

GUÍA DE CAMPO

Socorrista en lugares remotos

Resumen clínico operativo · WFR

Resumen clínico operativo · 59 páginas





6 secciones · 35 capítulos · 3 anexos

*Basado en: Guía para el alumno · Socorrista en lugares remotos, AIDER, 2ª ed. 2022
Este resumen no reemplaza al manual ni a la capacitación formal.*

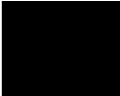


Cómo usar esta guía

Cada capítulo sigue siempre el mismo orden de cuatro bloques. Busque el icono del bloque que necesita.




Los cuatro bloques

	RECONOCER	Cómo identificar el cuadro. Signos, síntomas, clasificación.
	ACTUAR	Pasos a seguir en orden, numerados. Protocolos operativos.
	EVACUAR	Criterios con semáforo de urgencia: inmediata, urgente o diferida.
	NO HACER	Errores comunes. Maniobras contraindicadas.

Niveles de urgencia de evacuación

	INMEDIATA	Amenaza inmediata para la vida. Evacuar lo antes posible.
	URGENTE	Sin amenaza inmediata, pero puede dejar secuelas o agravarse. Evacuación recomendada.
	DIFERIDA	Sin amenaza para la vida. Se puede analizar continuar en terreno.

Iconos transversales

	Advertencia crítica. No ignorar.
	Umbral clínico o valor de referencia.
	Remisión a otro capítulo de esta guía.

Signos vitales normales

Valores de referencia. Tome siempre línea base en terreno antes de evacuar.

● FRECUENCIA RESPIRATORIA (respiraciones/min)

Adultos	12 – 20
Niños	20 – 35
Bebés	20 – 50

● FRECUENCIA CARDÍACA (latidos/min)

Adultos	60 – 100
Niños	80 – 140
Bebés	120 – 160

● PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)

Normal	120 / 80
Hipertensión	> 140 / 90
Hipotensión	< 90 / 60

● OTROS PARÁMETROS

- Relleno capilar: < 2 segundos
- Temperatura central normal: 36 – 37,5 °C
- Saturación de O₂ (si disponible): ≥ 95 %

● FRECUENCIA DE REEVALUACIÓN

Víctima estable	cada 15 – 20 min
Víctima inestable	cada 5 min o continuo

Algoritmo de atención


Cadena de atención de víctimas (CAV). Secuencia obligatoria.

Los 4 eslabones

1	Evaluación de la escena Seguridad · mecanismo de daño · nº víctimas · impresión general (TEV)
2	Evaluación primaria · HABCDE Amenazas para la vida en los primeros minutos
3	Evaluación secundaria Signos vitales · examen físico (DIAS) · anamnesis (MUESTRA)
4	Evacuación y control Reevaluación continua · ficha SOAP/FEV

Evaluación primaria · HABCDE

H	Hemorragia	Detener sangrados profusos. Presión directa.
A	Apertura vía aérea	+ control cervical si trauma. Frente-mentón o subluxación mandíbula.
B	Buena ventilación	¿Respira normal? ¿Ruidos? ¿Disnea? Si NO responde y respira → PLS.
C	Circulación	Sangrados ocultos. Signos de shock: piel pálida, húmeda, fría.
D	Déficit neurológico	Conciencia, parálisis, sensibilidad. Inmovilizar columna si trauma.
E	Estab. temperatura	+ exploración lesiones ocultas. Abrigar siempre en trauma.

 **En víctima inconsciente sin pulso y sin respiración → iniciar RCP según guía de RCP/DEA.**

Matriz de evacuación

Criterios sintetizados de todos los capítulos. Consulte el capítulo específico para detalle.

Evacuación INMEDIATA ■

- Vía aérea comprometida, paro cardiorrespiratorio, respiración agónica
- Hemorragia no controlada, shock, alteración persistente de conciencia
- Lesión espinal sospechada con déficit neurológico
- Quemaduras 2.º grado > 10 % SCT, 3.er grado, cara, manos, genitales, vía aérea
- Trauma torácico con dificultad respiratoria · trauma abdominal con signos peritoneales
- Anafilaxia, convulsión activa, ACV sospechado, IAM sospechado
- Hipotermia severa, golpe de calor, edema cerebral/pulmonar de altitud
- Mordedura de serpiente venenosa, envenenamiento sistémico

Evacuación URGENTE ⊕

- Fracturas de huesos largos, luxaciones mayores, sospecha de fractura pélvica
- Heridas profundas que requieren sutura, heridas en manos/articulaciones
- Quemaduras 2.º grado 1 – 10 % SCT, quemaduras químicas o circunferenciales
- Dolor abdominal intenso persistente, vómitos o diarrea con signos de deshidratación
- Descompensación diabética, reacción alérgica sin anafilaxia
- Mal agudo de montaña moderado, hipotermia leve que no revierte
- Infección sistémica incipiente, problemas genitourinarios con fiebre

Evacuación DIFERIDA ·

- Quemaduras 1.er grado, 2.º grado < 1 % sin complicaciones
- Esguinces leves, contusiones, heridas superficiales limpias
- Problemas gastrointestinales leves autolimitados
- Mal agudo de montaña leve que cede con descenso

→ *Ante duda entre dos niveles, elegir siempre el más urgente.*

CAPÍTULO 3 · SECCIÓN I

Cadena de atención de víctimas

Método sistematizado en 4 eslabones: escena · primaria · secundaria · evacuación.

3.1 Evaluación de la escena

● RECONOCER · los 4 puntos

- Seguridad: ¿es segura la escena para mí?
- Mecanismo de daño (MDD): ¿qué fuerzas actuaron?
- Número de víctimas: ¿hay más?
- Impresión general + TEV (respiración, circulación, sistema nervioso)

▶ ACTUAR · al llegar a la escena

1. Detenerse. Observar en 360°. No correr.
2. Identificar riesgos ambientales: clima, caída, agua, tránsito, fuego, gases, animales, electricidad.
3. Aplicar EPP: guantes nitrilo, protección ocular, mascarilla.
4. Estimar MDD con detalle: dirección y magnitud de fuerzas, tiempo y zona corporal.
5. Contar víctimas. Si nº víctimas > socorristas → triage por prioridades.
6. Formar impresión general antes de tocar a la víctima: ¿respira? ¿color de piel? ¿interactúa?

✘ NO HACER

- Entrar en escena insegura. Primero seguridad del rescatista.
- Asumir víctima única sin buscar más.
- Tocar fluidos corporales sin barrera.

⚠ *Usted no puede ayudar a nadie si se convierte en víctima.*

3.2 Evaluación primaria · HABCDE

• RECONOCER · amenazas vitales

- H/C · sangrado visible u oculto, signos de shock (piel pálida, húmeda, fría)
- A/B · vía aérea obstruida; respiración ausente, agónica, trabajosa o con ruidos
- D/E · alteración de conciencia, parálisis, hipotermia, lesiones ocultas

▶ ACTUAR · secuencia obligatoria

1. H · Hemorragia: presión directa con mano enguantada sobre la herida.
2. A · Vía aérea: sin trauma → frente-mentón. Con trauma → subluxación mandibular con control cervical.
3. B · Ventilación: si no responde pero respira → PLS. Si sospecha columna, decúbito supino e inmovilizar cabeza.
4. C · Circulación: buscar hemorragias ocultas, signos de shock, controlar sangrados.
5. D · Neurológico: escala AVDN. En trauma, inmovilizar columna total.
6. E · Temperatura: abrigar siempre en trauma. Explorar lesiones ocultas.

• ESCALA AVDN · nivel de conciencia

A	Alerta · orientada en tiempo, espacio y persona.
V	Verbal · responde a estímulos verbales (monosílabos, quejas).
D	Dolor · responde a estímulo doloroso (presión en lecho ungueal u hombro).
N	No responde · ningún estímulo genera respuesta.

✗ NO HACER

- Saltar pasos del HABCDE o alterar el orden sin razón clínica.
- Mover a una víctima con posible trauma cervical sin control de columna.
- Dejar a una víctima inconsciente sobre su espalda si no hay sospecha de columna.
- Realizar frente-mentón en víctima con MDD traumático.

3.3 Evaluación secundaria

● **RECONOCER** · qué buscar

- Signos vitales: FR, FC, PA, temperatura, piel, pupilas, AVDN
- Examen físico DIAS: Deformidades · Inflamación · Heridas Abiertas · Sensibilidad
- Anamnesis MUESTRA: Medicación · Última ingesta · Episodios · Síntomas · Trastornos · Respuestas · Alergias

▶ **ACTUAR** · qué empezar según caso

1. Trauma → empezar por DIAS (cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis, 4 extremidades, espalda).
2. Enfermedad súbita → empezar por MUESTRA.
3. Pupilas · regla PILAR: iguales, reactivas a la luz, adecuadas, redondas.
4. Anotar hora de cada toma. Registrar en ficha SOAP/FEV. Comparar con línea de base.
5. Reevaluar: estable cada 15 – 20 min · inestable cada 5 min o continuo.

3.4 Evacuación y control

▲ **EVACUAR** · clasificación de urgencia

CRÍTICO	Amenaza inmediata para la vida. Evacuar lo antes posible.
GRAVE	Sin amenaza inmediata pero permanecer puede dejar secuelas o agravar. Evacuación recomendada.
LEVE	Sin amenaza para la vida. Analizar continuar en terreno.

▶ **POSICIÓN DE LA VÍCTIMA**

- Consciente, sin columna: posición cómoda. Disnea → semisentada.
- Inconsciente, sin columna: posición lateral de seguridad (PLS).
- Sospecha de columna + inconsciente: decúbito supino, inmovilizar.

✘ **NO HACER**

- Demorar contacto con ayuda externa; evacuar sin línea de base; omitir ficha SOAP/FEV.

