

Protocolo en Caso de Lesiones o Accidentes

I.- Objetivo.

Salvaguardar la integridad física de los Estudiantes, Personal Educativo, Administrativos y de servicios generales del Centro Educativo. Cumpliendo con la Normatividad y las Políticas Educativas Aplicables.

II.- Área de aplicación.

Aplica a todo el personal del Centro Educativo. Así como a personas que nos visiten y que pudieran estar expuestos a este riesgo.

III.- Documentos aplicables o relacionados.

Carpeta de las Hojas de Datos de Seguridad. (Laboratorios y áreas afines)
Formato de Identificación de Necesidades de Contingencias del Plantel
Lista de Teléfonos de Responsables de seguimiento de contingencias.
Manual de Primeros Auxilios.
Plano de Evacuación.
Procedimiento para Disposición de Desechos Peligrosos, No Peligrosos y Biológico infecciosos.
Procedimiento General de Difusión y Entrenamiento.
Procedimiento para la Investigación de Accidentes e Incidentes.
Procedimiento de Comunicación y difusión.
Reporte de Vigilancia.
Otros documentos relacionados. (En caso de estar relacionados con este)

IV.- Espacios, herramientas / Equipo a utilizar.

Almacén tipo ARSENAL (acceso rápido, seguro, neutral, abastecido y limpio)
Palas
Picos o Talaches
Tabla rígida
Camilla
Equipo de inmovilización (collarín y arnés de sujeción)
Maletín o mochila de emergencia
Debe contener como mínimo:
Radio de comunicación
Silbato
Lámpara de mano
Botiquín de primeros auxilios
20 m. de Cuerda para alpinismo
Focos para lámpara de mano
Guantes
Plano impermeabilizado estructural
Tarjeta telefónica
Baumanometro
Cinta plástica Roja (restrictiva) y Amarilla (preventiva)
Navaja multifuncional
Pinza multifuncional
Tijeras quirúrgicas
Mascarilla para gases/polvos
Jabón neutro
Cinta aislante negra
Agua potable

Extintor tipo ABC o Agua.
Machete
Impermeables
Piezas de Cartón
Vendas
Bolsas grandes de polietileno

V.- Definiciones.

- 1.- Alumno:** Es toda persona que esté realizando actividad de aprendizaje dentro del plantel educativo.
- 2.- Alumno visitante:** Son todas aquellas personas que pertenecen o estudian en algún centro educativo ajeno a la institución y que se encuentren de visita o en condiciones de intercambio.
- 3.- Docente:** Se le conoce así a todo el personal profesionista que tiene como función dentro de la institución el impartir clases, talleres, cursos o algún tipo de enseñanza autorizado y definido por la institución.
- 4.- Administrativo:** Se le conoce así a toda aquella persona que realiza funciones diferentes a la docencia mismas que se encuentran definidas en el organigrama y plantilla la institución.
- 5.- Personal visitante:** Son todas las personas no pertenecientes a la población estudiantil, docente o administrativa de la institución y que su estancia sea temporal dentro del centro educativo.
- 6.- Documento de Identificación:** Esté será todo aquel documento con validez oficial que sirva como soporte para la plena identificación del portador.
- 5.- Personal de guardia o vigilante:** La (s) persona (s) que está realizando funciones de seguridad para la institución y que dentro de sus múltiples actividades sea controlar los accesos y salidas del personal

VI.- Procedimiento

A continuación, se indican cuáles son los pasos que debe seguir ante la ocurrencia de un Accidente:

- 1.- Mantener la calma. Muchas veces los primeros auxilios recibidos en el sitio del accidente, antes de la llegada del médico o personal especializado, influye decisivamente en la evolución posterior de las lesiones. Cualquiera sea la gravedad del accidente, el encargado del departamento médico le dará atención oportuna y segura.
- 2.- Procure colocar al accidentado en un ambiente adecuado hasta que se efectúe su traslado o hasta la llegada del médico de auxilios. Tranquilizar al accidentado y a sus compañeros indíqueles que todo saldrá bien.
- 3.- Hasta la llegada del médico, podrán aplicarse las medidas de Primeros Auxilios aconsejadas en el protocolo del establecimiento para los casos de accidentes del trabajo.
- 4.- Evite la aglomeración de personas alrededor del accidentado. La superposición de órdenes, emitidas de buena fe, pero muchas veces contradictorias, son de dudoso efecto benéfico para el accidentado, evite hacer comentarios frente al accidentado.
- 5.- A continuación, se describe el tipo de atención pre hospitalaria que debe recibir una persona en los siguientes cuadros clínicos.

