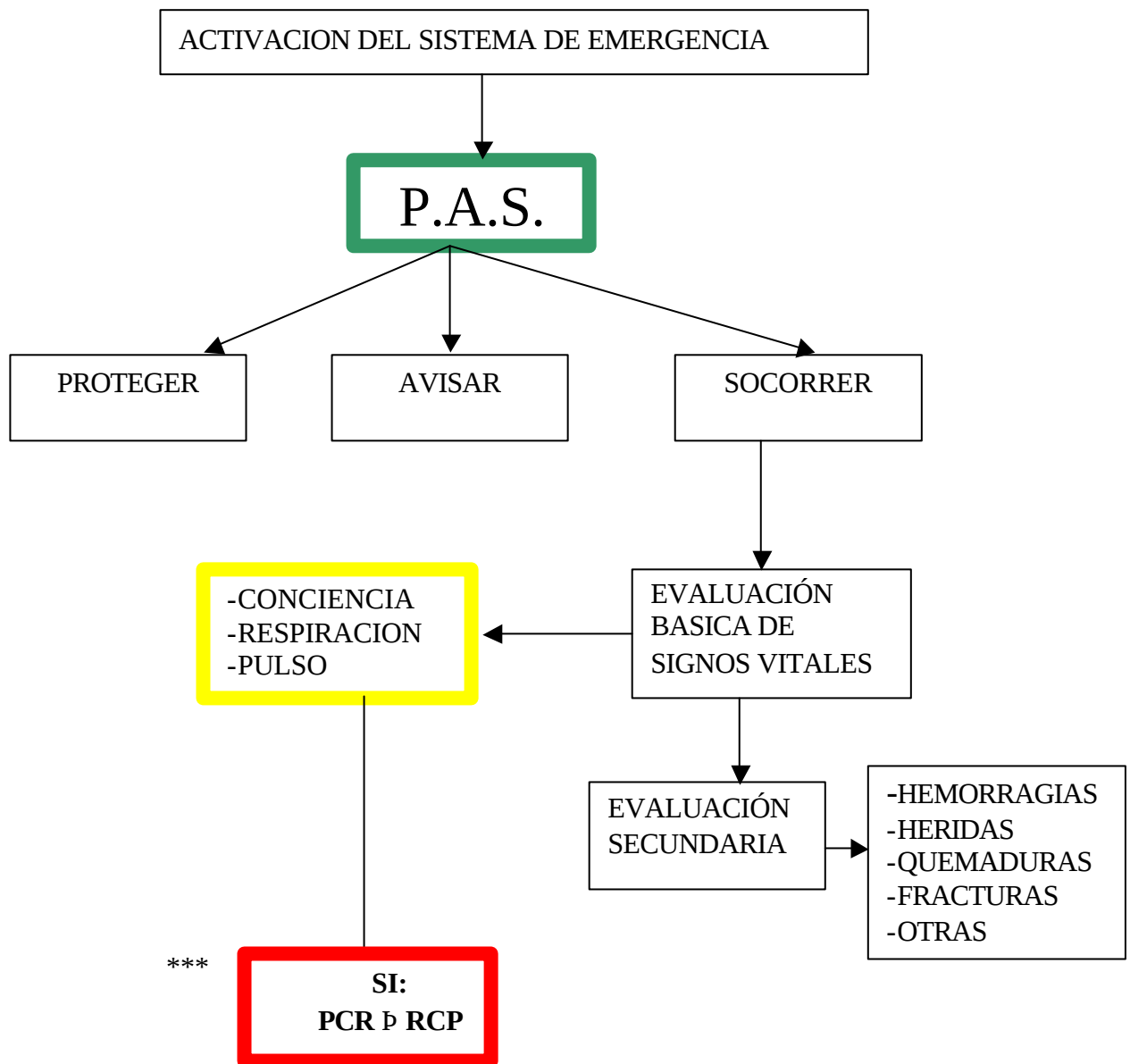
AVISAR: A los PROFESIONALES SANITARIOS de la existencia de accidente y el / los accidentados

S. SOCORRER: Efectuar la VALORACION PRIMARIA BASICA sobre el accidentado; cuando no corra peligro su vida, se efectuará una Valoración Secundaria.

LA EXPLORACION DE LOS SIGNOS VITALES SE EFECTUARÁ SIEMPRE SIGUIENDO ESTE ORDEN:

A. CONCIENCIA
B. RESPIRACIÓN
C. PULSO

ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE



*** (Si: Parada Cardio Respiratoria $\Rightarrow$ Resucitación Cardio Pulmonar)

NORMAS BASICAS PARA TODO“SOCORRISTA” Y /O PERSONA QUE EFECTUA PRIMEROS AUXILIOS”

Existen unas consideraciones básicas que **siempre hay que recordar ante cualquier situación de emergencia**, cuando hemos de socorrer a un accidentado; estas consideraciones evitan cometer errores en la atención del accidentado que podrían agravar lesiones existentes e incluso poner en peligro su vida

1. CONSERVAR LA CALMA E INTENTAR DOMINAR LA SITUACIÓN (SABERSE IMPONER). VALORACIÓN DE LA ESCENA
2. EVITAR AGLOMERACIONES alrededor del accidentado
3. NO MOVER NUNCA AL ACCIDENTADO HASTA QUE NO SE HAYA HECHO UNA VALORACIÓN PRIMARIA DEL MISMO (a excepción de riesgo para su vida Ej. : electrocución, posibilidad de atropello en vía etc.), en estos casos la movilización del accidentado se efectuara tratándolo como si fuera un bloque.
4. EXAMINAR AL ACCIDENTADO PARA DETECTAR SITUACIONES DE POTENCIAL PELIGRO VITAL (EVALUACIÓN PRIMARIA DEL ACCIDENTADO.
5. TRANQUILIZAR AL ACCIDENTADO (Hablarle siempre)
6. MANTENER AL ACCIDENTADO CALIENTE (ABRIGARLO con manta)
7. ACTIVAR URGENTEMENTE EL SISTEMA DE EMERGENCIA. Avisar siempre al personal sanitario, por leve que sea la lesión.
8. TRASLADO DE MODO ADECUADO Y EN EL TRANSPORTE ADECUADO (UVI móvil etc.)
9. NO DAR NUNCA MEDICACIÓN, NI AGUA , NI ALIMENTO POR VIA ORAL. EN GENERAL NUNCA APLICAR TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS.

VALORACION DE LA ESCENA.

- ☐ Identificar posibles riesgos en el lugar de la actuación.
 - ☐ Si existe peligro para el que efectúa el rescate.
 - ☐ Si existe peligro para la víctima.
- ☐ Si la respuesta es afirmativa, deberemos solucionar previamente el problema:
 - ☐ Aislar al paciente de la fuente eléctrica en caso de electrocución.
 - ☐ Aislar al paciente del medio acuoso en ahogamiento no consumado
 - ☐ Traslado del paciente a lugar seguro en caso de accidente etc.

VALORACION DEL INCIDENTE Y TRANSMISION A LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA, SIN ABANDONAR NUNCA A LA VICTIMA
--

VALORACION PRIMARIA DE LA VICTIMA:

Una vez activado el sistema de emergencia P.A.S., para socorrer al accidentado seguiremos siempre el **método único** que permite identificar situaciones vitales/ de emergencia médica, y que implica: evaluar los signos vitales siguiendo siempre este orden. CONCIENCIA, RESPIRACIÓN, PULSO.

CONCIENCIA:

Respuesta del accidentado:

-Determinar si la víctima se encuentra consciente o inconsciente. Para ello: en primer lugar nos dirigiremos a él verbalmente (se le habla y no contesta; pero atención, puede ser sordo por lo que, además se le debe agitar levemente y observar reacciones.

Si no responde: estimular al paciente con pequeñas sacudidas primero y después con ciertos estímulos dolorosos (por ejemplo pellizcar...)

RESPIRACION:

La respiración se comprueba utilizando la vista, el oído y el tacto del socorrista.

Si el paciente está inconsciente, comprobar la existencia de respiración mediante el siguiente proceso:

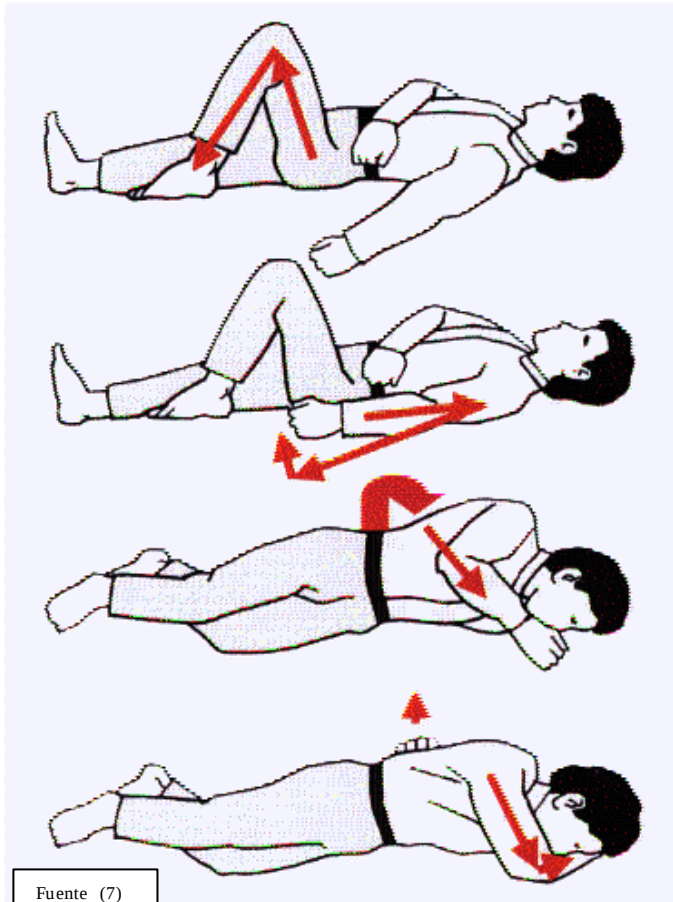
1. Mire, comprobando si existe movimiento de elevación y descenso del tórax (tener en cuenta que esto no es por sí solo signo suficiente de que se estén produciendo movimientos respiratorios efectivos.
2. Escuche, aproximando el oído a la nariz y la boca del paciente, con el fin de oír la entrada y la salida del aire.
3. Sienta en la mejilla el calor y la humedad del aire exhalado por el paciente.