Mecanismo de daño

Cinemática del trauma. Permite inferir lesiones ocultas antes de palpar.

● **RECONOCER · factores que agravan**

- Velocidad alta (energía cinética aumenta exponencialmente)
- Masa grande del impactante
- Distancia de detención corta (menos tiempo para disipar energía)
- Material rígido contra el que impacta (sin absorción)

▶ **ACTUAR · al evaluar MDD**

1. Preguntar: dirección y magnitud de fuerzas, tiempo de aplicación, zona corporal afectada.
2. Caída: altura y superficie. Vehículo: velocidad, cinturón, casco, eyección.
3. Inferir lesiones ocultas en: cavidad torácica, abdominal, columna.
4. Alta sospecha de columna si: caída > 2-3 veces altura víctima, colisión alta velocidad, herida por arma de fuego en cabeza/cuello/tronco.

⚠ **CRITERIOS PARA SOSPECHAR LESIONES GRAVES**

- Caída de 2-3 veces la altura del cuerpo
- Colisión de motocicleta, ATV, vehículo de nieve sin casco
- Colisión a alta velocidad en esquí, snowboard, bicicleta
- Herida por arma de fuego en cabeza, cuello o tronco

Hemorragias

Salida de sangre de los vasos. Gravedad depende del vaso, profundidad y volumen perdido.

5.1 Tipos de hemorragia

Capilar	Flujo lento y continuo. Fácil control.
Venosa	Flujo constante, sangre oscura, baja presión. Presión firme por tiempo.
Arterial	Chorro pulsátil, sangre roja intensa, alta presión. Difícil control, mayor riesgo.
Externa	Visible. Cuidado: ropa de abrigo puede ocultar gran sangrado.
Interna	Acumula en tórax, abdomen, pelvis, muslos. Difícil diagnóstico.

5.2 Hemorragia externa

ACTUAR · protocolo general

1. Escena segura. EPP completo (guantes, protección ocular, mascarilla).
2. Recostar a la víctima. Remover ropa para localizar origen.
3. Presión directa con apósito y una o ambas manos según extensión.
4. Si no cede en los primeros minutos → torniquete (solo extremidades).
5. Si es tórax, abdomen, ingle, axila, cuello → apósito hemostático + presión directa.

NO HACER presión directa en

- Globo ocular · fractura de cráneo · objeto incrustado · fractura expuesta

5.3 Torniquete

▶ ACTUAR · colocación

1. Colocar 5-8 cm proximal a la herida, cercano a ingle o axila.
2. Ajustar al máximo. Enrollar molinete hasta detener el sangrado.
3. Asegurar molinete. Anotar HORA de colocación visible sobre la víctima.
4. Si no cede: segundo torniquete proximal al primero.
5. Improvisado: tela \geq 5 cm de ancho (NO cuerda). Nudo + palo como molinete.

✘ NO HACER

- Colocar sobre una articulación
- Retirar el torniquete: solo se retira en el CAD (centro de atención definitiva)
- Usar material estrecho (cuerda, alambre) que corte como sierra

5.4 Hemorragia interna

● RECONOCER

- Moretones, zonas dolorosas y sensibles a la palpación
- Vómitos o tos sanguinolenta, heces negras o con sangre roja brillante
- Signos de shock (piel pálida, fría, sudorosa, pulso débil)

▶ ACTUAR

1. Leve y localizada → regla CAFE (ver recuadro). Grave → evacuación temprana.
2. Abrigar siempre (mayor riesgo de hipotermia con pérdida de sangre).
3. PLS si hay vómitos. Controlar pulso distal y conciencia repetidamente.
4. Preparado para RCP si deja de responder y respirar.

● REGLA CAFE · lesión cerrada

- C · Compresión con venda elástica (no apretar demasiado)
- A · Analgesia (ibuprofeno 400 mg si sin alergia)
- F · Frío 10-20 min cada 3-4 h (nunca directo sobre piel)
- E · Elevación de la zona

▲ EVACUAR

- Crítico · torniquete colocado · hemorragia interna grave · apósito hemostático
- Grave · hemorragia externa controlada · sospecha interna leve-moderada

Lesiones del tejido blando

En lugares remotos, toda herida se asume contaminada. No cerrar heridas en campo.

6.1 Heridas abiertas

● RECONOCER · clasificación

- Abrasión · capa superficial, poca sangre (raspón, quemadura por fricción)
- Laceración · corte con bordes dentados, desgarro enérgico
- Incisión · corte con bordes lisos, material filoso
- Punción · objeto punzante. SIEMPRE alto riesgo de infección
- Amputación · separación completa de una parte del cuerpo
- Alto riesgo infección: profundas, muy sucias, mordeduras, quemaduras extensas, punciones, fracturas expuestas

▶ ACTUAR · lavado y cobertura

1. Lavado exhaustivo con agua potable a presión. Antisépticos NO sustituyen irrigación.
2. Cubrir con apósito estéril. Cambiar cuando se humedezca.
3. Punción: dejar sangrar un poco para arrastrar suciedad.
4. Amputación: controlar hemorragia → parte amputada en gasa estéril seca, bolsa, sobre hielo indirecto.
5. Verificar estado de vacunación antitetánica (vigente si < 10 años).

6.2 Infecciones

● RECONOCER · infección LOCAL

- Enrojecimiento y dolor progresivo desde bordes · estrías rojas
- Calor local · inflamación · secreción de pus
- Escalofríos o fiebre · ganglios linfáticos cercanos inflamados

● RECONOCER · infección SISTÉMICA

- Signos locales + fiebre alta · coloración rojiza generalizada
- Ganglios inflamados en varias zonas · taquicardia · taquipnea
- Sepsis: alteración mental, trastornos coagulación, shock

▶ ACTUAR

1. Limpiar, separar bordes suavemente, dejar drenar pus.
2. Agua tibia 15 min, 4 veces al día. Luego ungüento antibiótico (verificar alergia).
3. Cubrir con apósito estéril, mantener seco y limpio.
4. Analgésicos según protocolo local.

6.3 Objetos clavados y avulsión

▶ ACTUAR · objeto clavado

1. Inmovilizar el objeto con apósito abultado alrededor. NO removerlo.
2. Excepción: remover solo si interfiere con transporte o daña más in situ.
3. Si sangra: presión directa alrededor (nunca sobre el objeto).
4. Espinas pequeñas: retirar y tratar como herida superficial.

▶ ACTUAR · avulsión

1. Lavar la herida.
2. Colocar la piel desprendida en su posición original.
3. Cubrir con apósito estéril y presión directa.

▲ EVACUAR

- Crítico · objeto clavado · avulsión · amputación · infección sistémica/sepsis
- Grave · alto riesgo de infección · infección local · sangrado persistente
- Leve · heridas de bajo riesgo, superficiales limpias

Quemaduras

Gravedad según causa, profundidad, extensión y zona corporal.

● **RECONOCER · por profundidad**

1.er grado	Epidermis. Enrojecimiento, dolor, SIN ampollas. Ej: quemadura solar.
2.º grado	Dermis. Ampollas, dolor intenso, piel húmeda y rojiza.
3.er grado	Piel completa + tejidos. Piel blanca, carbonizada o correosa. Sin dolor local (nervios destruidos).

● **RECONOCER · extensión (regla de la mano)**

- La palma de la víctima = 1 % de su superficie corporal total
- Umbral crítico: 2.º grado > 10 % SCT · cualquier 3.er grado extenso

▶ **ACTUAR · general**

1. Retirar fuente de calor. Quitar ropa y joyas NO adheridas. Escena segura.
2. Enfriar con agua limpia 10-20 min. NUNCA hielo directo.
3. Cubrir con apósito estéril no adherente. Si es extensa: ropa de algodón limpia + impermeable.
4. Calcular % de SCT (regla de la mano o de los 9).
5. Hidratar por vía oral si consciente y sin náuseas. Analgesia según protocolo.
6. Abrigar: la piel quemada no mantiene temperatura → alto riesgo de hipotermia.

✗ **NO HACER**

- Romper ampollas · aplicar hielo, pasta dental, aceites, remedios caseros
- Retirar ropa adherida a la piel
- Aplicar agua sobre quemaduras muy extensas (agrava hipotermia)

7.1 Casos especiales

ACTUAR · quemadura química

1. EPP (guantes látex/nitrilo, gafas). Evitar contacto con la sustancia.
2. Si es polvo seco: cepillar o retirar con mano enguantada ANTES del agua.
3. Irrigar con gran cantidad de agua mínimo 20 min.
4. Quitar ropa y joyas contaminadas mientras sigue el agua.
5. Cubrir con apósito limpio y seco.

ACTUAR · quemadura eléctrica

1. Desenchufar, desconectar o apagar la electricidad ANTES de acercarse.
2. Controlar respiración y pulso (alto riesgo de paro cardíaco).
3. Verificar posible lesión traumática si hubo caída.
4. Recordar: el daño interno puede ser muy profundo aunque exteriormente parezca leve.

QUEMADURA DE VÍA AÉREA

- Sospecha: quemadura en cara, cejas/pelo chamuscados, hollín en boca/nariz, ronquera, esputo carbonáceo
- Riesgo máximo de obstrucción de vía aérea: 12-24 h después de la quemadura
- Aire > 150 °C inhalado puede ser letal en minutos

▲ EVACUAR

CRÍTICO	Vía aérea, circunferenciales, eléctricas, 2.º > 10 % SCT, 3.er grado
GRAVE	2.º 1-10 % SCT, químicas, cara, manos, pies, articulaciones, genitales
LEVE	1.er grado, 2.º < 1 % SCT sin complicaciones ni zonas críticas

Lesiones de columna y cabeza

En lugares remotos se puede aplicar protocolo de DESCARTE. En urbano siempre imagen.