Un poli traumatizado
Un poli herido
Aplastamiento/compresión de los miembros
Una víctima sepultada o enterrada
Un ahogado
Una víctima con contaminación bacteriológica
Un quemado
Una víctima de una explosión
Una víctima que presenta hipotermia
Una víctima desnutrida/deshidratada
Una víctima contaminada por radiaciones ionizantes
Una víctima con contaminación química
Una víctima con trastorno psicológico

PATOLOGIA DE LAS VICTIMAS

Bajo este término, se entienden los daños corporales ocasionados a las personas. En las situaciones catastróficas las lesiones que aparecen son muy numerosas y muy variadas, o veces, asociadas.

Algunas son muy aparentes y otras están ocultas y se manifiestan con más o menos retraso.

En función de la causa de la situación de excepción se producen con preferencia determinadas lesiones.

Estadísticamente, los traumatismos y las quemaduras son las afecciones corporales que se encuentran con mayor frecuencia; estas afecciones son la consecuencia de caídas, proyecciones o aplastamientos.

Afectan a la piel, con contusiones, hematomas y heridas más o menos profundas, más o menos contusas. La lesión puede alcanzar a los huesos y a las articulaciones, especialmente a nivel de los miembros, produciendo la aparición de esguinces, luxaciones o fracturas. Su gravedad va unida a la coexistencia de una herida (fractura abierta), y a las posibles complicaciones por daños en las arterias, venas y nervios. Las secciones de miembros, parciales o totales con aplastamiento (amputación traumática), son los daños más graves estando presente el riesgo de las secuelas funcionales.

Durante los enterramientos o aplastamientos prolongados, los que sufren son los músculos, dando lugar a la aparición del síndrome de aplastamiento, con un desorden circulatorio muy importante al retirar las cargas (retirada de la compresión).

Las lesiones son potencialmente graves cuando se sitúan en la cabeza (traumatismo craneo cerebral con coma), en la cara (en particular el traumatismo ocular), en el tórax o en la columna vertebral (riesgo de parálisis de los miembros).

En el abdomen, los daños van a afectar a los órganos llenos (explosión del hígado, del bazo con hemorragia interna) y a los órganos Huecos (peritonitis por perforación del tubo digestivo).

Las quemaduras son lesiones resultantes de la agresión por el calor, productos cáusticos y radiaciones. Aparte de la piel, pueden alcanzar la conjuntiva y la mucosa de las vías aéreas, comprendidos los alveolos pulmonares. Su gravedad va ligada a su extensión y a su profundidad.

El "**blast**" es la afección pulmonar eventualmente secundaria de una explosión y de su onda expansiva.

Las agresiones químicas son responsables de intoxicaciones respiratorias en la mayor parte de los casos. La inhalación de gases, vapores, aerosoles, con frecuencia calientes, en principio, va a provocar una irritación de las vías aéreas y luego, con frecuencia y con un cierto retraso, afecciones pulmonares más o menos reversibles; por último, trastornos generales más o menos intensos y eventualmente más graves. La ingestión y la penetración digestiva son mucho más raras; por el contrario, el contacto cutáneo con ciertas sustancias puede desencadenar irritaciones locales y manifestaciones generales.

Las manifestaciones de contaminación y de irradiación por fuentes radiactivas aparecen varios días después del accidente, a nivel digestivo, nervioso y sanguíneo.

Algunas personas heridas presentarán reacciones de estrés pero también, con frecuencia aparecer, en las indemnes: estupor, conmoción, inhibición, o pánico; sin olvidar las poblaciones sometidas a medidas de confinamiento.

También se pueden producir trastornos cardiacos y coronarios, fenómenos infecciosos que sucedan a la presencia de agentes contaminantes en el aire, el agua, la alimentación y, por último, fenómenos de congelación, de desnutrición y de deshidratación, en caso de prolongación de la crisis y de retraso en los auxilios.

En la práctica, si bien muchas lesiones traumáticas son similares a las de las situaciones habituales y, por tanto, fáciles de controlar tanto sobre el terreno como en la fase hospitalaria, otras patologías, tales como las víctimas por onda expansiva, los intoxicados o los irradiados, reclaman de entrada unos medios de socorro y cuidados más específicos.

Por último, no hay que olvidar la interferencia, siempre posible, da cualquier patología médica (cólico nefrítico, etc.), quirúrgica (crisis de apendicitis, etc.), obstétrica (parto, etc.) durante una situación de desastre.

En todos los casos, uno de los problemas esenciales para los presentes sobre el terreno, será establecer las categorías de las víctimas en función de la gravedad de su patología la para elegir los cuidados y las modalidades de evacuación más adecuadas. También deberán cuidar permanentemente de su propia seguridad (higiene, riesgos de contaminación).

Politraumatizado

Un politraumatizado es un herido grave que presenta varias (al menos dos) afecciones, de las que al menos una, corre el riesgo de provocar un fallo vital rápido.

Como norma general, todo herido (y por tanto un poli traumatizado) debe ser tumbado; de esta manera evitaremos que se desplome sobre el suelo y se lesione si pierde el conocimiento.