Ante un posible desmayo acostar a la victima y elevar las extremidades inferiores, si es una simple lipotimia se recuperara sola, si no RCP.
--

Si el accidentado respira normalmente pero está inconsciente: ponerle en posición lateral de seguridad (P.L.S).

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD.

Maniobras para mantener la posición estable de seguridad.



Fuente (7)

Esta posición se consigue flexionando la pierna más próxima a nosotros, colocando el brazo extendido a lo largo del tronco y pegado a éste, con la mano bajo la nalga. A continuación se procede a girar al paciente traccionando hacia este lado.

Se hiperextenderá después la cabeza (siempre y cuando no haya sospecha de traumatismo), colocando la mano que queda arriba por debajo de la mejilla y doblando el codo. Con ello se mantiene la hiperextensión de la cabeza y se evita que el paciente ruede hacia adelante, sobre la cara. El brazo inferior colocado hacia atrás evita que el paciente pueda rodar hacia la espalda.

Seguiremos vigilando la permeabilidad de la vía aérea y la persistencia de la ventilación

espontánea, mientras procedemos a buscar la causa que ha originado la inconsciencia y proseguimos las pautas del sistema P.A.S.

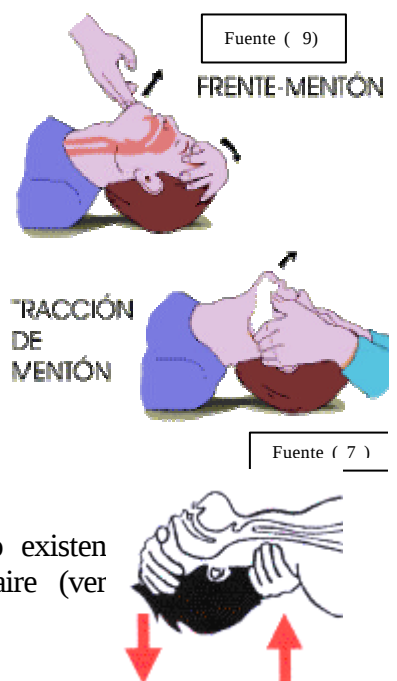
APERTURA VIA AEREA:

-Si el paciente está inconsciente y no respira normalmente:

Posicionar al accidentado en decúbito supino (tumbado boca arriba), si no lo estuviera. Si existe sospecha de traumatismo hay que mantener desde este momento y hasta el final de la actuación la posición neutra y alineada de la cabeza.

Comprobar si la vía aérea está permeable y si no es así abrirla (abrir el paso del aire) mediante maniobra frente-mentón con hiperextensión del cuello en el caso de pacientes no traumáticos y sin hiperextensión si existieran indicios de traumatismo.

Mirar en el interior de la cavidad bucal para comprobar que no existen fluidos o cuerpos extraños que pudieran obstaculizar el paso del aire (ver



Fuente (9)

Fuente (7)

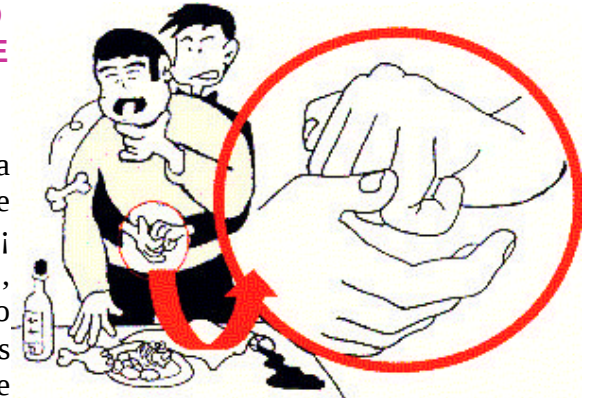
posición lengua, evitar que la lengua vaya hacia atrás). Si así fuera hay que proceder a su limpieza y **desobstrucción**.

OBSTRUCCIÓN DE VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO. MANIOBRA DE HEIMLICH DE DESOBSTRUCCION

- ❑ En todo caso de obstrucción súbita de vía aérea por cuerpo extraño en paciente consciente se le incitara a toser fuertemente e insistentemente. **!!! NO DAR PALMADAS EN LA ESPALDA!!!**, pues podría provocar el descenso del cuerpo extraño hacia vías respiratorias inferiores desencadenando el agravamiento del cuadro e incluso la muerte.
- ❑ En el caso de que a pesar de forzar la tos expulsiva no se consiguiera la eliminación del cuerpo extraño, hay que intentar la **MANIOBRA DE HEIMLICH** que consiste en:

Aplicar fuertes compresiones abdominales a nivel epigástrico, intentando ejercer un fuerte desplazamiento del diafragma hacia arriba y provocar un aumento de la presión en la vía aérea que facilite la expulsión del cuerpo extraño.

En caso de paciente inconsciente se efectuará dicha maniobra con el paciente tumbado en decúbito supino (boca arriba).



Fuente (7)



PROCEDIMIENTOS DE MANIOBRA DE HEIMLICH

1-PACIENTE CONSCIENTE SENTADO O DEPIE:

- ❑ Rodear con los brazos la cintura del paciente situándonos por detrás.
- ❑ Situar un puño con el pulgar hacia dentro en el epigastrio, pero lejos del apéndice xifoides.
- ❑ Agarrar el puño rodeándolo con la otra mano
- ❑ Efectuar fuerte compresión con ambas manos, en un movimiento rápido y hacia arriba.
- ❑ Repita al menos tres compresiones en secuencia rápida

PROCEDIMIENTOS DE MANIOBRA DE HEIMLICH

2-PACIENTE INCONSCIENTE

- ❑ Situado en decúbito supino (tumbado boca arriba)
- ❑ Posicionarnos a horcajadas sobre sus muslos
- ❑ Colocar el talón de una mano sobre el epigastrio pero lejos del xifoides
- ❑ Apoyar la otra mano sobre la primera
- ❑ Comprimir el abdomen ayudándose del peso de su propio cuerpo en movimientos rápidos y hacia arriba

AUTO-HEIMLICH

Si uno mismo es el afectado(atragantamiento etc), la maniobra mas eficaz es la tos.
Pero si falla se puede intentar:

- ❑ Efectuar la maniobra igual que para el paciente consciente, pero en ves de situarse por detrás realízela sobre si mismo
- ❑ Si no tiene éxito comprima su hemiabdomen superior con fuerza y rápidamente contra una superficie dura (silla, borde de mesa, etc.)
- ❑ Repita hasta que tenga éxito

1. Observar la presencia de palidez o cianosis.

-Si la respiración está ausente: iniciar maniobras de reanimación boca a boca (técnicas de reanimación RCP)

PULSO:

(Valoración del Estado Circulatorio)

- ❑ Si el paciente está inconsciente compruebe la presencia de pulso (carotídeo, femoral)
- ❑ IMPORTANTE: Palpar el pulso carotídeo sólo en uno de los lados y nunca con el dedo pulgar.
- ❑ Si el pulso está ausente iniciar maniobras de reanimación(técnicas de reanimación RCP)

TECNICAS DE REANIMACION (R.C.P.)

Son las técnicas que hay que efectuar cuando la respiración y/o la circulación espontánea se han detenido:

Ante cualquier víctima que no respira iniciaremos el ABC de la reanimación

- APERTURA VIA AEREA
- BOCA A BOCA (VENTILACION)
- MASAJE CARDIACO (latido Cardíaco eficaz)

Se dispone de 4 minutos para iniciar estas maniobras con probabilidades de éxito (si se inician antes de 4 minutos se consigue hasta un 40% de descenso en la mortalidad). Por encima de 5 minutos son muy escasas las posibilidades de recuperar las funciones cerebrales superiores. Por otro lado, aunque la anoxia cerebral prolongada por más de 4 minutos se asocia a muerte cerebral prácticamente segura, en la práctica clínica la resistencia cerebral a la hipoxia puede oscilar ampliamente en algunas circunstancias; así, en el caso de hipotermia, ahogamiento, intoxicación por barbitúricos etc. Se han descrito supervivencias después de 30 minutos e incluso 1-2 horas (en casos de hipotermia, ahogamiento etc.) de RCP. Por todo ello en caso de duda, iniciar la RCP.