8.1 Sospecha y descarte

• **RECONOCER · MDD que obligan a sospechar**

- Caídas de altura · accidentes automovilísticos o moto · lesiones deportivas
- Heridas penetrantes importantes o por arma de fuego
- Trauma de cráneo con alteración de conciencia · lesiones por arriba de clavículas
- Fractura de cadera o fémur · múltiples costillas fracturadas
- Dolor espontáneo en cuello o columna post-trauma
- Temblores, pérdida de sensibilidad o debilidad en extremidades

 **PROTOCOLO DE DESCARTE · 5 condiciones (todas)**

1. Víctima plenamente alerta y orientada (A en AVDN, sin drogas/alcohol).
2. Sin otro dolor distractor significativo.
3. Sin déficit neurológico (MSC distal normal en las 4 extremidades).
4. Sin dolor espontáneo o a la palpación en línea media de la columna.
5. Movilidad cervical activa sin dolor: mentón a pecho, 45° a cada lado, extensión.

 **Si falla alguna condición → inmovilizar y evacuar como lesión de columna**

8.2 Inmovilización

ACTUAR · collarín cervical

1. Mantener cabeza en posición neutra con ambas manos ANTES de colocarlo.
2. Tamaño correcto: distancia mentón-trapecio = altura del collarín.
3. Deslizar por detrás del cuello, cerrar por delante, ajustar.
4. El collarín NO inmoviliza por sí solo: mantener control manual hasta fijar tabla.
5. Complementar con dispositivos laterales (fijadores de cabeza, rollos, cinta).

ACTUAR · tabla espinal larga

1. Mínimo 4 rescatistas. Uno dirige desde la cabeza.
2. Rolado en bloque a 90° (log-roll). Colocar tabla. Rolar víctima sobre tabla.
3. Centrar. Fijar con correas: tórax, pelvis, muslos, piernas, cabeza al final.
4. Verificar MSC distal ANTES y DESPUÉS de cada movimiento.

NO HACER

- Flexionar o extender el cuello durante la movilización
- Colocar tabla sobre víctima prona sin rolado en bloque
- Retirar collarín en terreno una vez colocado

8.3 Lesión medular

● RECONOCER

- Pérdida de sensibilidad o movilidad por debajo de nivel lesionado
- Hormigueos, parestesias, parálisis uni- o bilateral
- Shock neurogénico: hipotensión con bradicardia, piel caliente y seca
- Lesión cervical alta: dificultad respiratoria (compromiso diafragmático)

8.4 Lesiones de cabeza

● RECONOCER · fractura de cráneo

- Deformidad visible o palpable · hundimiento
- Sangrado o líquido claro (LCR) por oído o nariz
- Hematomas: ojos de mapache (periorbitarios), signo de Battle (detrás de oreja)
- Alteración de conciencia, convulsiones, pupilas asimétricas

● RECONOCER · TEC / conmoción

- Pérdida de conciencia breve o prolongada · amnesia del evento
- Cefalea progresiva · vómitos repetidos · confusión
- Pupilas desiguales o no reactivas · convulsiones
- Intervalo lúcido seguido de deterioro (hematoma epidural)

▶ ACTUAR

1. Asumir lesión cervical asociada → inmovilización completa.
2. Elevar cabeza 15-30° si no hay sospecha de columna y hay signos de hipertensión intracraneal.
3. NO taponar sangrado de oído/nariz (permitir drenaje de LCR).
4. Control estricto de AVDN. Reevaluar cada 5-10 min.
5. Abrigar. Esperar deterioro. No alimentos ni bebidas.

✗ NO HACER

- Presión directa sobre fractura de cráneo visible
- Administrar analgésicos que enmascaren nivel de conciencia

▲ EVACUAR

- Crítico · toda sospecha de lesión medular · fractura de cráneo · TEC con deterioro
- Grave · TEC sin deterioro neurológico actual pero con MDD importante

Lesiones torácicas

Todas las lesiones torácicas son potencialmente graves por compromiso de ventilación/circulación.

9.1 Fracturas costales

• RECONOCER

- Dolor localizado que aumenta con respiración profunda o tos
- Crepitación ósea a la palpación · respiración superficial voluntaria

▶ ACTUAR

1. Analgesia. Posición semisentada.
2. NO vendar tórax (restringe ventilación). Permitir respiración profunda si tolera.
3. Enseñar a respirar profundo cada 15-20 min para prevenir neumonía.

9.2 Tórax inestable (volet)

• RECONOCER

- ≥ 2 costillas fracturadas en ≥ 2 lugares
- Movimiento paradójico: el segmento se hunde en inspiración y abomba en espiración
- Dolor intenso, dificultad respiratoria progresiva

▶ ACTUAR

1. Encintar el hemitórax lesionado hacia el lado sano (estabilización).
2. Oxígeno si disponible. Semisentada sobre el lado lesionado.
3. Monitorizar SpO₂ y FR. Deterioro = evacuación inmediata.

9.3 Neumotórax abierto / herida soplante

● RECONOCER

- Herida penetrante en tórax con burbujeo o silbido al respirar
- Disnea progresiva, cianosis, posible shock

▶ ACTUAR · apósito de 3 lados

1. Cubrir con plástico impermeable (bolsa, envoltorio) sellado en 3 lados.
2. Dejar un lado libre: actúa como válvula unidireccional (sale aire, no entra).
3. Monitorizar: si empeora la disnea, retirar brevemente para despresurizar.

9.4 Neumotórax a tensión

● RECONOCER · emergencia extrema

- Disnea severa progresiva · ingurgitación yugular
- Desviación traqueal al lado opuesto · asimetría torácica
- Hipotensión, cianosis, shock

▶ ACTUAR

1. Si hay apósito oclusivo, retirarlo inmediatamente para despresurizar.
2. Posición semisentada. Evacuación crítica. Descompresión con aguja solo por personal entrenado.

▲ EVACUAR

- Crítico · toda lesión torácica penetrante · tórax inestable · neumotórax cualquiera
- Grave · fractura costal única sin dificultad respiratoria

Lesiones abdominales y pélvicas

● RECONOCER · trauma abdominal

- Dolor, distensión, rigidez (vientre en tabla) · hematomas en pared abdominal
- Evisceración: asas intestinales exteriorizadas
- Signos de shock sin hemorragia externa visible → sospechar hemorragia interna

▶ ACTUAR · abdominal

1. Víctima en decúbito supino con rodillas flexionadas (relaja pared abdominal).
2. Evisceración: cubrir con apósito estéril húmedo con suero fisiológico. NO reintroducir.
3. Objeto clavado: inmovilizar, NO retirar. Apósitos abultados alrededor.
4. Nada por boca. Abrigar. Controlar signos de shock.

● RECONOCER · lesión pélvica

- MDD compatible (caída de altura, aplastamiento, accidente vehicular)
- Dolor e inestabilidad a la compresión suave
- Incapacidad para mover caderas · hematoma perineal, escrotal o en flancos

▶ ACTUAR · pelvis

1. Sospechar y descartar lesión de columna concomitante.
2. Cerrar pelvis con faja pélvica comercial o sábana enrollada a nivel de trocánteres.
3. Mantener cerrada durante todo el traslado.
4. Tratar shock preventivamente (pérdida oculta puede ser de 2-4 L).

✘ NO HACER

- Palpar agresivamente el abdomen · reintroducir vísceras
- Dar líquidos o alimentos · mover la pelvis inestable repetidamente

▲ EVACUAR

- Crítico · todo trauma abdominal penetrante · evisceración · pelvis inestable · shock
- Grave · dolor abdominal persistente sin signos peritoneales · pelvis con dolor estable

Lesiones en la cara

Considerar siempre compromiso de vía aérea y factor estético.

11.1 Ojos

▶ ACTUAR · cuerpo extraño en ojo

1. Hacer parpadear varias veces. Colocar párpado superior sobre inferior.
2. Evertir párpado superior con hisopo. Remover con apósito húmedo.
3. Si no sale: enjuagar con agua tibia a baja presión.
4. Si falla todo: cerrar ambos ojos y evacuar.

▶ ACTUAR · objeto clavado en ojo

1. NO remover. Estabilizar con apósitos abultados alrededor.
2. Proteger con vaso descartable, fijar con cinta. Tapar AMBOS ojos (sincronía ocular).
3. Víctima en decúbito supino, ojos cerrados. Evacuación crítica.

▶ ACTUAR · golpe ocular (trauma contuso)

1. Compresa fría 15 min (NO directo sobre globo, NO presionar).
2. Evacuar si: dolor persistente, visión doble, disminución de visión, sangre en cámara anterior.

11.2 Nariz, oído, boca

▶ ACTUAR · epistaxis (hemorragia nasal)

1. Sentada, cabeza ligeramente inclinada hacia adelante.
2. Pinzar fosas nasales (parte blanda, no el hueso) durante 15 min continuos.
3. Hielo en puente nasal. No tragar sangre: escupir.
4. Si persiste > 30 min o MDD sospecha fractura de base de cráneo → evacuar.

▶ ACTUAR · fractura nasal

1. No intentar reducir. Frío local. Analgesia.
2. Controlar vía aérea: boca abierta si nariz obstruida.

▶ ACTUAR · oído

1. Cuerpo extraño: NO introducir instrumentos. Intentar con gravedad ladeando cabeza.
2. Sangrado o LCR por oído: NO taponar. Cubrir externamente con gasa suelta.
3. Perforación timpánica: gasa suelta externa. Evitar agua.

▶ ACTUAR · boca y dientes

1. Fractura/luxación mandibular: inmovilizar con vendaje cabeza-mentón. Gasa entre dientes.
2. Diente avulsionado: lavar con agua sin frotar raíz. Reinsertar si posible, o en leche/suero.
3. Sangrado intraoral: morder gasa. PLS si disminuye conciencia (riesgo aspiración).