El socorrista, tras llevar a cabo la valoración de las funciones vitales, y la exploración secundaria de la víctima, deberá adoptar las medidas siguientes que sean necesarias:

Compresión manual local seguida, cuando sea posible, de una venda le compresivo eficaz, e incluso, un punto de compresión a distancia, frente a cualquier hemorragia externa importante.

Ventilación artificial en caso de parada respiratoria o de frecuencia ventilatoria inferior a 6 por minuto.

Colocación en posición lateral de seguridad de todo sujeto comatoso, respetando en posición rectilínea el eje cabeza-cuello-tronco.

Inmovilización, con los medios de que se disponga, de toda fractura sospechada, comprendidas las que se encuentren a nivel de la columna vertebral, con ayuda de un colchón de vacío (que no se suelen encontrar en estas situaciones) lo más frecuente será una inmovilización sobre un plano duro, en su defecto, en posición estirada sobre el suelo que respete el eje rectilíneo cabeza-cuello-tronco.

Protección térmica, preferentemente, envolviendo al herido con una manta aislante aluminizada (tipo "Orión" o "Sirius").

Vigilancia de las funciones vitales de este herido grave hasta su llegada al Hospital.

Tendrá que saber llamar la atención de las estructuras médicas sobre su caso, siendo deseable, según los medios médicos disponibles, que se hagan cargo de la víctima lo más rápidamente posible. No obstante, se debe poner atención en no demorar la posibilidad de llegar rápidamente a la zona de clasificación si los equipos médicos avanzados son inexistentes o, inicialmente, en muy pequeña cantidad. En este último caso y según las consignas dadas a los socorristas por los médicos responsables, los politraumatizados serán considerados como prioritarios para ser enviados lo antes posible al Hospital más próximo.

Para un politraumatizado: suplir las funciones vitales que fallen y aplicar medicación precoz.

Poliherido

Es un herido que presenta al menos dos afecciones, pero que no ponen su vida en un peligro inmediato (ejemplo fracturas de antebrazo o de muñeca comprendidas las abiertas sin o con poca hemorragia, fracturas de pierna, heridas poco hemorrágicas, quemaduras poco extensas).

Para el socorrista, la ayuda moral, asociada a la inmovilización de las heridas sospechadas y a la envoltura de las heridas, serán los únicos actos previos a la evacuación.

El transporte hacia el Hospital más próximo se hará idealmente en posición tumbada (adaptándola a la sintomatología que se presente), por medio de una camilla y en su defecto, con el método de la silla si se

trata de un afectado de los miembros inferiores, o ayudándole en su marcha, si está afectado un miembro superior.

Para un poli herido: inmovilizar las fracturas, cubrir las heridas y utilizar transporte improvisado

Aplastamiento/compresión de los miembros

Toda víctima que tenga todo o parte de su cuerpo comprimido durante un periodo de tiempo prolongado por los escombros o una carga cualquiera, es un herido grave que puede presentar al ser liberado (al retirar la carga), varios episodios sucesivos que pongan su vida en peligro. Además, mientras está prisionero bajo la carga, sufre física y psíquicamente. Además del ánimo moral dado al herido, se debe informar rápidamente al 066 (Servicio de Atención Ciudadana) para que envíe un equipo dotado del material adecuado y un equipo médico.

Al retirar la carga, los vasos (del o de los miembros afectados) ampliamente dilatados en la parte situada por debajo de la compresión, pueden tragarse casi todo el contenido de sangre del organismo, provocando un paro circulatorio por vacío de la bomba cardíaca; nos podemos encontrar ante una emergencia circulatoria severa.

Por ello, antes de liberar a un aplastado comprimido es indispensable solicitar la ayuda de un equipo médico. En su defecto, se debe colocar un torniquete en la raíz de los miembros afectados; sólo un médico podrá retirar este torniquete.

El herido liberado será puesto en posición horizontal y será estrechamente vigilado.

Se procederá a inmovilizar a la víctima en su conjunto, sin olvidar que puede presentar otras lesiones que también habrá que tratar (heridas, hemorragias, fracturas, etc.).

La zona afectada debe mantenerse fría (expuesta al aire, bolsa fría, etc.)

El segundo riesgo que sucede inmediatamente al primero, resulta de la fuerte toxicidad de la sangre procedente de la parte comprimida del miembro. Al retirar la carga, esta sangre tóxica se extiende por todo el organismo. El miembro que ha estado comprimido queda hinchado, duro y más o menos doloroso. La presencia médica es indispensable en el caso de aplastamiento o compresión de miembro.

Víctima sepultada o enterrada

Es habitual encontrarse con diversos tipos de víctimas en los derrumbamientos, que se pueden englobar en tres grandes grupos de situaciones:

Personas atrapadas en un espacio de dimensiones reducidas, pero que no presentan lesiones traumáticas, o éstas son mínimas.