- **Iniciar RCP antes de 4 minutos del inicio de la PCR.**
- **En caso de duda, iniciar la RCP.**

TABLA DE PROBABILIDAD DE RECUPERACIÓN EN FUNCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO SIN REANIMACION

1 Minuto	95%	3 Minutos	75%	5 Minutos	25%
2 Minutos	90%	4 Minutos	50%	6 Minutos	1%

TIEMPO DE REACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

El Servicio de Urgencias Medicas de Madrid (**SUMMA**) atiende una llamada cada 28 segundos y pone en marcha un equipo sanitario cada 88 segundos, con una media de 12 minutos y medio de tiempo de llegada

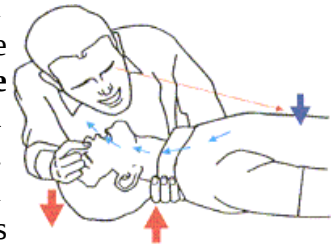
RESPIRACION ARTIFICIAL (BOCA-BOCA): si no respira.

1. **-Tumbar** a la víctima sobre un **plano duro**, tumbado sobre su espalda (decúbito supino).
2. **-Arrodillarse junto al accidentado** (a su izquierda)
3. **-Mantener la vía respiratoria abierta:** Antes de comenzar el boca a boca hay que comprobar que la víctima no tiene ningún tipo de material en la boca
 - a. **-Extraer** posible cuerpos extraños de cavidad bucal (caramelos, dentadura, verificar posición de lengua); si hubiera algún objeto sólido se sacaría con el dedo índice adoptando la forma de gancho, si es liquido, se ayudaría a su expulsión poniendo de lado su cabeza o extrayéndolo con los dedos índice y medio envueltos en un trozo de tela (En todo ello no se debe de perder mas de unos pocos segundos).

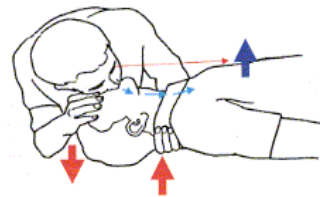
- b. **-Maniobra frente-mentón** (hiperextensión del cuello para abrir vías respiratorias. Recordar que en pacientes traumáticos o con sospecha de traumatismo se debe evitar la extensión del cuello.



4. **-Pinzar la nariz** del paciente (se aprieta la nariz con los dedos para evitar fugas de aire que introducimos).
5. Se inhala profundamente aire y se cierra herméticamente la boca, de forma que llene de aire sus pulmones. El Socorrista colocará sus **labios alrededor de la boca de la víctima** (si se dispone lo efectuará usando una “maska de bolsillo”), de forma que ésta quede completamente sellada, y comenzará a **insuflar aire de forma firme y sin brusquedad**, la fuerza que es necesaria aplicar es similar a la que se hace cuando inflamos un globo. Observar como sube el pecho del accidentado. Vigilar que el pecho se levante y baje con cada respiración, lo cual nos indica que el aire entra y sale de los pulmones. Si no se moviese, hay que volver a revisar posible cuerpo extraño e iniciar de nuevo las insuflaciones.



6. Hay que **permitir que salga el aire del tórax del accidentado** (veremos que el tórax baja y oiremos el ruido del aire al salir), separando la boca de la víctima, **y volver a insuflar** aire de la misma forma, a un ritmo de unas 12 a 15 veces por minuto (aproximadamente 1 por cada 5); SE EFECTUARAN DOS PRIMERAS INSUFLACIONES.



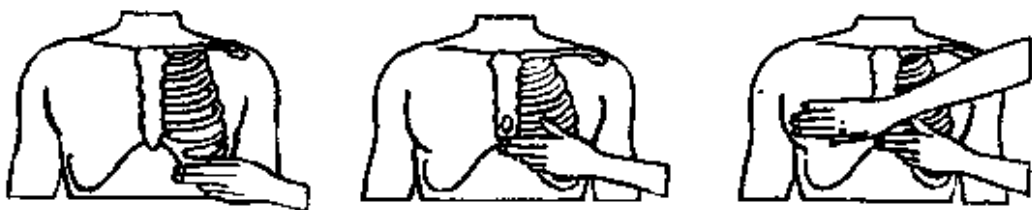
- a. **Dificultad en el llenado de os pulmones.** En el caso de que el aire no entre con facilidad, habrá que pensar:
- Que la cabeza no esta suficientemente hacia atrás, en cuyo caso habrá que subir mas el cuello y girar la cabeza.
 - Que hay algún cuerpo sólido en la garganta o tráquea, en cuyo caso lo que tendrá que hacer son las medidas de desobstrucción ya referidas incluyendo la maniobra de Heimlich.
- b. **Posibles complicaciones:** En el boca a boca, se introduce aire en el estomago, originando una dilatación causando vómitos e impidiendo, o al menos dificultando, que se llene adecuadamente los pulmones por compresión del estomago contra el diafragma. Si solo hay un socorrista, conseguiremos resolver el problema insuflando el aire en la boca con menos fuerza y en menos cantidad.

7. Cuando se haya efectuado las dos primeras insuflaciones, **SE COMPRUEBA LA EXISTENCIA DEL PULSO CAROTÍDEO**
8. Si hay pulso, continuar con las respiraciones con una frecuencia de una insuflación cada 5 segundos hasta que respire por sí solo.

9. Si no hay pulso, se inician las compresiones cardiacas con ventilación (15 compresiones cardiacas).

· **MASAJE CARDIACO: si no tiene pulso**

1. Se iniciará masaje cardíaco cuando la víctima no tenga pulso. (Fig. tomada (7))
2. El pulso se tomará en la arteria carótida, situada en el cuello.
3. Se colocará al accidentado en posición tumbado boca arriba (decúbito supino) con los brazos alineados a lo largo del cuerpo y sobre una superficie dura y lisa (suelo).
4. Colocarse a un costado del paciente con las rodillas tocando su brazo.
5. Localice el punto exacto del masaje, en la mitad inferior del esternón.



(Fig. tomada de (7))

6. Coloque el talón de una mano, en la línea media del esternón en el punto indicado.
7. Coloque la otra mano sobre la que apoya sobre el pecho y entrelace los dedos apartando éstos para que no toquen el tórax de la víctima.
8. Coloque los brazos rectos y perpendiculares al cuerpo del paciente.
9. Realice las compresiones directas sobre el tórax, consiguiendo que el tórax se deprime a una profundidad de unos 4-5 cm.



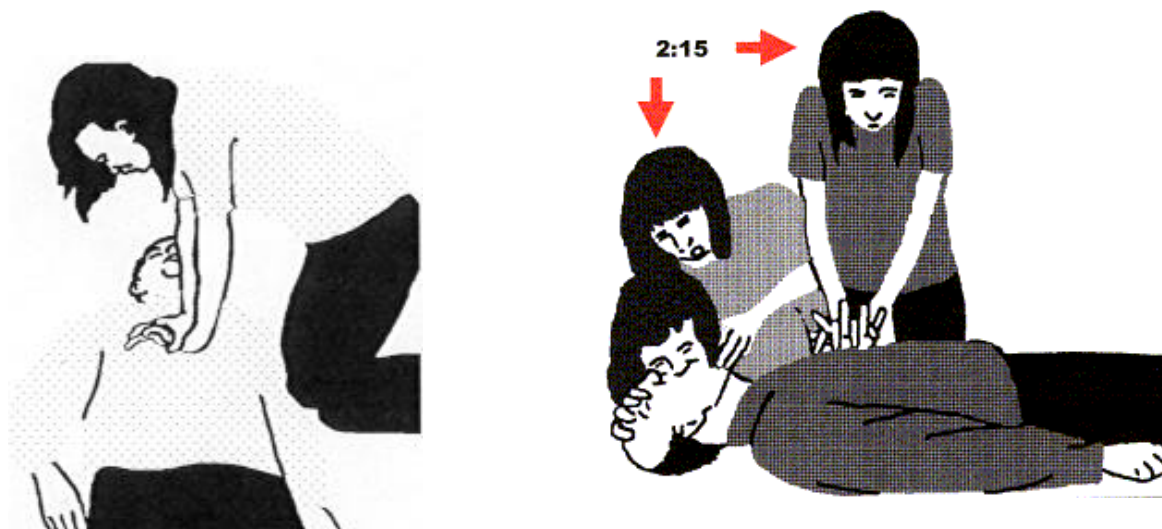
(Fig. tomada de (10))

10. El masaje cardíaco siempre irá acompañado de la Respiración Boca a Boca, de modo coordinado con las ventilaciones en una relación de:
 - a. 1 ventilación y 5 compresiones para 2 socorristas, (lo que debe resultar aproximadamente en 11 ventilaciones y 55cpm).
 - b. 2 ventilaciones y 15 compresiones para 1 socorrista, (que debe resultar en aproximadamente 8 ventilaciones y 60 cpm)

NO OLVIDAR RITMO DE LA R.C.P

***Un socorrista: 2-15 (2 insuflaciones B-B/ 15 compresiones)**

***Dos socorristas: 1-5 (1 insuflación B-B / 5 compresiones)**



11. (figuras tomadas de (7))

TECNICA	RCP POR UN SOCORRISTA	PCP POR DOS SOCORRISTAS
A Apertura de las vías respiratorias	Máxima inclinación hacia atrás de la cabeza con soporte de barbilla	
B Respiración de salvamento	Boca a boca o boca a nariz 12-15/ minuto	
C Punto de compresión Comprimir con: Profundidad de la compresión	Tercio inferior del esternón Dos manos, una sobre el dorso de la otra 4-5 cm. (para producir pulso palpable)	
Ritmo de compresión	80/ minuto	80/minuto
Proporción de compresiones a ventilación	15:2	5:1

LLAME



Llame 112

SOPLE

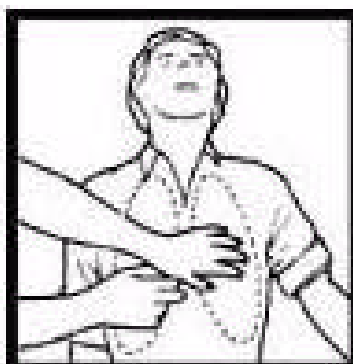


Incline la
cabeza
para
escuchar la
respiración.