▲ EVACUAR

- Crítico · compromiso de vía aérea · objeto clavado ocular · fractura de base de cráneo
- Grave · cambios de visión · fractura facial · avulsión dentaria
- Leve · cuerpo extraño removido · epistaxis resuelta

Lesiones óseas, articulares y musculares

MSC distal (movilidad-sensibilidad-circulación) antes y después de cada maniobra.

12.1 Fracturas

● RECONOCER

- Deformidad, angulación anormal · acortamiento · rotación
- Dolor intenso, crepitación · inflamación · hematoma
- Impotencia funcional · exposición de hueso (expuesta)
- MSC distal disminuido o ausente → urgencia

▶ ACTUAR · fractura cerrada

1. Evaluar MSC distal ANTES de inmovilizar.
2. Inmovilizar en posición encontrada si no hay compromiso vascular.
3. Si compromiso distal o traslado largo: alinear con tracción suave a posición neutra.
4. Férula que inmovilice una articulación proximal y una distal a la fractura.
5. Reevaluar MSC distal cada 15 min. Frío, elevación, analgesia.

▶ ACTUAR · fractura expuesta

1. Controlar hemorragia con presión alrededor (no sobre el hueso).
2. Cubrir extremo óseo con apósito estéril húmedo.
3. Inmovilizar. Antibiótico si disponible según protocolo.
4. No reintroducir hueso. Si retrae espontáneamente al alinear, anotar la hora.

✗ NO HACER

- Movilizar sin MSC distal previo
- Reducir fracturas articulares en campo (solo alineamiento si compromiso distal)

12.2 Luxaciones

• RECONOCER

- Deformidad articular marcada · pérdida de contornos normales
- Dolor intenso · bloqueo al movimiento · impotencia funcional total

▶ ACTUAR · principio general

1. Inmovilizar en posición encontrada si MSC distal preservado.
2. Si MSC distal comprometido o traslado largo: reducir solo si está entrenado.
3. Aplicar CAFE. Cabestrillo o férula según articulación.

▶ ACTUAR · luxación de hombro (anterior, más común)

1. Víctima relajada en decúbito supino o sentada.
2. Método de tracción lenta: brazo en 45° de abducción, tracción longitudinal sostenida 5-10 min.
3. Método Stimson: prono sobre camilla, brazo colgando con peso 2-5 kg durante 15-20 min.
4. Confirmar reducción: contorno normal, cese del dolor agudo, movilidad parcial.
5. Inmovilizar con cabestrillo-vendaje al tórax 2-3 semanas.

▶ ACTUAR · luxación de dedo

1. Tracción longitudinal suave del dedo en eje.
2. Presión suave sobre la base de la falange luxada para reinsertar.
3. Inmovilizar con dedo vecino (sindactilia) durante 1-2 semanas.

▶ ACTUAR · luxación de rótula

1. Víctima sentada. Extender suavemente la rodilla mientras se empuja rótula medialmente.
2. Inmovilizar con férula en extensión tras reducción.

12.3 Esguinces y distensiones

● RECONOCER · esguince (ligamento)

- Grado I · dolor leve, sin inestabilidad. Carga tolerable.
- Grado II · dolor moderado, inflamación, inestabilidad leve.
- Grado III · ruptura completa. Dolor intenso inicial que luego cede. Inestabilidad franca.

● RECONOCER · distensión muscular

- Dolor a la contracción activa y estiramiento pasivo
- Equimosis tardía · posible defecto palpable en ruptura completa

▶ ACTUAR

1. Aplicar CAFE: Compresión, Analgesia, Frío, Elevación.
2. Esguince grado I-II tobillo: vendaje funcional, apoyo parcial progresivo.
3. Grado III o gran inestabilidad: inmovilización rígida, sin carga.
4. Muletas o cayado improvisado para descarga en extremidad inferior.

12.4 Síndrome compartimental

⚠ RECONOCER · 6 P

- Pain (dolor desproporcionado) · Palidez · Parestesias
- Parálisis · Pulso ausente · Presión (tensión del compartimento)

▶ ACTUAR

1. Retirar vendajes o férulas ajustadas inmediatamente.
2. Elevar al nivel del corazón (NO por encima: reduce perfusión).
3. Evacuación crítica. Fasciotomía es quirúrgica.

▲ EVACUAR

- Crítico · fractura expuesta · fractura de fémur o pelvis · síndrome compartimental · MSC distal ausente
- Grave · fracturas de huesos largos · luxaciones · esguinces grado III
- Leve · esguinces I-II · distensiones · contusiones

Apósitos y vendas

13.1 Apósitos

- Estéril + no adherente sobre la herida. Gasa absorbente encima. Venda de fijación.
- Si traspasa sangre: NO retirar. Agregar apósitos encima y reforzar presión.
- Hemostático: activar con presión directa mínimo 3 min. Retirar solo en CAD.

13.2 Tipos de vendaje

- Circular · vueltas superpuestas. Fijación de apósitos en zonas cilíndricas.
- Espiral · avance oblicuo. Miembros de grosor uniforme.
- Espiga (invertida) · miembros que aumentan de grosor (antebrazo, pierna).
- Recurrente · cabeza, muñón (amputación).
- Triangular · cabestrillo, inmovilización de hombro.
- En 8 · articulaciones (tobillo, muñeca, rodilla).

13.3 Reglas de oro



ACTUAR

1. Siempre de distal a proximal (flujo venoso).
2. Cada vuelta cubre 2/3 de la anterior.
3. Verificar MSC distal antes, durante y después.
4. Tensión uniforme: ni flojo (no sostiene) ni apretado (isquemia).
5. Terminar con tira, nudo o imperdible alejado de zona lesionada.



SIGNOS DE VENDAJE DEMASIADO APRETADO

- Dolor creciente, hormigueos, palidez distal
- Cianosis, piel fría, relleno capilar > 3 s
- → Aflojar inmediatamente sin retirar del todo

Desmayos e hiponatremia

14.1 Desmayo (síncope)

● RECONOCER

- Pérdida breve de conciencia con recuperación espontánea
- Palidez, sudoración, debilidad, mareo previos
- Causas comunes: vagal, ortostático, deshidratación, hipoglucemia

▶ ACTUAR

1. Posición supina con piernas elevadas 20-30 cm si no hay trauma.
2. Aflojar ropa ajustada. Ambiente ventilado.
3. Al recuperarse: hidratar, incorporar lentamente.
4. Si no recupera en 1-2 min → evaluar como alteración de conciencia, aplicar HABCDE.

14.2 Hiponatremia (sodio bajo)

● RECONOCER

- Contexto: ejercicio prolongado + mucha hidratación sin sal
- Alteración de AVDN (aletargamiento, desorientación)
- Náuseas, cefalea, temblores, convulsiones
- Orina transparente · temperatura normal (diferencia con deshidratación)

▶ ACTUAR

1. RESTRINGIR ingesta de agua.
2. Administrar comida salada (galletas saladas, sopas, frutos secos).
3. Observar 30-60 min. Si responde y mejora AVDN → continuar manejo.

✘ NO HACER

- Darle más agua (empeora el cuadro)

▲ EVACUAR

- Grave · síncope repetido, no responde al tratamiento, convulsiones
- Crítico · alteración persistente de conciencia, convulsiones repetidas


Shock

Estado de perfusión insuficiente de los tejidos. Transitorio pero mortal.

15.1 Reconocimiento general

• **RECONOCER · signos precoces**

- Pulso acelerado y débil · respiración rápida y superficial
- Piel fría, pálida, húmeda · labios/mucosas cianóticas
- Ansiedad, debilidad, confusión · sed intensa · náuseas
- Disminución de la producción de orina · pupilas de respuesta lenta
- Alteración progresiva del AVDN

 **Caída de presión arterial = shock ya descompensado**

15.2 Tipos de shock

Hipovolémico	Pérdida de sangre (hemorragia) o líquidos (quemaduras, deshidratación). El más frecuente en trauma.
Cardiogénico	Falla de bomba cardíaca. IAM, arritmias.
Distributivo	Vasodilatación sistémica. Incluye séptico, anafiláctico, neurogénico.
Neurogénico	Lesión medular. Hipotensión + bradicardia + piel caliente/seca.
Anafiláctico	Reacción alérgica grave. Ver cap 20.

15.3 Estadios

● RECONOCER · shock compensado

- Pulso débil y acelerado · piel fría y pegajosa · palidez
- Agitación, ansiedad, confusión · respiración rápida
- Presión arterial AÚN normal (mecanismos compensatorios activos)

● RECONOCER · shock descompensado

- Respiración irregular y trabajosa · piel moteada o cianótica
- Obnubilación, estupor o inconsciencia · pulso periférico ausente
- Pupilas dilatadas · oliguria · CAÍDA DE PRESIÓN ARTERIAL

15.4 Actuación general

▶ ACTUAR

1. Mantener vía aérea permeable. Oxígeno si disponible y entrenado.
2. Controlar hemorragia externa (presión directa → torniquete).
3. Posición supina con piernas elevadas 20-30 cm (si no trauma espinal).
4. Abrigar y aislar del suelo. La hipotermia agrava el shock.
5. NADA por boca. Reevaluar signos vitales cada 5 min.
6. Evacuación inmediata. Tratamiento definitivo es hospitalario.

● HEMORRAGIA INTERNA POR FRACTURA (ml)

Costilla	~ 125
Radio / cúbito	250 – 500
Húmero	500 – 750
Tibia / peroné	500 – 1000
Fémur	1000 – 2000
Pelvis	1000 – > 2000

▲ EVACUAR · SIEMPRE CRÍTICO

Problemas respiratorios

Ante disnea: primero descartar trauma torácico. Distinguir leve de grave.