Personas que se encuentran atrapadas a nivel de los miembros; a menudo, son víctimas visibles y parcialmente accesibles, con lesiones tisulares importantes que suelen desarrollar un Síndrome de aplastamiento.

Personas que presentan compresiones importantes a nivel torácico y/o craneal, que suelen fallecer instantáneamente.

A este respecto, hay que señalar que en una catástrofe en la que se suspende la existencia de víctimas tras un derrumbamiento, las tareas de rescate deben persistir, por lo menos durante 4-5 días, aunque las probabilidades de éxito sean mínimas, ya que pueden encontrarse víctimas del grupo A

Se puede tratar de un enterramiento bajo ruinas, escombros, nieve o cualquier otro inmueble polvoriento. El trastorno ventilatorio es la primera preocupación del socorrista. Está en función del tiempo de enterramiento, de la existencia o no de una bolsa de aire alrededor de los orificios ventilatorios y de la compresión o no de la caja torácica.

Las consecuencias sistémicas se presentan por la compresión ejercida sobre las diferentes partes del cuerpo, especialmente el abdomen, y sobre todo, en los miembros, con los riesgos mencionados en el apartado dedicado a los aplastados / comprimidos.

La conducta de urgencia consiste en liberar prioritariamente las vías aéreas, administrando oxígeno tan pronto como sea posible. En su caso, se deben emplear las técnicas de liberación de las vías aéreas a

nuestro alcance: desobstrucción de los orificios nasales; de la boca, siendo lo ideal, un aspirador de mucosidades.

La petición de envío sobre el terreno de un equipo médico es un paso tan importante como los gestos de socorro efectuados, en la medida en que, con frecuencia, la intubación traqueal realizada por un médico entrenado es la que puede asegurar la verdadera libertad de las vías aéreas y dará al herido una oportunidad real de supervivencia a través de ventilación artificial asistida.

Enterramiento = trastorno respiratorio:

Liberación de las vías aéreas. (RCP básico).

Presencia médica.

Ahogado

Un ahogado en una situación de catástrofe no presenta especificidad en cuanto a la conducta a seguir. No obstante, conviene que recordemos que la hipotermia (en el agua, el organismo se enfría 20 veces más rápido que en el aire) puede engañar al socorrista por un aspecto de muerte aparente del ahogado. También hay que tener en cuenta que, en las grandes inundaciones de agua y barro, la capa de barro seco que cubre los cuerpos sumergidos, asociada a una impotencia por la fatiga o por el aprisionamiento entre ramajes y escombros, puede hacer creer que una persona agotada y más o menos herida es un cadáver.

Prestaremos una atención especial a la protección térmica desnudándola, secándola y envolviéndola en una manta aislante aluminizada. Dependiendo de las posibilidades, y en caso necesario, se pondrá en práctica las maniobras de RCP básica y/o instrumental necesarias.

Para un ahogado:

Liberación de las vías aéreas. (RCP básico).

Protección térmica.

Víctima con contaminación bacteriológica

Existe la posibilidad de que una catástrofe sanitaria sea causada por la acción de bacterias, virus o por las toxinas que producen. Puesto que la transmisión se puede efectuar por vía aérea, cutánea o digestiva (hombres, agua, animales, medio aéreo), las primeras medidas a adoptar a nivel de los socorristas serán entonces las reglas elementales de higiene individual y colectiva.

El cuadro médico preconizará las medidas a tomar (campanas de vacunaciones, tratamientos específicos, aislamiento, reglas de higiene particulares).

Para un contaminado biológico:

Reglas de higiene elementales.

Quemado

En situaciones de catástrofe, nos podemos encontrar ante un gran número de quemados por quemaduras térmicas, químicas o por radiaciones.

Con frecuencia, en un primer momento, será ilusorio querer tapar sobre el mismo terreno a todos los quemados; los quemados graves serán enviados, si es posible sobre una sábana limpia con una protección térmica, hacia el Hospital.

Los quemados poco graves (por ejemplo, en las manos), podrán dirigirse a pie hasta el Hospital.

Las quemaduras graves de la cara deben recordarnos las quemaduras de las vías respiratorias que con frecuencia se asocian a ellas. Estas quemaduras, con trastorno ventilatorio asociado, deberán ser transportados, si es posible, semi-sentados y, si se dispone de él, con aportación de oxígeno (10

litros/minuto). Hay que pensar en la posibilidad de intoxicación por humo en los casos en que exista fuego (incendios), especialmente, por monóxido de carbono.

En lo que concierne a los quemados por productos químicos, los médicos que dirigen a los socorristas podrán dar una consigna de baño previo, si las circunstancias ambientales lo permiten (contaminación, temperatura, riesgo) en una extensión de agua próxima: mar, lago, río, piscina. El socorrista nunca tomará esta decisión por sí mismo.