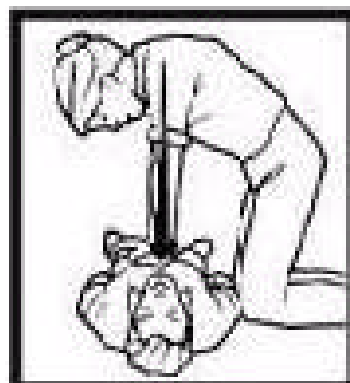


Dos
Respiraciones

PRESIONE



Ponga las
manos en
medio del
pecho;
entre los
pezones.



Presione el
pecho hacia
abajo unos 4-
5 cm, 15
veces

Siga con 2 respiraciones y 15 compresiones hasta que llegue ayuda
Este ritmo tanto para un socorrista como para dos socorristas

VALORACIÓN SECUNDARIA DE LA VÍCTIMA

Una vez que hemos asegurado el mantenimiento de las funciones vitales podemos ocuparnos de otras lesiones que presente la víctima.

En todo momento, tranquilizaremos al accidentado y le mantendremos informado sobre nuestras intenciones y maniobras, que serán siempre cuidadosas.

Seguiremos un orden de actuación para examinar todo el cuerpo (de arriba a abajo, desde la cabeza a los pies).

ESQUEMA DE ACTUACIÓN

1.- CABEZA

- Buscar heridas y / o contusiones en cuero cabelludo y en cara.
- Observar si existe salida de sangre por nariz y / o por los oídos (fractura de base de cráneo).
- Observar si existen lesiones en los ojos o a su alrededor.
- Observar el aspecto de la cara (piel pálida sudorosa...)

2.- CUELLO

- Si es necesario mover a la víctima se mantendrá CABEZA-CUELLO-TRONCO como si fuera un bloque rígido.

TODO CUELLO SE CONSIDERARÁ COMO LESIONADO HASTA QUE UNA RADIOGRAFÍA DEMUESTRE LO CONTRARIO.

- Valorar **pulso carotídeo** (frecuencia, pulso..).
- Aflojar prendas ajustadas a su alrededor.

3.- TÓRAX

- Buscar presencia de heridas y / o malformaciones.
- Valorar los movimientos respiratorios y si existe dificultad respiratoria.
- Preguntar si existe dolor y localizarlo.

4.- ABDOMEN

- Buscar la existencia de heridas.
- Preguntar si existe dolor y localizarlo.
- Pensar en la posibilidad de lesiones internas.

5.- EXTREMIDADES

- Examinar los brazos y las piernas (movilizándolos lo menos posible) en busca de heridas, puntos sangrantes, deformidades, inflamación....
- Explorar la sensibilidad (pellizcando la piel) y la movilidad de los brazos y piernas (pidiendo a la víctima que mueva los dedos de las manos y de los pies), para descartar una posible lesión de médula espinal.

■ HEMORRAGIAS

➤ DEFINICIÓN

La sangre se encuentra circulando por el interior de los vasos sanguíneos [venas(todo vaso que mete y acerca la sangre al corazón, llevan sangre venosa o poco oxigenada), arterias(todo vaso que saca y aleja la sangre del corazón, llevan sangre arterial u oxigenada, excepto en un caso, que es la arteria pulmonar) y capilares(ultimas ramificaciones de las arterias, estos se extienden en cada órgano en unas finísimas ramificaciones, y su tamaño no es superior a una centésima de milímetro)], que la transportan por todo el cuerpo.

HEMORRAGIA es la salida de la sangre por rotura de un vaso sanguíneo. Si la pérdida es importante se puede producir Shock hemorrágico.

El propio organismo se encarga de reparar el vaso sanguíneo roto, formando un coágulo en la herida, con el fin de que cese la hemorragia.

➤ CLASIFICACION

1.- Según el TIPO de vaso roto.

- **ARTERIAL:** Sangre ROJA, su salida es de forma INTERMITENTE, coincidiendo con el pulso.
- **VENOSA:** Sangre más OSCURA, su salida es de forma CONTINUA, son menos peligrosas que las arteriales.
- **CAPILAR:** Llamada en SÁBANA, sale en forma de pequeños PUNTOS sangran.



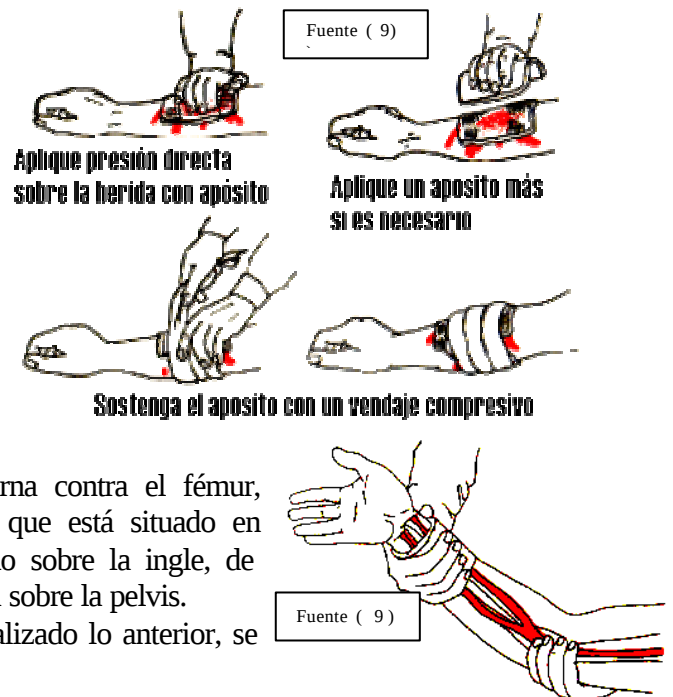
Fuente (9)

2.- Según su LOCALIZACIÓN.

- **EXTERNAS:** la sangre sale al exterior del cuerpo.
- **INTERNAS:** la sangre sale al exterior del vaso pero no del cuerpo.
- **EXTERIORIZADAS:** la sangre procedente del vaso roto, va a parar a cavidades naturales del organismo, pero sale al exterior a través de orificios naturales.

ACTUACIÓN EN HEMORRAGIAS EXTERNAS

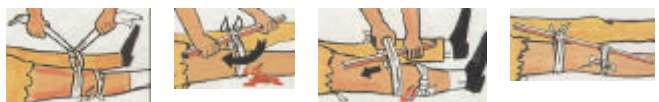
1. **Antes de atender a un accidentado, colóquese guantes desechables en la medida que sea posible.**
2. Tranquilizar al accidentado.
3. Hacer seguro el lugar.(PROTEGER)
4. Tumbear al accidentado.
5. **Si la hemorragia es en las extremidades elevarlas.**
6. **PRESIÓN DIRECTA:** Con un pañuelo limpio, gasas (si es posible estéril), e incluso con la mano. No quitar nunca las gasas o pañuelo con el que se comenzó a comprimir, ya que si se retira romperíamos el pequeño coágulo que se está formando, si es necesario poner más gasas ponerlas encima.
7. **PRESIÓN EN PUNTOS DE PRESIÓN:** del miembro superior en la cara interna del brazo, comprimiendo la arteria humeral, contra el hueso del humero; en la pierna contra el fémur, punto de presión del miembro inferior que está situado en la ingle, comprimiendo con nuestro puño sobre la ingle, de esta forma comprimimos la arteria femoral sobre la pelvis.
8. Si no se consigue que ceda, una vez realizado lo anterior, se aplicará un torniquete



TORNIQUETE

Consiste en utilizar un pañuelo, venda, o cualquier tira de tela de 4 cm de ancho, como mínimo, con la que se rodea el miembro afectado siempre en la parte superior del mismo. Se efectúa una lazada y a continuación otra,

colocando un palo entre ambas, se gira, apretando hasta que cese la hemorragia, (nunca se usará cuerdas, cables etc., que puedan causar lesiones)



Nota: Sólo en casos extremos, en los que corre peligro la vida del paciente, por no lograr frenar la hemorragia (pérdida de sangre aproximada de 1'5 litros) hay que proceder a realizar un torniquete, para lo cual hay que saber:

❑ **Normas para la correcta aplicación de un torniquete**

1. El torniquete se pondrá siempre en la raíz de los miembros(humero o fémur). Siempre por encima de la herida
2. Es importante poner una nota sobre el accidentado indicando el lugar y la hora en que se puso el torniquete y una "T" en la frente, indicando de esta forma que es un paciente que precisa atención urgente.
3. Estos accidentados tiene preferencia en los traslados y deben ir siempre acompañados de un socorrista.
4. El miembro en el que se aplica el torniquete, debe ir al descubierto.
5. Un torniquete una vez implantado, no deberá ser aflojado en ningún momento.
6. En caso de demora del equipo profesional como medida excepcional, aflojarlo cada 10-15 minutos.
7. Un torniquete, nunca debería ser retirado por el socorrista, lo será por personal médico.

EL TORNIQUETE SOLAMENTE SERÁ APLICADO, COMO ULTIMA MEDIDA, ANTE UNA HEMORRAGIA SEVERA O AMPUTACIÓN, IGUALMENTE SE UTILIZARA EN LOS CASOS DE UN APLASTAMIENTO PROLONGADO DE UNA EXTREMIDAD, COLOCÁNDOLO, EN ESTE CASO ANTES DE QUITAR EL OBJETO QUE PRODUCE EL APLASTAMIENTO.