● RECONOCER · respiratorio LEVE

- Dolor torácico sin trauma · dolor al toser o respirar profundo
- Fiebre y mialgias (sugiere infección)
- Tos con esputo verdoso/amarillento · dolor de garganta · congestión
- Cefalea periorbitaria o frontal (sinusitis)

● RECONOCER · respiratorio GRAVE

- Disnea que no cede con reposo · cianosis de piel y labios
- Dificultad para inspirar o espirar
- Sibilancias, ronquidos, crepitaciones, quejidos
- Esputo sanguinolento · antecedente de enfermedad pulmonar o cardíaca
- Debilidad marcada + disnea progresiva

▶ ACTUAR · leve

1. Posición cómoda (semisentada si mejora).
2. Hidratación. Vapores de agua tibia (tetera, olla).
3. Descongestivos de vía respiratoria alta.

▶ ACTUAR · grave

1. Mantener abrigada y en posición cómoda (habitualmente semisentada).
2. Asistir con su propia medicación (inhalador, oxígeno).
3. Asma: salbutamol 2 puffs con aerocámara, repetir cada 20 min × 3.
4. Analgesia si dolor intenso. Reevaluar FR y SpO₂ cada 10 min.

▲ EVACUAR

- Crítico · cianosis persistente, disnea severa, alteración de conciencia
- Grave · disnea que no cede, sospecha de neumonía, asma que no responde
- Leve · resfriado, sinusitis no complicada, tos sin disnea

Problemas gastrointestinales

Difícil diagnóstico. Deshidratación es el riesgo principal.

● **RECONOCER** · abdomen crítico

- Dolor abdominal constante > 6 h
- Abdomen rígido o tabla · hematomas en pared abdominal
- Dolor en cuadrante inferior derecho (sospecha apendicitis)
- Vómito con sangre o material en 'borra de café' · heces con sangre
- Fiebre alta · signos de shock · embarazada con dolor abdominal

▶ **ACTUAR** · náuseas/vómitos

1. Hidratación a sorbos pequeños (agua, bebida deportiva). NO café, alcohol, gaseosa.
2. Al tolerar líquidos: sopas, arroz, pastas. Evitar carnes y lácteos.
3. Reposo. Preparar elementos de higiene.

▶ **ACTUAR** · diarrea

1. Revisar fuente de agua (purificar). Higiene de alimentos.
2. Hidratación agresiva: sales de rehidratación oral si disponibles.
3. Dieta progresiva: líquidos → sopas/arroz/pastas. Evitar lácteos.

✗ **NO HACER**

- Administrar analgésicos potentes (enmascaran apendicitis/peritonitis)
- Dar alimentos sólidos antes de tolerar líquidos

▲ **EVACUAR**

- Crítico · abdomen rígido · sangre en vómito/heces · shock · embarazo con dolor
- Grave · vómitos > 48 h · diarrea > 24 h sin mejoría · fiebre alta · dolor > 6 h
- Leve · cuadros autolimitados con hidratación tolerada

Genitourinario y obstétrico

● RECONOCER · genitourinario

- Vaginitis/vulvitis: prurito, ardor, secreción, disuria
- ITU: disuria, polaquiuria, orina turbia. Pielonefritis si + fiebre y dolor lumbar
- Cálculo renal: dolor cólico en flanco, víctima inquieta, hematuria, náuseas
- Dolor testicular: torsión si dolor súbito intenso con testículo elevado (urgencia)

▶ ACTUAR · general

1. Vaginitis: ropa interior de algodón, irrigar con agua potable, antimicótico si disponible.
2. ITU: hidratación abundante, analgesia, antibiótico según protocolo.
3. Cálculo: hidratación agresiva, ibuprofeno, calor local en flanco.
4. Dolor testicular con sospecha de torsión: evacuación crítica, < 6 h para preservar testículo.

● RECONOCER · obstétrico

- Parto en curso: contracciones regulares < 5 min, ruptura de membranas, coronación
- Preeclampsia: > 20 sem + HTA + cefalea/visión borrosa/edema. Eclampsia = + convulsiones
- Aborto/ectópico: sangrado vaginal + dolor pélvico. Ectópico: dolor unilateral + shock

▶ ACTUAR · parto inminente

1. Semisentada, piernas flexionadas, paños limpios. Sostener cabeza del bebé al coronar.
2. Liberar vía aérea del bebé (limpiar boca/nariz). Secar, abrigar, piel con piel.
3. Cordón: pinzar 15 y 20 cm del bebé si debe cortarse. Guardar placenta para revisión.

✘ NO HACER

- Tacto vaginal · introducir nada en vagina · hacer presión para impedir salida

▲ EVACUAR

- Crítico · parto en curso · preeclampsia con síntomas · ectópico · torsión testicular · aborto con sangrado profuso
- Grave · ITU con fiebre · cálculo renal · sangrado vaginal anómalo

Emergencias diabéticas

⚠ ANTE LA DUDA → tratar como HIPOGLUCEMIA

● **RECONOCER · HIPOGLUCEMIA (súbita, minutos)**

- Piel HÚMEDA y pálida · sudoración · temblor · taquicardia
- Mareo, cefalea, hambre súbita, debilidad · comportamiento alterado
- Confusión → convulsiones → coma si no se trata

● **RECONOCER · HIPERGLUCEMIA (gradual, horas)**

- Piel CALIENTE, roja y SECA
- Aliento frutal (cetonas) · sed intensa · orina abundante
- Vómitos, dolor abdominal · disminución progresiva de conciencia

▶ **ACTUAR · hipoglucemia, víctima CONSCIENTE**

1. Acostar. Administrar 15 g de glucosa: 3 tabletas, o 5 caramelos, o ½ vaso bebida azucarada, o 1 cucharada miel/mermelada.
2. Esperar 15 min. Si no mejora: repetir dosis.
3. Al mejorar: dar comida con hidratos complejos (pan, galletas).

▶ **ACTUAR · hipoglucemia, víctima INCONSCIENTE**

1. PLS. Glucagón IM si disponible y con prescripción.
2. Azúcar (miel, gel de glucosa) entre mejilla y encía, nunca en garganta.
3. Evacuación inmediata.

▶ **ACTUAR · hiperglucemia**

1. Pequeños sorbos de agua si consciente.
2. NO administrar insulina salvo que la víctima pueda auto-administrársela.
3. Evacuar.

▲ **EVACUAR**

- Crítico · hipoglucemia sin respuesta · hiperglucemia · diabético inconsciente
- Grave · hipoglucemia recurrente
- Leve · hipoglucemia que mejora con glucosa y no recurre

Reacciones alérgicas y anafilaxia

● RECONOCER · reacción LEVE

- Prurito, urticaria localizada, enrojecimiento
- Estornudos, tos, congestión · ojos irritados

● RECONOCER · ANAFILAXIA (emergencia)

- Aparición minutos post-exposición (o hasta 1 h si ingestión)
- Urticaria generalizada, especialmente axilas e ingles · gusto metálico
- Inflamación de cara, lengua, boca, cuello → riesgo vía aérea
- Disnea, sibilancias, estridor
- Hipotensión, pulso rápido, mareo, náuseas, vómitos
- Puede progresar a paro cardíaco en minutos

▶ ACTUAR · LEVE

1. Retirar alérgeno si es posible (remover aguijón raspando, no con pinza).
2. Antihistamínico oral (difenhidramina, loratadina).
3. Compresas frías en zona afectada. Hidratación.

▶ ACTUAR · ANAFILAXIA

1. ADRENALINA IM 0.3 mg (adulto) o 0.15 mg (pediátrico) en cara antero-lateral del muslo. Repetir cada 5-15 min si no mejora.
2. Si disponible: auto-inyector (EpiPen) que traiga la víctima.
3. Posición supina con piernas elevadas. Si disnea severa, semisentada.
4. Oxígeno si disponible. Antihistamínico y corticoide oral como complemento.
5. Preparado para RCP. Monitorizar vía aérea continuamente.
6. EVACUACIÓN INMEDIATA incluso si mejora (reacción bifásica posible 4-12 h después).

✗ NO HACER

- Esperar a ver si mejora antes de dar adrenalina en anafilaxia
- Dar antihistamínicos como único tratamiento en anafilaxia
- Exprimir aguijón (libera más veneno)

▲ **EVACUAR · SIEMPRE CRÍTICO EN ANAFILAXIA, incluso si respondió a adrenalina. Grave si reacción sistémica sin compromiso. Leve si urticaria localizada que cede.**

Problemas neurológicos

21.1 Convulsiones

● RECONOCER

- Caída súbita, pérdida de conciencia, grito o llanto inicial
- Rigidez corporal, arqueado de espalda → movimientos espasmódicos
- Mirada perdida, ojos hacia arriba · dientes apretados, espuma bucal
- Posible cianosis · incontinencia urinaria o fecal

● CAUSAS COMUNES

- Epilepsia (conocida) · hipoglucemia · deshidratación
- TEC · fiebre alta · intoxicación · envenenamiento · edema cerebral

▶ ACTUAR · durante la crisis

1. Proteger la cabeza: algo blando debajo. Alejar objetos peligrosos.
2. Aflojar ropa ajustada en cuello y cintura.
3. Cronometrar duración.
4. NO introducir nada en la boca. NO sujetar a la víctima.

▶ ACTUAR · post-crisis

1. PLS en cuanto terminen los movimientos (fase de sueño profundo).
2. Verificar respiración y vía aérea.
3. Si vomita, asegurar PLS correcta.
4. Reorientación progresiva. Registrar duración y fenómenos observados.