Para un quemado:

Sustraer la causa sin caer en ella uno mismo

Conducir hacia el Hospital

Pensar en las quemaduras de las vías aéreas para cualquier quemado en la cara

Víctima de una explosión

La onda de una explosión provoca un conjunto de lesiones, aparentemente poco alarmante en principio y que, sin embargo, pueden presentar riesgos vitales para todos los sujetos presentes en un perímetro de unas decenas e incluso centenas de metros, según la fuerza de la explosión.

El oído es el órgano más sensible al efecto de la onda explosiva, produciéndose en muchos casos la rotura del tímpano (lesión primaria); sus síntomas son dolor de oídos, sordera y sensación de mareo. Esta lesión suele pasar desapercibida porque suele presentarse junto a lesiones que requieren un tratamiento inmediato; por ello es necesario tenerla en cuenta.

Las lesiones pulmonares (neumotórax, hemotórax, etc.) causan una tasa de mortalidad elevada; a nivel digestivo, el colon es la porción intestinal que se desgarrar con mayor frecuencia.

Además de éstos, pueden producirse lesiones debidas al desplazamiento o proyección de objetos sobre la víctima que son movilizados por la explosión (lesiones secundarias), o también lesiones producidas como resultado del desplazamiento del cuerpo de la víctima a causa de la onda expansiva, con el consiguiente impago traumático con los objetos próximos (lesiones terciarias).

Estos heridos precisan de una medicalización precoz.

El efecto destructor de la onda expansiva va a depender de varios factores: Intensidad y duración de la sobrepresión Ecos: recinto cerrado (habitación, local, mina); la explosión en un espacio cerrado produce una serie de ondas reflejas, que sumadas, originan una onda de presión muy superior a la onda incidente. Proyección de objetos; Medio aéreo o sub-acuático: el radio letal en el agua (debido a su incompresibilidad) es tres veces mayor que en el aire para una explosión similar.

Las víctimas de una onda se reparten en dos categorías:

Las víctimas de las que, de entrada, estamos seguros de que han sido afectadas; las víctimas que no presentan signos evidentes. La evolución clásica se desarrolla en tres fases; pero hay que tener cuidado porque esta evolución puede ser engañosa.

Primera fase:

Atontamiento, que se traduce por la parada de toda actividad durante un breve periodo.

Segunda fase:

Es una fase latente, sin signos de haber sido afectado, que va de unos minutos a varias horas. Suele ir acompañada de euforia; la víctima, al creerse indemne, se vuelve hiper-activa.

A veces, la onda puede provocar una sordera, esa es la prueba de la fuerza de la onda de choque.

La piel siempre queda indemne (salvo si existe alguna herida provocada por la proyección de objetos o por el desplazamiento de la propia víctima sobre éstos).

Tercera fase:

Es la fase de descompensación de las lesiones, en la que aparecen:

Trastornos de la consciencia;

Anomalías ventilatorias las debidas a la rotura de alveolos pulmonares.

Anomalías circulatorias causadas por la hemorragia, debida a una rotura del hígado o del bazo, que se traduce por un trastorno circulatorio.

La conducta a observar consistirá en primer lugar en considerar como afectado a todo sujeto situado en la zona de una explosión.

Toda persona susceptible de haber sido afectada, ha de recibir, lo más pronto posible, una oxigenación de 15 litros/minuto de oxígeno. Son indispensables una atenta vigilancia y ayuda psicológica. Se recomienda la posición de semi-sentada para los casos de dificultades respiratorias; si no, se dejará al sujeto tumbado.

Los riesgos para los socorristas son elevados, ya que es frecuente el riesgo de una segunda explosión y de ahí la importancia de tomar unas precauciones elementales: no tocar el timbre ni golpear una puerta, no utilizar ningún aparato eléctrico, no fumar en la zona de trabajo, llevar casco y, de una manera general, seguir estrictamente las consignas dadas por los responsables.

Para una explosión:

Sustraer causa sin sucumbir en ella uno mismo

Conducir hacia el Hospital más cercano

Temer una segunda explosión

Respetar las consignas dadas

Víctima por hipotermia

La hipotermia es una situación que se caracteriza por la caída de la temperatura corporal central por debajo de 35 grados C. Aparece en individuos que han estado sometidos a una exposición prolongada al frío, con o sin trastorno de la termo-regulación. (En condiciones de humedad o en el agua, el enfriamiento es 20 veces más rápido que en el aire).

La hipotermia se presenta en situaciones de exposición a temperaturas ambientales bajas, por ejemplo, en una inmersión, en un ahogamiento, en una exposición al viento frío, en la nieve o en el hielo (personas perdidas en la montaña) y en los casos en que se da una disminución de la producción de calor por el organismo coma, agota miento, desnutrición, intoxicación (alcohol y medicamentos).