Efectos secundarios de un torniquete

1. Shock tóxico
2. Necrosis del miembro
3. Parálisis del miembro

HEMORRAGIAS INTERNAS

En determinadas ocasiones, puede haber una pérdida de sangre importante sin que se vea la más mínima señal de hemorragia externa; estaríamos ante una hemorragia interna.

❑ **Síntomas**

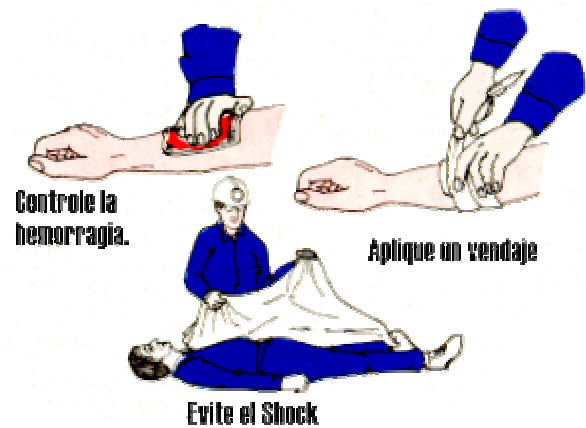
- Relleno capilar retardado. Al comprimir con un dedo sobre la uña, esta se vuelve blanca, al soltar bruscamente la compresión, la uña recobra su color original (rosado) en menos de 2 segundos. Si tarda más de 2 segundos nos encontramos con un relleno capilar retardado.
- Piel pálida y sudorosa.

- o Respiración rápida y superficial.
- o Inquietud o ansiedad que se transforman en somnolencia.

Estos síntomas pueden aparecer también en el caso de hemorragias externas importantes, e indican una gravedad del estado general de la víctima que se conoce con el nombre de shock.

□ **Actuación**

1. Tranquilizar al accidentado
2. Cubrir a la víctima
tomadas de (9))
3. Mantenerla tumbada, con las piernas ligeramente elevadas
4. No administrar nada por vía oral.
5. Poner bolsa de hielo sobre pecho, si es hemorragia pulmonar, sobre abdomen, si es de estomago o intestinal.
6. Pedir ayuda Sanitaria.



(figuras

HEMORRAGIAS EXTERIORIZADAS

Existen varios tipos de hemorragias exteriorizadas dependiendo de por donde salga el sangrado

- **Hemorragias nasales:** las hemorragias nasales, reciben el nombre de **EPIXTASIS**: Estas pueden ser debidas a roturas de alguna pequeña arteriola por factores como: rascado interno de la nariz, exposición prolongada al sol, tos estornudos etc.; estas son benignas o ESENCIALES. Las debidas a alguna enfermedad como hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación, se denominan SINTOMÁTICAS. Hay otras que son producidas por traumatismos o golpes en la nariz denominadas TRAUMATICAS.



o **TRATAMIENTO:**

1. Tranquilizar al accidentado, sentándolo, con la cabeza en posición normal (no echarla fuertemente hacia atrás).
2. Comprimir con un dedo durante 3 o 4 minutos la fosa o fosas nasales que sangran.
3. Aflojar cualquier prenda que comprima el cuello o el tórax.
4. Respirar por la boca y escupir la sangre que haya pasado a la boca.
5. Practicar un taponamiento anterior, impregnando la punta de la torunda (algodón, gasas, etc.) en un poco de agua oxigenada.
6. Si la hemorragia persiste, trasladar.

- **Hemorragias por oído:** las hemorragias por oído, reciben el nombre de **OTORRAGIA**. Suelen provenir de lesiones del conducto auditivo. Si estas aparecen tras un fuerte golpe en la cabeza, y si apenas la sangre sale al exterior mezclada con líquido claro (líquido cefalorraquídeo), sospecharemos una fractura de la base del cráneo.

- o **TRATAMIENTO**

1. No se debe taponar esta hemorragia. Todo lo mas colocaremos una gasa estéril sobre el oído (sin presionar).
2. Se colocará a la víctima en postura lateral estable de máxima seguridad sobre el oído que sangre.
3. Recogida del accidentado, extremando las precauciones, sin movimientos bruscos.
4. Traslado urgente.

- **Hemorragias por boca:** las hemorragias que salen por la boca pueden ser:

- ❖ **HEMATEMESIS.** Procedentes del aparato digestivo. La sangre sale al exterior a través del vomito y tienen un color negruzco y un aspecto muy parecido a los posos de café, suele ir mezclado con restos alimenticios.

- o **TRATAMIENTO**

1. Reposo absoluto
2. Dieta total
3. Bolsa de hielo sobre el abdomen
4. Traslado urgente

- ❖ **HEMOPTISIS:** Procedentes del aparato respiratorio. La sangre sale a través de golpes de tos, es de un color rojo brillante, y presenta un aspecto burbujeante debido a que es expulsado de los pulmones y al ser arrojado al exterior sale con una gran cantidad de oxígeno.

- o **TRATAMIENTO**

1. Reposo absoluto, postura semi-sentado.
2. Dieta absoluta
3. Colocación de bolsa de hielo en la cara anterior de tórax.
4. Traslado urgente.

- **Hemorragias por el recto:** Las hemorragias procedentes del recto pueden ser debidas a una hemorroide interna o externa. En este caso suele ser de color muy rojo. Se orientara al enfermo que de dirija al medico.

Si la sangre es de color negruzco y maloliente se denomina **MELENAS**. Salen mezcladas con las heces, y son brillantes y pegajosas, “HECES NEGRAS COMO LA PEZ”(Nota: hay que tener en cuenta que algunos alimentos como uvas negras, pasas, ciruelas, etc., o medicamentos, como sales de bismuto, hierro etc., pueden teñir las heces de color negro.

- o **TRATAMIENTO**

1. Reposo absoluto

2. Dieta absoluta
 3. Colocación de bolsa de hielo sobre el abdomen.
 4. Traslado.
- ❑ **Hemorragias por la orina:** Este tipo de hemorragia es denominado **HEMATURIA**. En este caso la sangre sale mezclada con la orina. Las causas de esta hemorragia pueden ser debidas a un cólico nefrítico, cálculos renales o biliares, etc.,
- o **TRATAMIENTO**
1. Reposo absoluto.
 2. Acudir inmediatamente a un Servicio Medico.

HEMORRAGIAS EXTERIORIZADAS

EPISTAXIS: Hemorragia nasal.

OTORRAGIA: Hemorragia por oído.

HEMOPTISIS: Hemorragia por boca de origen pulmonar.

HEMATEMESIS: Hemorragia por boca de origen digestivo.

MELENAS: Hemorragia por recto.

HEMATURIA: Hemorragia por la orina

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SCHOK

SHOCK :

Máxima urgencia junto con la obstrucción respiratoria, la PCR y la hemorragia grave.

Es el estado en el que el aporte de oxígeno a los tejidos es insuficiente por un fallo del sistema cardiovascular; si no se pone remedio a tiempo, se produce la muerte celular y del individuo.

El sistema circulatorio consta de tres elementos principales:

- 1.- EL CORAZÓN.(La Bomba)
- 2.- LOS VASOS SANGUÍNEOS. (Las tuberías)
- 3.- LA SANGRE. (El líquido que llena el sistema)

El shock aparece cuando falla cualquiera de los tres elementos:

- 1.- SHOCK CARDIOGÉNICO. Si falla el corazón.(Infarto de Miocardio)
- 2.- SHOCK HIPOVOLÉMICO. Si se pierde sangre. (Traumatismo)
- 3.- SHOCK NEUROGÉNICO. Si los vasos sanguíneos se dilatan excesivamente por pérdida de control nervioso sobre los músculos que los rodean.

❑ **Síntomas**

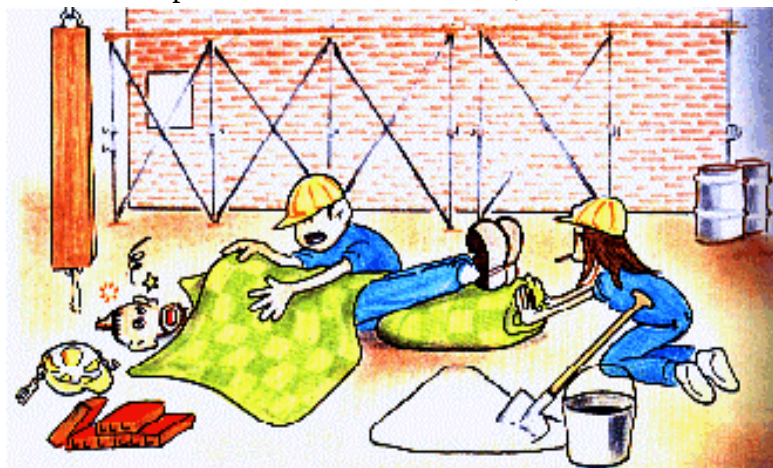
Debilidad, Sentimiento de muerte inminente, Vértigo, Nauseas y Vómitos, Sed, Apatía.