✗ NO HACER

- Meter dedos u objetos en la boca · sujetar las extremidades
- Dar agua/medicación hasta recuperación completa de conciencia

▲ EVACUAR

- Crítico · convulsión > 5 min · convulsiones repetidas · dificultad respiratoria post-crisis
- Grave · primera convulsión · embarazada · diabética · con lesión asociada
- Conocida (epiléptica) con crisis habitual autolimitada → diferida

Emergencias cardiovasculares

22.1 Infarto agudo de miocardio (IAM)

● RECONOCER · típico

- Presión, opresión o dolor en el pecho > unos minutos (o intermitente)
- Irradiación a hombros, cuello, mandíbula, brazos (más al izquierdo)
- Mareos, sudoración fría, náuseas, disnea

⚠ ATÍPICO · mujer, diabético, adulto mayor

- Fatiga extrema, dolor abdominal, falta de aire sin dolor torácico

▶ ACTUAR

1. Reposo absoluto. Posición semisentada.
2. Aflojar ropa. Ambiente tranquilo.
3. Aspirina 300 mg masticada (si sin alergia, sin sangrado activo, sin úlcera).
4. Si víctima tiene nitroglicerina, ayudarla a usarla.
5. Preparado para RCP. Evacuación inmediata.

22.2 Accidente cerebrovascular (ACV)

● RECONOCER · test FAST / 'Cincinnati'

- F · Face: pedir sonreír → asimetría facial, caída de un lado
- A · Arm: brazos extendidos 10 s → uno cae o no se mueve
- S · Speech: repetir frase → habla arrastrada, confusa o imposible
- T · Time: 1 sola anomalía = 72 % probabilidad ACV → evacuación urgente
- Otros: cefalea súbita intensa, visión borrosa, pérdida de equilibrio


▶ ACTUAR

1. Evacuación inmediata con mínima actividad. Registrar HORA DE INICIO (crítico para tratamiento).
2. Consciente: decúbito supino, cabeza y hombros ligeramente elevados. Si vomita: PLS.
3. NADA por boca. Sin medicación.

▲ EVACUAR · SIEMPRE CRÍTICO · IAM y ACV

Mordeduras y picaduras

23.1 Mordeduras humanas y animales

 **ACTUAR** · mordedura que rompió la piel

1. Controlar hemorragia (presión directa, torniquete si profusa).
2. Lavar por dentro y por fuera con agua potable y jabón neutro.
3. Ungüento antibiótico. Cubrir con apósito estéril. Reportar a zoonosis.
4. Considerar SIEMPRE herida de alto riesgo de infección.

 **SOSPECHA DE RABIA**

- Zona no erradicada · animal no provocado (perro, gato, mapache, zorro)
- Mordedura de murciélago · lamido de herida abierta · carnívoros grandes
- Vacuna/suero antirrábico efectivos solo si aplicados rápidamente

23.2 Serpientes

● **RECONOCER** · víbora de cascabel / similar

- 2 perforaciones pequeñas, dolor y ardor súbito
- Hinchazón progresiva, cambio de color, ampollas hemorrágicas
- Envenenamiento: náuseas, vómitos, sudoración, debilidad, shock

● **RECONOCER** · coral

- Síntomas neurológicos tardíos (horas): disfagia, visión doble, disnea, debilidad
- La ausencia inmediata de síntomas no descarta envenenamiento

 **ACTUAR**

1. Alejar a la víctima de la serpiente. NO atraparla. Fotografiar a distancia si es posible.
2. Mantener tranquila, inmovilizar el miembro afectado, retirar anillos/alhajas.
3. Lavar suavemente con agua y jabón. Apósito estéril.
4. Miembro a altura del corazón o debajo. NO elevar.
5. Coral: vendar toda la extremidad con vendas elásticas como si fuera fractura.
6. Evacuación inmediata. Antídoto solo en CAD.

 **NO HACER** · succionar herida, incisión, frío, alcohol, torniquete

23.3 Animales marinos

▶ ACTUAR · medusa / fragata / anémona

1. Lavar con agua de MAR. NO usar agua dulce (libera más toxinas).
2. Retirar tentáculos con pinzas o manos enguantadas.
3. Sumergir zona en agua caliente no hirviendo 20-30 min.
4. Lidocaína tópica, hidrocortisona crema.

✗ NO HACER

- Orina, ablandador de carne, alcohol, vendas de presión
- Vinagre (controvertido, puede empeorar según especie)

▶ ACTUAR · erizo, estrella, pez espina

1. Sumergir en agua caliente 30-90 min (el calor inactiva toxinas).
2. Remover espinas visibles con pinza.
3. Espinas profundas: NO intentar extraer. Inmovilizar, evacuar.

23.4 Artrópodos

● RECONOCER · picaduras

- Dolor local, calambres, sensación quemante
- Ronchas, ampollas, líneas en la piel
- Reacción sistémica: sospechar anafilaxia → ver cap 20

▶ ACTUAR · abeja, avispa, hormiga

1. Remover aguijón raspando con tarjeta (NO pinza: libera más veneno).
2. Lavar con agua y jabón. Compresa fría 15-20 min.
3. Antihistamínico oral. Hidrocortisona crema.
4. Monitorizar reacción sistémica 30-60 min. Adrenalina IM si anafilaxia.

▶ ACTUAR · garrapata

1. Retirar con pinza tomando lo más cerca posible de la piel.
2. Tracción firme y recta, sin girar. No aplastar cuerpo.
3. Lavar zona. Observar 3-4 semanas por eritema migratorio (Lyme).

▶ ACTUAR · escorpión, araña peligrosa

1. Inmovilizar, aplicar frío local, analgesia.
2. Evacuar: niños y ancianos o signos sistémicos.

▲ **EVACUAR · Crítico anafilaxia/envenenamiento sistémico/mordedura serpiente con síntomas. Grave toda mordedura que rompió piel, escorpión en niño o anciano, sospecha de rabia.**

Intoxicaciones y envenenamientos

● RECONOCER · monóxido de carbono (CO)

- Varios afectados en mismo espacio cerrado
- Cefalea, náuseas, mareo progresivo · piel rojiza cereza (tardío)
- Confusión → convulsiones → inconsciencia

▶ ACTUAR · CO

1. NO entrar al espacio cerrado sin saber la causa. Ventilar antes.
2. Sacar víctima al aire libre. Oxígeno si disponible.
3. PLS si no responde pero respira. RCP si paro.
4. Evacuación siempre (puede haber secuelas tardías 1-40 días).

● RECONOCER · ingesta de sustancia tóxica

- Dolor/cólico abdominal, náuseas, vómitos, diarrea
- Quemaduras, manchas o hedor alrededor/dentro de boca
- Somnolencia, falta de respuesta · recipientes o plantas sospechosas cerca

▶ ACTUAR · ingesta

1. Identificar la sustancia, hora y cantidad. Guardar muestra si posible.
2. Llamar centro de toxicología si hay comunicación. Seguir sus indicaciones.
3. PLS sobre LADO IZQUIERDO (retrasa absorción intestinal).
4. NO inducir vómito, NO dar alimentos salvo indicación médica.
5. Evacuación crítica.

● RECONOCER · dermatitis por plantas

- Enrojecimiento, picazón, ampollas, inflamación
- Aparición 6-72 h post-contacto, puede durar varios días

▶ ACTUAR · dermatitis

1. Lavar con abundante agua fría (no frotar).
2. Calamina o hidrocortisona tópica 3 ×/día.
3. Evacuar si erupción generalizada o compromete cara/ojos/genitales.

▲ **EVACUAR · Crítico toda intoxicación sistémica (CO, ingesta con síntomas). Grave dermatitis extensa, CO leve (cefalea o náuseas sin inconsciencia).**

Regulación térmica

25.1 Hipertermia · exposición al calor

● RECONOCER · calambres por calor (LEVE)

- Espasmos musculares dolorosos durante/tras ejercicio en calor
- Víctima consciente, signos vitales normales

▶ ACTUAR · calambres

1. Retirar del calor. Descanso. Elongación suave.
2. Líquidos orales, preferentemente bebida deportiva.
3. Masaje suave en dirección al corazón.

● RECONOCER · agotamiento por calor (GRAVE)

- Piel pálida, FRÍA y SUDOROSA · cefalea, náuseas, mareo
- Temperatura < 40 °C · AVDN alerta pero debilitada
- Sed intensa, debilidad, taquicardia

▶ ACTUAR · agotamiento

1. Retirar a zona fresca y sombreada. Quitar ropa en exceso.
2. Enfriar: ventilar, humedecer piel, compresas frías en cuello/axilas/ingles.
3. Hidratar con líquidos con electrolitos oralmente.
4. Posición supina con piernas elevadas.

⚠ GOLPE DE CALOR · CRÍTICO

- Piel CALIENTE, ROJA, SECA (o húmeda si es por ejercicio)
- Temperatura > 40 °C · ALTERACIÓN AVDN (confusión, delirio, convulsiones, coma)
- Taquicardia, hiperventilación, posible hipotensión

▶ ACTUAR · golpe de calor

1. Enfriamiento agresivo inmediato: inmersión en agua fría si posible.
2. Si no: mojar continuamente + abanicar + hielo en axilas, ingles, cuello.
3. Evacuación crítica urgente. Monitorizar vía aérea y convulsiones.
4. Detener enfriamiento al llegar a 38.5 °C para evitar hipotermia de rebote.

25.2 Hipotermia

- **RECONOCER · LEVE (35 - 37 °C)**

- Temblores intensos (el cuerpo aún compensa)
- AVDN normal, víctima coopera y habla
- Piel fría, puede estar pálida

- **RECONOCER · MODERADA (32 - 35 °C)**

- Letargia, confusión, desorientación, cambios de personalidad
- Escalofríos aún presentes · piel fría, pálida, azul grisácea
- Disminución AVDN (V-D en la escala)

- ⚠ **RECONOCER · GRAVE (< 32 °C)**

- AUSENCIA de temblores (deja de compensar)
- Músculos rígidos, falta de coordinación, conducta apática
- Inconsciencia (AVDN = N) · pupilas dilatadas
- Pulso débil, lento, irregular · respiración lenta, imperceptible

- **HIPOTERMIA PROFUNDA (< 28 °C)**

- Pupilas fijas, extremidades rígidas, piel helada
- Puede parecer muerto. NO declarar hasta recalentamiento.