Hay que distinguir entre hipotermias ligeras e hipotermias graves

Las hipotermias ligeras. Se caracterizan por:

Escalofríos generalizados acompañados de calambres musculares, dolores en la nuca, sensación de piernas pesadas, fatiga y bostezos; Elevación de la frecuencia cardiaca y de la frecuencia ventilatoria; piel fría y pálida.

La conducta a observar ante una hipotermia ligera es la siguiente:

Evitar el enfriamiento: quitar ropa mojada y poner ropas secas y calientes (manta termo-aislante); cubrir, pero no friccionar a la víctima dar, moderadamente, una bebida caliente y azucarada, siempre que la víctima esté consciente. Evitar el contacto de objetos fríos con la víctima, No dar a beber bajo ningún concepto bebidas alcohólicas.

Las hipotermias graves: Se caracterizan por la aparición de trastornos de consciencia con somnolencia y luego inconsciencia (hacia los 31 grados C), rigidez muscular, temblor ligero (entre el escalofrío y el temblor); Piel fría, dura, lívida. Disminución de la frecuencia cardiaca y de la frecuencia ventilatoria Cianosis generalizada.

Ante una hipotermia grave no hay que predicar el calentamiento externo. Si la ventilación espontánea es eficaz, se administrará oxígeno adicional; en caso necesario, se efectuará ventilación artificial boca a boca, lo que provocará un beneficioso calentamiento interno.

Deberá ponerse en manos de un médico lo más pronto posible.

Estas medidas preventivas se refieren tanto a los implicados y a los lesionados como a los rescatadores.

Para un hipotérmico:

Atención a los estados de muerte aparente

Medicalizar

Víctima desnutrida/deshidratada

Se puede tratar de un sujeto sometido a una insuficiencia alimentaria crónica (campo de prisioneros, hambre prolongada), o de un sujeto anteriormente bien nutrido, pero víctima de una insuficiencia alimentaria, incluso privado de toda alimentación y bebida por causa de hechos recientes (rescatado de una lancha en el mar, aislamiento prolongado en cataclismos, aislamiento en cavidades naturales o consecuencia del hundimiento de un edificio).

Tanto en un caso como en el otro, el socorrista no debe satisfacer brutalmente las necesidades expresadas por el gran desnutrido.

Una bebida templada y azucarada (té diluido azucarado), en cantidad moderada y a pequeños sorbos será la propuesta del socorrista, si el sujeto está consciente. (Para los niños, un biberón).

También puede servir una solución de re-hidratación azucarada salada (para un litro de agua: 8 terrones de azúcar y 1/2 cucharadita de sal).

Se evitará todo esfuerzo por su parte; si el clima lo necesita, serán cubiertos y reconfortados.

Los desnutridos precisan de cuidados médicos lo antes posible.

La primera bebida (en pequeña cantidad) del deshidratado: té con azúcar o solución de re-hidratación azucarada-salada. Por un litro de agua 8 terrones de azúcar y 1/2 cucharada (tamaño café) de sal.

Una víctima contaminada por radiaciones ionizantes

Una víctima contaminada por radiaciones ionizantes universo, y por tanto la tierra, está compuesto por elementos que tienen como base unas unidades de materia llamadas átomos. Algunos átomos tienen la particularidad de producir unas emisiones radiactivas llamadas radiaciones ionizantes.

Ya sea como consecuencia de una guerra (bombas termonucleares), por accidente tecnológico o por accidente natural (como consecuencia de una radiación astral ligada a la filtración de la capa atmosférica terrestre), el cuerpo humano, regularmente sometido a radiaciones ionizantes en Pequeña cantidad, puede verse brutalmente expuesto a unas dosis nocivas de dichas radiaciones.

Los riesgos y los peligros están en función del tipo de radio-elementos de que se trate, por las misiones aisladas o asociadas de radiaciones que producen. Se pueden emitir rayos alfa, beta o gamma.

En el aire, el alcance de la radiación gamma es del orden de los 3 km, el de la radiación beta es de 3 m y el de la radiación alfa de unos 3 cm. Se dice que un sujeto ha sido irradiado cuando ha estado sometido a estas radiaciones. Se dice que un sujeto presenta para los otros un riesgo de contaminación y/o de irradiación cuando es portador de radio-elementos (polvo radiactivo) que emitan radiaciones alfa, beta o gamma y, por tanto, susceptible de irradiar él mismo a toda persona que se encuentre en sus proximidades. El riesgo de irradiación es directamente proporcional a la dosis total de irradiación. Es decir que, a igual intensidad, estar expuesto 2 segundos o 24 horas a la misma fuente de radiactividad, por ejemplo, un polvo radiactivo procedente de una nube radiactiva que haya escapado de una central atómica durante un accidente, no ocasiona las mismas consecuencias.