❑ **Signos**

- ? Relleno capilar retardado
- ? Pulso rápido y débil
- ? Respiración rápida y superficial
- ? Piel pálida, húmeda y fría
- ? Sudoración abundante
- ? Temblores

ACTUACION EN EL CHOQUE (DE CUALQUIER ORIGEN):

- 1.-Tranquilizar al afectado
- 2.- El ABC de la reanimación
- 3.- Colocar al herido boca arriba con las piernas elevadas a unos 20° , con la cabeza inclinada hacia un lado.
- 4.- Aflojar todas las prendas que le compriman (cinturones, corbata...).
- 5.- No administrar nada por vía oral.
- 6.- Control de las hemorragias, Inmovilizar las fracturas,
- 7.-Abrigarle para evitar la pérdida de calor.



■ HERIDAS



DEFINICIÓN

Son las lesiones traumáticas con **rotura de la piel o mucosas** (tejidos blandos).
Producidas por agente externo o interno, siendo siempre más o menos sangrantes.
Posibles complicaciones:

- Hemorragias
- Infecciones



CLASIFICACION

SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA

HERIDAS SIMPLES:

Son superficiales, poco profundas y de pequeña extensión. Su tratamiento esta al alcance del SOCORRISTA. Son las más frecuentes.

- **Síntomas de las heridas**
 - Dolor.
 - Hemorragias.
 - Separación de los bordes.
 - Infección.
- **Tratamiento de las pequeñas heridas**
 - Asepsia: Limpieza de manos e instrumentos
 - Limpieza de la herida con chorro de agua jabonosa, o agua oxigenada, con el fin de eliminar cuerpos extraños
 - Limpieza mecánica de la herida ayudándose de una gasa o compresa estéril. Se limpian siempre del centro a los bordes, con el fin de no introducir gérmenes en las mismas. Las gasas se desecharán con frecuencia, usando tantas como sean necesarias.
 - Aplicación de un antiséptico o desinfectante del tipo de povidona yodada o similar puestos en una torunda, y sin tocar con los dedos la herida. Nunca tocar con el bote la herida, ya que se puede contaminar de una a otra cura, y por tanto infectar la siguiente herida a desinfectar.
 - Nunca se ha de colocar algodón en contacto con la herida ya que se pierden filamentos, complicando la cicatrización.
 - Cubrir la herida con un apósito estéril.
 - No poner pomadas o polvos antibióticos sin indicación medica: Podrían provocar reacciones alérgicas y complicaciones.

HERIDAS SIMPLES QUE REQUIEREN UN TRATAMIENTO ESPECIAL

“ LESIONES CON MATERIAL BIOLÓGICO:

SON PRODUCIDAS EN LABORATORIO MEDIANTE LOS MECANISMOS PINCHAZOS CON AGUJAS, BISTURÍS Y O ROTURA DE MATERIAL DE CRISTAL

1. **SIEMPRE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA en el plazo más breve, AUNQUE APARENTEMENTE LA LESION PUEDA PARECER LEVE o MÍNIMA e incluso no existir lesión**
2. En todo caso, y fundamentalmente en el caso de estar trabajando con líneas celulares humanas, **aportar al equipo médico toda la información disponible sobre dicha línea y sobre su origen, clasificación y procedencia (esto es imprescindible en el caso de líneas celulares de origen tumoral humano), en el plazo más breve.**
3. Dejar **sangrar la herida.**
4. **Lavado inmediato con agua y jabón al menos 20 minutos**
5. **Informar a la Mutua de accidentes y al Servicio de Prevención.**

HERIDAS GRAVES

Afectan a una parte vital del organismo; un socorrista nunca debe de manipularlas.

CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA HERIDA GRAVE:

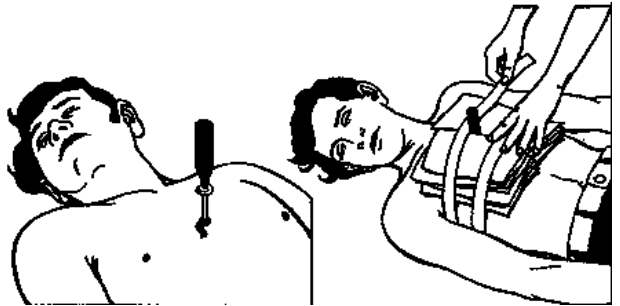
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. No tratar de curar la herida, haya o no cuerpo extraño en la misma.2. Controlar la hemorragia.3. Cubrir la zona con apósito estéril.4. Inmovilizar y trasladar urgentemente. |
|--|
5. **No quitar jamás ningún cuerpo extraño que se encuentre clavado, ya que este hace de tapón en la herida.**
 6. Cuando en las heridas se presenten con algún trozo **en colgajo, nos abstendremos de cortar.**
 7. Cuando en un accidente hay un desprendimiento de una parte del cuerpo, nuestra actuación debe de basarse en:
 - a. **-Zona de amputación: Frenar la hemorragia.**
 - b. **-Parte amputada: Cubrir con gasas o telas lo mas limpias posibles. Meterlo en una bolsa de plástico y esto a su vez en una bolsa con hielo.**
 8. **Trasladar al herido y a la parte amputada juntos lo antes posible al hospital.**

LESIONES EN TORAX

Son aquellas en que el agente traumático penetra en el interior de la cavidad torácica. En ella veremos como en la inspiración el aire penetra a su través, saliendo al exterior con la expiración. Da la impresión de que el accidentado respira a través de la herida.

❑ **TRATAMIENTO**

Actuar rápidamente, el estado del accidentado puede agravarse por momentos al presentar un **NEUMOTORAX** (entrada del aire por la herida al interior de la cavidad pleural sin posibilidad de salir; ocasionando graves complicaciones respiratorias)



1. Cubrir la herida con paños limpios y secos, para evitar la entrada de (Fig. tomada de (7)) aire a los pulmones. Si hubiera algún cuerpo extraño clavado, no extraerlo.
2. Sobre el apósito colocar algún material impermeable al aire (plástico, papel, celofán, papel de aluminio etc.), procurando que quede lo más hermético posible, sujetándolo con tiras de esparadrapo que lo recubran. Hay que evitar que el aire pueda traspasar a través de las heridas.
3. Traslado urgente en posición semisentado, o recostado sobre el lado de la lesión.

LESIONES EN ABDOMEN

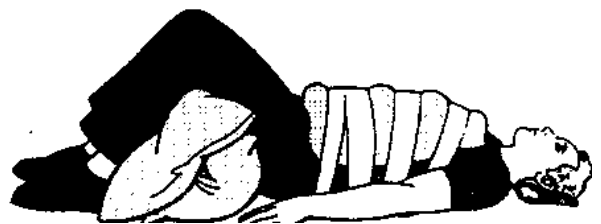
El agente traumático penetra en el abdomen.

En las grandes heridas con salida visceral (asas intestinales, hígado, etc.), el accidentado se encuentra gravísimo:

Schok traumático y hemorrágico.

❑ **TRATAMIENTO**

1. **No retirar ningún cuerpo extraño que pueda estar clavado.**
2. **No tratar de colocar en su interior las asas intestinales.**
3. **Cubrir con apósito lo más estéril /limpio y grande posible.**
4. **Fajar suavemente al accidentado con una tira ancha de tela**, como por ejemplo una sabana doblada (nunca comprimiendo).
5. **Acostar al herido de espaldas con las piernas flexionadas.**
6. **Taparlo con una manta.**



7. **Traslado muy urgente**, si el tiempo de traslado es prolongado, hay que humedecer el apósito con un poco de agua.
(Fig. tomada de (7))
8. **No dar nada por vía oral.**

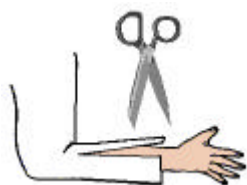
IMPORTANTE: Existe riesgo en las heridas, sobre todo en las que se producen en lugares sucios, de TETANOS (puede producir muerte).

VACUNA DEL TETANOS o dosis de recuerdo cada 10 años.

- Si la herida requiriese **PUNTOS DE SUTURA** o tiene aspecto muy sucio, feo o irregular, nos limitaremos a limpiarla, cubrirla con apósitos limpios y sujetar estos; acudiremos a un CENTRO SANITARIO, antes de 6-8 horas ya que posterior mente la herida se considera **CONTAMINADA**
- Las heridas por mordedura humana o animal se considera herida **CONTAMINADA** desde el momento de producirse, y siempre debe acudir a Médico.
- **TODA HERIDA EN LOS OJOS HA DE CONSIDERARSE COMO HERIDA GRAVE.**
- Las **CURAS DE LAS HERIDAS** han de hacerse cada 24-48 HORAS para descartar la existencia de una infección.