- ▶ **ACTUAR · LEVE / MODERADA**

1. Sacar del frío/viento. Refugio. Retirar ropa mojada.
2. Líquidos tibios y azucarados (NO alcohol, NO café).
3. Moderada: ejercicio físico activo si coopera, para generar calor.
4. Empaque de hipotermia (4 capas) con fuentes de calor externas sin contacto directo.

25.3 Hipotermia grave y recalentamiento

ACTUAR · hipotermia GRAVE

1. Mover SUAVEMENTE (movimientos bruscos pueden desencadenar fibrilación ventricular).
2. Empaque de hipotermia. Concentrar calor en TÓRAX (no extremidades).
3. Cubrir cabeza. Posición horizontal.
4. Evaluación de signos vitales durante 1 minuto completo (latidos pueden ser mínimos).
5. Si no detecta respiración tras 1 min → iniciar RCP.
6. RCP puede prolongarse hasta 90 min o hasta llegada de SEM/AE.
7. Evacuación crítica. No cambiar plan aunque aparente mejora.

NO HACER

- Frotar extremidades · bañera caliente · objetos calientes directos sobre piel
- Declarar muerte antes de recalentar. Solo signo seguro de muerte: no revive con recalentamiento

● EMPAQUE DE HIPOTERMIA · 4 capas

- 1 · Radiación: manta metalizada
- 2 · Vapor: bolsa impermeable o tela de carpa
- 3 · Conducción: saco de dormir + aislante del suelo
- 4 · Convección: cobertor del viento/lluvia (carpa, material impermeable)

25.4 Congelamientos

● RECONOCER · por gravedad

- Superficial · piel blanda, roja o pálida, hormigueo, sensibilidad alterada
- Parcial · piel amarillenta o grisácea, textura blanda, dolor, sensibilidad limitada
- Total · piel dura, blanca/cerosa, SIN sensibilidad

ACTUAR

1. Sacar del frío. Retirar ropa y alhajas de la zona.
2. Superficial: movilizar miembro, hidratar, abrigar, recalentamiento pasivo.
3. Parcial/total: recalentamiento con agua templada 37-39 °C por 20-40 min.
4. NO recalentar si hay riesgo de re-congelación durante traslado.
5. No romper ampollas. Apósito estéril entre dedos. Analgesia.

 **NO HACER** · frotar la zona, usar calor directo seco (fuego, estufa), permitir caminar sobre pies congelados (salvo no haya alternativa)

Patologías de la altitud

Regla de oro: si dudas, desciende. Descenso = tratamiento definitivo.

26.1 Mal agudo de montaña (MAM)

● RECONOCER · MAM LEVE

- Cefalea generalizada (empieza habitualmente de noche)
- Cansancio, falta de apetito, náuseas
- Sueño poco reparador, respiración irregular
- Cara inflamada, bolsas bajo los ojos

▶ ACTUAR · MAM leve

1. DETENER el ascenso. Reposo en altitud actual.
2. Hidratación. Aspirina o paracetamol.
3. Acetazolamida (si prescrita) 125-250 mg c/12 h para aclimatación.
4. Si empeora: DESCENDER.

● RECONOCER · MAM MODERADO

- Cansancio en REPOSO · cefalea que no cede con analgésico
- Pérdida de apetito, náuseas, vómitos, tos seca
- Disnea con ejercicio leve · fatiga generalizada

▶ ACTUAR · MAM moderado

1. Esperar 12-24 h en altitud actual.
2. Si no mejora: DESCENSO de 300-900 m.
3. Interrumpir ejercicio. Acetazolamida + dexametasona si prescritas.
4. NO DEJAR SOLA a la víctima.

26.2 MAM grave · ECGA y EPGA

RECONOCER · MAM GRAVE (emergencia)

- Disminución del AVDN · cefalea pulsátil intensa
- ATAXIA (prueba: caminar talón-punta en línea)
- Vómitos · disnea EN REPOSO
- Crepitaciones o burbujeo pulmonar · tos con esputo espumoso hemorrágico
- Agotamiento extremo sin reposo reparador · alucinaciones

● ECGA · edema cerebral de gran altitud

- Predomina: alteración AVDN + ataxia + cefalea severa

● EPGA · edema pulmonar de gran altitud

- Predomina: disnea en reposo + crepitaciones + esputo espumoso

ACTUAR · MAM GRAVE

1. DESCENSO INMEDIATO todo lo posible. Crítico: cada hora cuenta.
2. Cámara Gamow (hiperbárica portátil) si disponible.
3. Oxígeno si disponible y entrenado en su uso.
4. Posición erguida o sentada (mejora mecánica respiratoria).
5. Hidratar si puede beber. NO forzar por riesgo de aspiración.
6. Medicación según prescripción y legislación: acetazolamida (general), dexametasona (ECGA), nifedipina (EPGA).

 **NO ESPERAR** a que tenga **TODOS** los síntomas. Evacuar ante **ATAXIA** o **disnea en reposo**.

▲ EVACUAR

- Crítico · todo MAM grave · ECGA · EPGA · cualquier ataxia en altura
- Grave · MAM moderado que no mejora con descenso de 300-900 m
- Leve · MAM leve que mejora con reposo y medicación

Inmersión, sumersión y buceo

▶ ACTUAR · rescate acuático (solo entrenados)

1. Asegurar su propia seguridad ante todo. NO entrar al agua sin entrenamiento.
2. Lanzar objeto flotante. Alcanzar con pértiga desde la orilla.
3. Si hay sospecha de columna: girar en bloque a supina en el agua, ventilar, asegurar tabla, retirar.
4. Al sacarla: evaluar vía aérea. RCP si paro. PLS si respira pero no responde.

● RECONOCER · ahogamiento (casi-ahogamiento)

- Inmersión con pérdida de conciencia o dificultad respiratoria post-rescate
- Riesgo de deterioro respiratorio hasta 24 h después (síndrome post-inmersión)

▶ ACTUAR · oxígeno si disponible, abrigar (riesgo hipotermia), evacuar SIEMPRE aunque parezca recuperada

27.1 Emergencias de buceo

⚠ RECONOCER · AEROEMBOLISMO (ascenso rápido)

- Piel moteada · espuma en boca o nariz
- Dolor severo muscular, articular o abdominal · disnea, dolor torácico
- Inconsciencia · mareo, náuseas · disfasia · visión alterada
- Parálisis, coma · arritmia o paro cardíaco

● RECONOCER · enfermedad por descompresión

- Dolor abdominal o articular (síntoma más común)
- Aparición tardía (varias horas post-ascenso)

▶ ACTUAR

1. Retirar del agua. Mantener calmada.
2. Oxígeno si disponible (mejora pronóstico).
3. PLS si disminuye conciencia.
4. Transporte INMEDIATO a instalación con cámara hiperbárica.

▲ EVACUAR · SIEMPRE CRÍTICO

Lesiones por rayos

● RECONOCER · efectos

- Paro respiratorio (lesión del centro respiratorio) — a menudo el cuadro inicial
- Paro cardíaco · quemaduras extensas en piel/músculos/huesos/órganos
- Lesión directa de nervios: dolor, parálisis, ceguera, sordera, afasia
- Pérdida del equilibrio · contractura muscular
- Amnesia del evento · contusión por caída

▶ ACTUAR

1. Escena segura. La víctima NO queda cargada con electricidad (mito).
2. Si múltiples víctimas: TRIAGE INVERSO — atender primero a los que parecen muertos (pueden responder a RCP, los vivos tienen buen pronóstico).
3. RCP prolongada si paro (excelente pronóstico post-rayo).
4. Inmovilización cervical (pudo haber caído por contractura muscular).
5. Tratar quemaduras, controlar hemorragias.
6. Evacuación crítica.

● PREVENCIÓN

- Evitar: masas de agua, cimas, árboles solitarios, espacios amplios abiertos
- Evitar: estructuras metálicas grandes, teléfonos y electrodomésticos en uso
- Regla 30/30: refugio si < 30 s entre rayo y trueno. Salir 30 min tras último trueno
- Distancia del rayo en metros = segundos (rayo – trueno) × 320

▲ EVACUAR · SIEMPRE CRÍTICO

Lesiones relacionadas con la nieve

29.1 Avalanchas

● CAUSA DE MUERTE

- 80 % asfixia · 10-15 % traumatismo · 5-10 % hipotermia
- Mayor supervivencia si rescate lo hace acompañante (minutos cruciales)

▶ ACTUAR

1. Descubrir rápidamente CABEZA y TÓRAX (prioridad absoluta).
2. Liberar vía aérea. Iniciar RCP si paro.
3. Tratar hipotermia concurrente (muy probable).
4. Evaluar traumatismos. Inmovilizar columna.
5. Oxígeno si disponible y entrenado.

● EQUIPO OBLIGATORIO · terreno avalancha

- Pala · sonda/calador · receptor-transmisor (DVA) · bolsa ABS (si disponible)

29.2 Ceguera de nieve (fotoftalmia)

● RECONOCER

- Aparición 6-12 h post-exposición sin protección
- Sensación de arena en los ojos · movimiento ocular doloroso
- Lagrimeo, fotofobia, inflamación periocular

▶ ACTUAR

1. Cerrar ambos ojos. Compresas frías.
2. Proteger de la luz (vendaje o habitación oscura).
3. Analgesia. Resolución espontánea en 24-72 h.

29.3 Quemadura solar

▶ ACTUAR

1. Compresas frías · aloe vera gel/loción.
2. Si ampollada/extensa → tratar como quemadura de 2.º grado (ver cap 7).

▲ **EVACUAR · Crítico víctima de avalancha recuperada sin respiración o con trauma severo. Grave ceguera de nieve con dolor intenso, quemadura solar extensa con ampollas.**

Trastornos de la conducta

Causas comunes: trauma, hipoxia, hipoglucemia, intoxicación, psiquiátrica preexistente.