En estas circunstancias, los socorristas oírán hablar de "gray". El gray (=100 rad) es la unidad de medida de dosis absorbida.

La dosis mortal al 100% en el hombre se sitúa en 6 a 10 grays (o de 600 a 1.000 rad) instantáneos.

Después de una radiación superior a 1 gray, el sujeto puede presentar náuseas, vómitos y una gran fatiga. Por encima de los 4 grays, presentará, además, un enrojecimiento generalizado de la piel.

Después, por encima, la gravedad se traducirá rápidamente por un trastorno circulatorio más o menos severo, trastornos de consciencia y, a veces, convulsiones.

Un sujeto irradiado no portador de sustancias radiactivas no presenta ningún peligro para el socorrista. La conducta a observar será, pues, la clásica en función de las eventuales lesiones o signos manifestados por el sujeto irradiado.

Un sujeto irradiado, portador sobre su piel o sus ropas de sustancias radiactivas, mantiene su irradiación y por tanto aumenta el efecto nocivo que tienen las emisiones radiactivas sobre su organismo. También representa un riesgo para todos los que se le aproximen; se ha convertido en una fuente radiactiva peligrosa para él pero también peligrosa para los demás. De ahí la importancia de la localización de toda sustancia radiactiva y de saber desembarazarse de ella sin que, con ello, represente un riesgo para los demás.

La conducta a observar es por tanto la descontaminación, tan pronto como sea posible. A veces, se tratará de contaminación interna, tras la ingestión o la inhalación de productos radiactivos.

Para asegurar estos cuidados, los socorristas deberán estar dotados de un equipo especial botas + casco + guantes, que luego serán retirados de una manera programada.

La descontaminación se hará en lugares previstos y adaptados para los sujetos a los que se haya medido con detectores de radiactividad la realidad de su contaminación.

Consistirá en:

Un desnudo especial (no se debe tocar la parte exterior "contaminante" de las ropas)

Un almacenamiento de las ropas "contaminantes" en unos sacos de plástico; Una ducha jabonosa, dos o tres veces seguidos, un secado cuidadoso y vestido con ropas exentas de toda contaminación.

Idealmente, las aguas de lavado no serán echadas a los desagües.

Una pasada por los detectores alfa, beta y gamma permitirá verificar el buen resultado de la descontaminación.

Si este procedimiento ya es bastante complejo para accidentes de poca envergadura, pensemos en los problemas ligados a accidentes a gran escala.

Para pequeños niveles de irradiación en amplios sectores, en espera de una dilución y por los vientos atmosféricos, las autoridades pueden preconizar el confinamiento con puertas y ventanas cerradas y taponado con cinta adhesiva todas las grietas.

El confinamiento a domicilio es la medida más eficaz en situación de contaminación atmosférica por radiaciones ionizantes.

Los voluntarios deberán abstenerse de toda intervención espontánea.

En la eventualidad de contaminación de un gran número de personas, los equipos socorristas se deberán limitar estrictamente a las instrucciones que les sean dadas; toda intervención aventurada espontánea puede acarrear severas consecuencias posteriores para los rescatadores.

Una víctima con contaminación química.

Se distinguen clásicamente varias familias de productos químicos peligrosos para el hombre, bajo forma gaseosa, líquida o en polvo, a veces son armas llamadas gas de combate. Pero también se encuentran efectos comparables en ciertos tipos de accidentes industriales.

Podemos citar:

Los irritantes, de efecto rápido, que hacen llorar y provocan dolores oculares y un abundante lagrimeo. También hacen toser o estornudar en mayor o menor medida.

Los sofocantes de efecto rápido provocan una molestia respiratoria con rápido trastorno ventilatorio.

Los vesicantes, de efecto rápido provocan quemaduras químicas sobre las partes expuestas de la piel (en general, la cara, las manos y hasta las piernas), trastornos oculares, afecciones de las vías respiratorias y de las vías digestivas si se tragan (sobre o en los alimentos).

Los incapacitantes, como su nombre indica, anulan toda reacción del individuo que los recibe.

Los tóxicos nerviosos y tóxicos generales, que penetran tanto por la piel como por vía digestiva o ventilatoria. Estos productos provocan una parálisis en un contexto de convulsiones y de hiper sudoración. Según el peligro y el reparto atmosférico, el socorrista podrá intervenir o no.

Algunas de estos tóxicos lo son tanto que un simple grano o una bocanada pueden matar a uno o varios hombres.

En el caso preciso de tóxicos nerviosos y generales, solamente podrán intervenir las personas entrenadas y provistas de equipos de protección.

Llevar una máscara es un requisito previo, cualquiera que sea el producto en cuestión, con un cartucho adaptado o polivalente. Una escafandra autónoma con ropa estanca representa la mejor seguridad, pero atención a la autonomía de las botellas de aire en caso de utilización de un aparato respiratorio aislante.