ACTUACIÓN EN QUEMADURAS

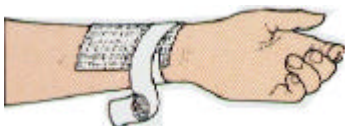
1. Eliminar la causa



2. Retirar la ropa impregnada,
¡¡CORTAR, NO DESVESTIR!!
No despegar nada adherido a la piel



3. Lavar inmediatamente
con **abundante agua** al
menos **20 minutos**



4. Cubrir la lesión con gasas limpias

5. Solicitar siempre asistencia sanitaria

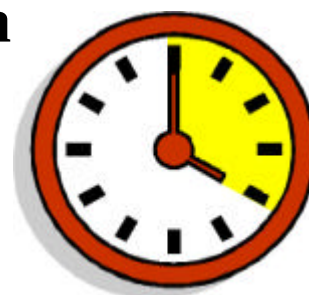


Realizar los mismos pasos en salpicaduras
por productos químicos aunque no se
evidencie lesión, para evitar su absorción

ACTUACION EN SALPICADURAS QUIMICAS OCULARES



1. Lavar los ojos
inmediatamente con
abundante agua
durante al menos
20 minutos



2. Cubrir los ojos con gasas limpias



3. Solicitar
siempre
asistencia
sanitaria

RECUERDE: EL LAVADO OCULAR CORRECTO PUEDE EVITAR
SECUELAS IRREVERSIBLES, INCLUYENDO LA CEGUERA
NO INTENTE NUNCA NEUTRALIZAR EL TOXICO NI APLIQUE
COLIRIOS

Servicio de Prevención y Salud Laboral de Madrid, C/ Serrano, 113 posterior
Tel.. 915 855 410 / 11 Fax 915 855 354

Área de Prevención de Riesgos Laborales. Subdirección de RRHH

“ CUALQUIER INCIDENCIA EN LA MANIPULACIÓN DE MATERIAL POTENCIALMENTE RADIATIVO

1. **SIEMPRE REQUIEREN SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA MÉDICA** EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, POR LEVES QUE SEAN E INCLUSO AUN CUANDO NO EXISTA LESIÓN APRECIABLE
2. **APORTARÁ AL EQUIPO MÉDICO** toda la **información disponible** sobre la descripción **del material utilizado** y tipo de incidente (salpicadura, derramamiento etc.).
3. **LAVADO INMEDIATO CON AGUA Y JABÓN DURANTE AL MENOS 20 min.**
4. **DESCONTAMINACION INMEDIATA** DE SUPERFICIES Y MATERIALES.
5. INFORMAR A LA MUTUA DE ACCIDENTES Y AL SERVICIO DE PREVENCIÓN.
6. APORTAR LA DOSIMETRÍA INDIVIDUAL Y DE ZONA AL EQUIPO MÉDICO TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

ACTUACION EN QUEMADURAS:

¿QUE DEBEMOS HACER ANTE UNA QUEMADURA?

Activación P.A.S.

1. **Eliminar la causa** (apagar llamas, eliminar el producto químico...).
2. **Buscar asistencia médica.**
3. **Mantener los signos vitales.** ¡¡No olvidar que en los incendios los quemados pueden presentar asfixia debido a la inhalación de humos!!
4. **Examinar el cuerpo de la víctima:** Observar si se han producido hemorragias, fracturas etc. y tratar primero la lesión susceptible de mayor gravedad.
5. **RETIRAR LA ROPA CONTAMINADA (¡CORTARLA, NO DESVESTIRLE** para evitar que el producto tóxico lesione otras zonas sanas!), en caso de sustancias con riesgo químico-toxico-biológico.
6. **SIEMPRE LAVAR CON AGUA EN ABUNDANCIA, DURANTE AL MENOS 20 MINUTOS, cronometrados por reloj.**

7. Cubrir la lesión con tejidos / telas limpios húmedos y suaves(preferiblemente gasas / vendajes estériles; se pueden usar pañuelos, camisetas..).
8. Evacuar al herido en posición lateral (PLS) para evitar consecuencias de posibles vómitos (ahogamiento..), **trasladarlo a Centro Hospitalario con Unidad de Quemados.**

¿QUE NO DEBEMOS HACER ANTE UNA QUEMADURA?

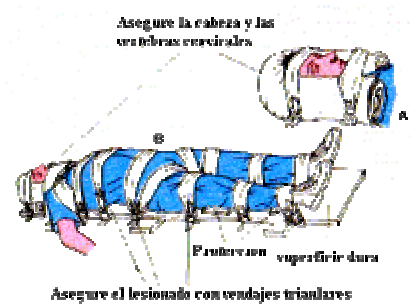
- 1-¡**NO APLICAR NUNCA NINGUN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO ni ninguna otras sustancia de las de uso popular!!**
- 2-**No enfriar demasiado a la víctima, sólo la zona quemada.**
Si aparecieran temblores: abrigarle, taparle con manta.
- 3-**NO DAR NADA POR VIA ORAL.**
- 4-**NO REVENTAR LAS AMPOLLAS DE LA PIEL.** Al romperlas, se abre una puerta de entrada de microorganismos (favorecería la infección de la lesión).
- 5-**No despegar nada que esté pegado a la piel (ropa etc)**
- 6-**No demorar el traslado.**

NORMAS PARA EL TRASLADO DE UNA POSIBLE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL

1. Debe de ser movido por un mínimo de cuatro personas.
2. Debe de ser depositado sobre una superficie lisa y dura en la misma posición en que se encontró.
3. Debe fijarse al accidentado, con los medios de que dispongamos, a la superficie sobre la cual vayamos a trasladarlo, para ello podemos utilizar cintas adhesivas, vendas cuerdas, etc.
4. En caso de fractura a nivel del cuello, el socorrista realizara la tracción sobre la cabeza durante todo el traslado.
5. En caso de que el traslado a un centro médico no pueda ser llevado a cabo por una ambulancia, el traslado se debe de hacer en una furgoneta o camión, nunca en un coche pequeño ó turismo.



6. Nunca trasladarlo sentado o semisentado, trasladarlo tumbado siempre.



INTOXICACIONES

VIA DE ENTRADA CUTANEA Y PARENTERAL:

LO QUE DEBEMOS HACER SIEMPRE EN RIESGO TOXICO:

1. ACTIVACION P.A.S.
2. QUITAR LAS ROPAS IMPREGNADAS DE TOXICO
3. LAVAR CON AGUA ABUNDANTE DURANTE AL MENOS 15-20 MINUTOS LAS ZONAS IMPREGNADAS ¡¡¡SIEMPRE AL MENOS 20 MINUTOS EN EL CASO DE SALPICADURAS EN OJOS!!!.
4. CRONOMETRAR POR RELOJ EL TIEMPO DE LAVADO
5. EVALUAR AL ACCIDENTADO (OBSERVACION DEL ESTADO GENERAL DEL ACCIDENTADO Y ACTUAR EN CONSECUENCIA:
(EVALUACIÓN PRIMARIA –ABC (Conciencia, Respiración, Pulso) y posteriormente EVALUACION SECUNDARIA)

LO QUE NO DEBEMOS HACER EN RIESGO TOXICO:

1. NO TOCAR LAS ROPAS IMPREGNADAS DE TOXICO O AL ACCIDENTADO (PARTES CORPORALES IMPREGNADAS) SIN PROTECCION
(si no nos protegemos del tóxico, nos podríamos también intoxicar nosotros, además del accidentado, intentaremos ponernos guantes o con alguna prenda de ropa etc).
2. NO TRASLADARLE SIN HABER EFECTUADO EL LAVADO
(¡¡¡NO OLVIDAR!!!: Las quemaduras por algunos tóxicos continúan avanzando y extendiéndose en extensión y en profundidad si no se lavan en el plazo más breve; si se efectúa la evacuación sin haber lavado correctamente con agua, la lesión seguirá progresando hacia una mayor gravedad durante todo el tiempo que dure el traslado y hasta que dicho lavado se efectúe.)

3.NO MINUSVALORAR LA LESION POR SER PEQUEÑA

(Algunas sustancias tóxicas como el FH producen intoxicaciones muy graves tras quemaduras aparentemente leves que sólo afectan al 5% o menos de la superficie corporal)

4.NO INTENTAR NEUTRALIZAR EL TOXICO NI DAR NINGUN POTENCIAL ANTIDOTO SIN INDICACION MEDICA

(Antiguamente se recomendaba neutralizar ácidos con bases y viceversa; se ha comprobado que esto puede agravar las lesiones por quemadura tóxica pues en dicho proceso se produce reacción exotérmica que desprende calor).

VIA DE ENTRADA RESPIRATORIA:

1. ACTIVAR P.A.S.
2. SEPARAR AL ACCIDENTADO DE LA FUENTE DE PRODUCCION DEL GAS
3. CON LA MAYOR RAPIDEZ POSIBLE.

(¡NO OLVIDAR !: Tras la inhalación de un tóxico, el paso del tóxico desde la vía respiratoria al torrente circulatorio es casi instantánea)

4. SI LA PRODUCCION DEL TOXICO ES CONTINUA DEBE INTENTARSE, CON LA PROTECCION ADECUADA, CORTAR SU GENERACION.
5. COLOCAR AL ACCIDENTADO EN UN LUGAR BIEN AIREADO.
6. VALORACION PRIMARIA (ABC) y, si es posible valoración secundaria, mientras esperamos la llegada del equipo médico (activación del sistema de emergencia en todos los casos).

VIA DE ENTRADA DIGESTIVA:

La actuación en estos casos será la siguiente.

1. ACTIVACION P.A.S. EN TODOS LOS CASOS.
2. INTENTAR CONOCER EL PRODUCTO INGERIDO
3. NO INTENTAR NEUTRALIZAR SIN INDICACION MEDICA (BUSCAR INFORMACION TOXICOLOGICA Y MEDIDAS DE ACTUACION

INMEDIATAS DEL PRODUCTO INGERIDO RECURRIENDO AL SERVICIO DE INFORMACION TOXICOLOGICA):

TELEFONO DE INFORMACION TOXICOLOGICA EN ESPAÑA:

91 5 62 04 20

Este teléfono debería estar disponible y en lugar visible en los lugares de riesgo (laboratorios...)

4. VALORACION PRIMARIA (ABC) y secundaria si es posible.
5. EVACUACION EN POSICION CORRECTA (PLS)
6. INTENTAR ENSEÑAR AL MEDICO UNA MUESTRA DEL TOXICO O UNA ETIQUETA DEL PRODUCTO.

PRIMEROS AUXILIOS EN ACCIDENTES POR ELECTRICIDAD; choque eléctrico.

LO QUE HAY QUE HACER:

1. Intentar quitar la corriente
2. Si 1 no fuera posible: tratar de liberarlo protegiéndose adecuadamente con guantes aislantes, o en caso de no disponer de ellos usar periódicos o una bata u otra sustancia no conductora.
3. Cogerle por la ropa (no intentar cogerle por la mano o por cualquier otra zona corporal descubierta porque el riesgo será mayor).

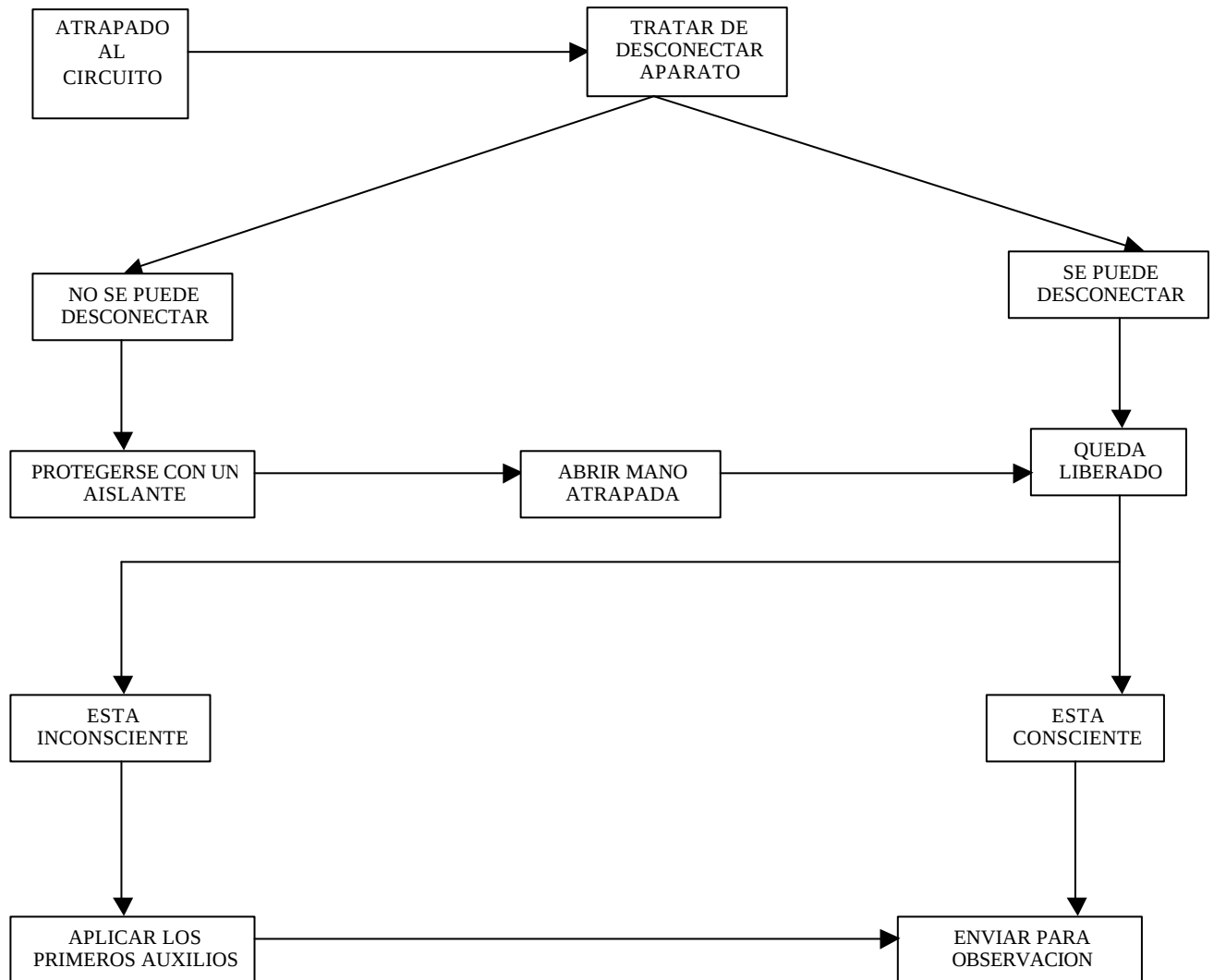


LO QUE NO HAY QUE HACER:

1. NO intentar liberarlo sin protegerse
2. NO cogerle por las axilas (esto es muy peligroso, porque al estar normalmente húmedas, el riesgo choque mano-mano es elevado)

En todo caso: activación inmediata del sistema de emergencia, tal como hemos ido explicando previamente (P.A.S: Proteger, Avisar, Socorrer).

COMO LIBERAR A UN ATRAPADO POR LA CORRIENTE



DOTACIÓN DE BOTIQUINES DE PRIMEROS AUXILIOS

SERVICIO DE PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL DEL CSIC MADRID, SECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD

D. MATERIAL

F.Caducid.

- o Armario
- o Gasas estériles paquetes de 5 u (recomendación de la ERGA 20 paquetes)
- o Vendas de 5 y 10 cm de ancho (2 de cada).
- o Esparadrapo (2 unidades)
- o Apósitos adhesivos (4 unidades)
- o Dos parches oculares
- o Vendaje triangular (recomendación de la ERGA 6 u)
- o Tiritas individuales caja de 100 u.
- o Agua oxigenada de 10 volúmenes de 250 ml (1 unidad)
- o Solución dérmica de POVIDONA IODADA 10% de 50 ml 1 unidades, o 10 unidades monodosis (antiséptico alternativo CLORHEXIDINA al 5%. Solución de 50 ml)
- o Suero fisiológico individual de 10 cc (al menos 10 unidades)
- o Alcohol 96 ° 250 ml (1 unidad)
- o Sutura adhesiva “Steri-Strip” (6 unidades)
- o Guantes desechables de látex (2 pares)
- o Guantes estériles 7.5 (2 pares)
- o Tijera (1 unidad)
- o Pinzas (1 unidad)
- o Compresor de goma (1 unidad)
- o Bolsa de frío plus. (1 unidad)
- o Mascarilla de bolsillo de Reanimación Cardio Pulmonar (1 unidad)
- o Bolsa de plástico para material desechable (2 unidades)
- o Termalgin 500 mg comp. (1 caja)
- o Aspirina adultos comp. (1 caja)

ADEMÁS DEL CONTENIDO GENERAL DE BOTIQUINES, LA GERENCIA DE CADA CENTRO DISPONDRÁ DE:

-2 MANTAS PARA SUPERVIVIENTES Y QUEMADOS TERMOAISLANTE “ORO / PLATA”

-2 BOLSAS PLASTICO ESTERIL PARA CONSERVACIÓN DE PARTES AMPUTADAS

NORMATIVA:

* REAL DECRETO 486/1997 DE 14 DE ABRIL, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES MINIMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO.

* **ERGA. INST. SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. NOTAS PRACTICAS DE PRIMEROS AUXILIOS (I)**

*** GUIA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS RELATIVOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS LUGARES DE TRABAJO . MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO:**

http://WWW.mtas.es/insht/practice/G_lugares.htm (01-08-02)

DOTACIÓN DE BOTIQUINES DE PRIMEROS AUXILIOS PORTATIL

SERVICIO DE PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL DEL CSIC MADRID, SECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD

E. MATERIAL

F.Caducid.

- o Maletín de plástico portátil
- o Gasas estériles paquetes de 5 u (recomendación de la ERGA 20 paquetes)
- o Vendas de 5 y 10 cm de ancho (1 de cada).
- o Esparadrapo (1 unidades)
- o Apósitos adhesivos (4 unidades)
- o Dos parches oculares
- o Vendaje triangular (recomendación de la ERGA 1-2 u)
- o Tiritas individuales caja de 50 u.
- o Mantas para supervivientes y quemados termo aislante “oro / plata”. 1 unidades
- o Bolsas plástico estéril para conservación de partes amputadas, 1 unidad.
- o Collarín cervical mediano
- o Agua oxigenada de 10 volúmenes de 250 ml (1 unidad)
- o Solución dérmica de POVIDONA IODADA 10% de 50 ml 1 unidades, o 10 unidades monodosis (antiséptico alternativo CLORHEXIDINA al 5%. Solución de 50 ml)
- o Suero fisiológico individual de 10 cc (al menos 5-10 unidades)
- o Alcohol 96 ° 250 ml (1 unidad)
- o Sutura adhesiva “Steri-Strip” (6 unidades)
- o Guantes desechables de polivinilo (1 pares)
- o Guantes estériles 7.5 (1 pares)
- o Tijera (1 unidad)
- o Pinzas (1 unidad)
- o Compresor de goma (1 unidad)
- o Bolsa de frío plus. (1 unidad)
- o Mascarilla de bolsillo de Reanimación Cardio Pulmonar (1 unidad)
- o Bolsa de plástico para material desechable (2 unidades)
- o Termalgin 500 mg comp. (1 caja)
- o Aspirina adultos comp. (1 caja)
- o Peitel crema 30 mg, 1 unidad
- o **FECHA DE LA REVISIÓN**

NORMATIVA:

* REAL DECRETO 486/1997 DE 14 DE ABRIL, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES MINIMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO.

* **ERGA. INST. SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. NOTAS PRACTICAS DE PRIMEROS AUXILIOS (I)**

* **GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS RELATIVOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS LUGARES DE TRABAJO . MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO:**

http://WWW.mtas.es/insht/practice/G_lugares.htm (01-08-02)