La protección colectiva consiste en el alojamiento preventivo de las poblaciones en locales apropiados y previamente listados, provistos de filtros de aire, o bien la evacuación lejos de la zona de riesgo.

Un medio improvisado para la protección individual consiste en la colocación, cuando se dé la alerta, de una bolsa de basura de plástico sobre la parte superior del cuerpo, que cubra la cabeza y los miembros superiores.

La colocación de una segunda bolsa, a guisa de falda, y de unas batas estancas, permitirá salir de la zona tóxica o llegar a un refugio.

Algunos productos, en especial los neurotóxicos, son destruidos por las bases, y la descontaminación consistirá en duchar con agua con lejía las superficies afectadas: superficie cutánea, ropas impermeables.

Es indispensable organizar una zona de descontaminación en el límite de la zona no contaminada, por donde deberá pasar obligatoriamente todo sujeto procedente de la zona contaminada.

Unos equipos entrenados, dotados de ropas apropiadas, sacarán a los contaminados de la zona tóxica y los dirigirán hacia un centro de descontaminación y de clasificación. Durante esta evacuación, solo podrán realizarse la oxigenación y los actos elementales de supervivencia. Si los equipos disponen de ellas, las víctimas serán transportadas en bolsas impermeables con una máscara respiratoria aislante.

Una vez descontaminado, el sujeto pasará, por una esclusa real o simbólica, a la zona no contaminada, donde tendrá lugar la clasificación médica y donde se le podrán prodigar los cuidados clásicos:

Lavado de los ojos con agua o con suero fisiológico, nuevo aseo general, ventilación artificial, Atenciones médicas.

Para los demás tóxicos, el procedimiento será más simple:

Lavado de los ojos y de la cara con agua para las víctimas de productos irritantes y estornudantes (que provocan el estornudo); Desnudado (por guantes estancos) y lavado con agua jabonosa y luego aclarado con agua tibia para las víctimas de productos vesicantes; posición semi-sentada e inhalación de oxígeno a 15 litros por minuto para adultos, 3 litros por minuto para los niños, en caso de ataque por productos sofocantes, siendo obligatoria para los socorristas participantes la utilización de una máscara con un cartucho apropiado.

Posición lateral de seguridad y, si es necesario, ventilación artificial con balón auto inflable y cartucho para las víctimas de productos incapacitantes, siendo obligatoria para los socorristas participantes la utilización de una máscara con un cartucho apropiado.

En el plano colectivo, las autoridades podrán verse obligadas, a través de las estaciones de radiodifusión, a hacer confinarse en su domicilio, durante un cierto tiempo, a la población, con obstrucción de todas las aberturas de ventanas y puertas con cinta adhesiva.

Sólo están autorizadas a intervenir las personas entrenadas y habilitadas.

Prohibición absoluta para los demás.

Una víctima con trastorno psicológico

En las situaciones catastróficas, las víctimas, las personas implicadas e incluso los salvadores y los mandos de la operación son susceptibles de presentar reacciones y comportamientos no adaptados a la situación, tanto a escala individual como colectiva, que incluso pueden ser contrarias a los intereses de las personas e incluso al orden social.

Se puede tratar de un estado individual traducido aisladamente por:

Un estado de ansiedad (sensación de ahogo, palpitaciones, sudores, palidez, temblores);

Un estado de agitación desordenada que hace ineficaces las operaciones de socorro;

Un estado depresivo, superior a la tristeza normal, e incluso un comportamiento suicida o un ir y venir errático.

Puede tratarse de un comportamiento colectivo:

Enajenación colectiva;

Desaparición de las reglas sociales;

Pánico, temer una reacción colectiva, aunque de forma excepcional, traducida por una huida alocada, desordenada, con, a veces, reacciones de violencia.

Idealmente, la prevención de este comportamiento se basa en la información y la educación del ciudadano que, desde la escuela, deberá conocer la eventualidad de una catástrofe y un esquema simple de la conducta a observar.

Frente a las situaciones individuales o colectivas de comportamientos anormales, el socorrista debe referirse permanentemente a sus propios valores, a su jerarquía, y siempre debe intentar el apaciguamiento, en especial, dando ejemplos y orientando a una eventual oleada de personas desamparadas hacia las estructuras de recepción, protegiendo a los más débiles, en especial a los niños y a las personas mayores.

Definición de Accidente In-Itinere

Se define como Accidente In-Itinere a aquel que ocurre en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo y viceversa, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Definición de Accidente en la Vía Pública

Se define como Accidente en la Vía Pública a aquel que ocurre en la Vía Pública como consecuencia de encontrarse el damnificado realizando tareas fuera del establecimiento laboral, pero relacionadas con el trabajo o encomendadas por el Empleador.

Fecha de última actualización: 2012