30.1 Crisis conductual general

● **RECONOCER** · descartar **PRIMERO** causa orgánica

- Hipoxia (altitud, asfixia) · hipoglucemia · TEC · shock
- Intoxicación / envenenamiento · hipotermia · infección (sepsis)
- Medicación (exceso o abstinencia)


▶ **ACTUAR** · principios

1. Seguridad propia primero. Distancia mínima 2 brazos.
2. Entorno tranquilo, retirar curiosos. Ruido bajo.
3. Hablar calmado, frases cortas, contacto visual.
4. Presentarse por nombre. Pedir permiso antes de tocar.
5. NO dar la espalda ni acorralarla.
6. Descartar causa orgánica: signos vitales, glucemia, AVDN.

30.2 Ataque de pánico

● RECONOCER

- Aparición súbita de miedo o malestar intenso sin peligro real
- Taquicardia, palpitaciones · dolor torácico · sensación de ahogo
- Sudor, temblores, escalofríos · sensación de fatalidad inminente
- Miedo a perder control o morir · hormigueo en extremidades

 **Difícil distinguir de IAM. Si dudas → tratar como IAM.**

ACTUAR

1. Ambiente tranquilo, alejar curiosos.
2. Respiración guiada lenta: 4 s inhalar, 4 s sostener, 6 s exhalar.
3. Acompañar sin minimizar ('Esto pasa, estoy contigo, respiramos juntos').
4. NO discutir los miedos expresados ni decir 'tranquilízate'.

30.3 Víctima agresiva

ACTUAR

1. Seguridad del equipo prioridad absoluta. Retirarse si escala.
2. Contactar policía/autoridades si es necesario.
3. NO tratar solo. Mínimo 2 socorristas.
4. Inmovilización física solo como último recurso, con 4+ personas, sin comprimir tórax.

● IDEACIÓN SUICIDA

- Preguntar directamente no aumenta el riesgo, lo reduce
- Tomar en serio toda mención. No dejar sola a la víctima
- Retirar medios letales disponibles (cuchillos, medicación)

▲ EVACUAR

- Crítico · ideación suicida activa · violencia hacia otros · crisis psicótica aguda
- Grave · ataque de pánico que no cede en 30-60 min · alteración conductual persistente

Bienestar del socorrista

31.1 Estrés agudo en escena

● RECONOCER

- Taquicardia, hiperventilación, sudoración · visión en túnel
- Desconexión emocional · bloqueo cognitivo ('congelamiento')
- Decisiones precipitadas o evitación

▶ ACTUAR · en el momento

1. Respiración táctica: 4 inhalar / 4 sostener / 4 exhalar / 4 sostener.
2. Anclaje sensorial: 5 cosas que ver, 4 que tocar, 3 que oír.
3. Delegar tareas. Pedir ayuda. No operar en soledad si evitable.

31.2 Estrés post-evento (CISM)

● RECONOCER · signos normales hasta 4 semanas

- Insomnio, pesadillas, flashbacks · irritabilidad, hipervigilancia
- Evitación de lugares/conversaciones relacionadas
- Tristeza, culpa, sensación de irrealidad

⚠ Buscar ayuda profesional si: > 4 semanas, ideación autolesiva, abuso de sustancias, disfunción laboral/familiar

▶ ACTUAR · prevención y cuidado

1. Debriefing con equipo dentro de 24-72 h (compartir hechos, no juzgar).
2. Hidratación, alimentación, descanso inmediato post-evento.
3. Conservar rutinas: ejercicio, sueño regular, redes sociales.
4. No usar alcohol/drogas para 'afrontar'.
5. Apoyo entre pares. Derivación a salud mental si persiste.

● PRINCIPIO CLAVE

- 'Usted no puede ayudar a nadie si se convierte en víctima' — aplica también a lo emocional


Búsqueda y rescate

32.1 Fases de búsqueda

Notificación	Recibir alerta. Confirmar datos. Activar SCI.
Preplanificación	Recolección de información: perfil extraviado, último punto visto, equipo, clima.
Confinamiento	Sellar perímetro con rutas de salida vigiladas para evitar que se aleje más.
Detección	Búsqueda activa: tipo 1 (rápida hasty), tipo 2 (barrido amplio), tipo 3 (minucioso).
Seguimiento	Rastreo de señales. Técnicas específicas según terreno.
Evacuación	Técnicas de extracción según lesiones y terreno.

32.2 Señalización

- Triángulo · repetidas 3 veces: pitido, disparo, fogata = emergencia internacional
- Espejo de señales: apuntar a aeronave o buscador
- Señales tierra-aire: V = requiero asistencia, X = requiero asistencia médica, → = me muevo en esta dirección
- Comunicación por radio: formato SALUTE (Size, Activity, Location, Unit, Time, Equipment)

 **ACTUAR · si eres perdido**

1. STOP: Stop, Think, Observe, Plan.
2. Quedarse en el lugar si te buscan activamente.
3. Hacerse visible: colores vivos, fuego, movimiento. Protegerse de elementos.
4. Señal de 3: tres fuegos en triángulo, tres pitidos, tres disparos.

Sistema de comando de incidentes

Estructura modular para coordinar incidentes. Escala según complejidad.

33.1 Estructura básica

Comando	Responsable único. Define objetivos y plan. Toda cadena de mando sube hasta él.
Seguridad	Única autoridad para suspender operación por riesgo inaceptable.
Información	Punto único de contacto con medios, familias y público.
Enlace	Coordinación con otras agencias (bomberos, policía, salud).
Operaciones	Equipos de intervención directa en terreno.
Planificación	Recopila información, planea ciclo operacional siguiente.
Logística	Recursos materiales, alimentación, comunicaciones, transporte.
Finanzas	Costos, contratos, compensaciones. Activa solo en incidentes mayores.

● **PRINCIPIOS CLAVE**

- Unidad de mando: cada persona reporta a 1 solo supervisor
- Rango de control: 1 supervisor gestiona 3-7 personas (óptimo 5)
- Cadena de mando clara · terminología común · acción por objetivos

Triage en víctimas múltiples

Cuando víctimas > socorristas. Objetivo: mayor bien para mayor número.

● **MÉTODO START · adulto**

ROJO · inmediato	Compromiso vital actual reversible con intervención rápida
AMARILLO · diferido	Lesión grave pero estable · puede esperar hasta 1 h
VERDE · leve	Camina · lesiones menores · puede esperar varias h
NEGRO · fallecido	Sin respiración tras maniobra de apertura de vía aérea

 **ALGORITMO START (< 60 s por víctima)**

1. ¿Camina? → SÍ = VERDE, aparte al área designada.
2. ¿Respira? → NO: abrir vía aérea. Si no respira = NEGRO. Si respira = ROJO.
3. Respira: ¿FR > 30? → SÍ = ROJO.
4. FR normal: ¿relleno capilar > 2 s o pulso radial ausente? → SÍ = ROJO.
5. Circulación OK: ¿obedece órdenes simples? → NO = ROJO, SÍ = AMARILLO.

 **NO HACER**

- Tratar fuera del orden ROJO → AMARILLO → VERDE
- Dedicar más de 60 s a una víctima en la fase de clasificación
- Mover víctimas del área designada una vez clasificadas

● **RE-TRIAGE**

- Toda víctima se reclasifica al iniciar tratamiento y antes de evacuar
- Estado puede cambiar: verde → amarillo o amarillo → rojo en minutos

Técnicas básicas de supervivencia

Regla de los 3: 3 min sin aire · 3 h sin refugio · 3 días sin agua · 3 sem sin comida.

35.1 Prioridades

▶ ORDEN DE ACTUACIÓN

1. STOP: Stop, Think, Observe, Plan. No reaccionar por pánico.
2. Evaluar amenazas inmediatas (frío, calor, lesiones, terreno).
3. Refugio ANTES que fuego en clima adverso.
4. Agua antes que comida (días vs semanas de tolerancia).
5. Señalización continua para ser encontrado.

35.2 Refugio

▶ PRINCIPIOS

1. Ubicación: terreno alto, drenaje, alejado de corrientes de agua, viento a favor.
2. Aislamiento del suelo más importante que del techo (conducción).
3. Improvisar: ramas sobre troncos caídos, cuevas de nieve, plásticos tensados.
4. Espacio interno pequeño (más fácil de calentar con el cuerpo).

35.3 Fuego

▶ 3 COMPONENTES · yesca, leña fina, leña gruesa

1. Yesca: algodón, corteza de abedul, raspaduras de madera seca, pelusa de bolsillo.
2. Estructura piramidal (tipi) o en A. Dejar espacio para oxígeno.
3. Proteger de viento. Alimentar progresivamente (fino → grueso).
4. Encendedor > cerillas > pedernal (ferrocerio) > arco de fricción (última opción).

35.4 Agua

▶ FUENTES · en orden de preferencia

- Manantial · corriente rápida · lluvia colectada · rocío
- Evitar: agua estancada, cerca de cadáveres, con espuma, olor o color anormal

▶ PURIFICACIÓN

1. Hervir: 1 min a nivel del mar, 3 min sobre 2000 m.
2. Filtro mecánico (0.2 μm) + pastillas de yodo o cloro.
3. Radiación UV (SODIS): botella PET transparente al sol 6 h.
4. Pastillas de yodo: 2 por litro, esperar 30 min.

✗ NO BEBER

- Orina · agua de mar · Líquidos de cactus no identificados · alcohol

35.5 Alimentación de emergencia

- Prioridad baja: humano tolera 3 semanas sin comida con agua
- Seguros: insectos (sin pelos/colores brillantes), peces, huevos
- Plantas: regla del contacto (piel 15 min → labio → lengua → espera 24 h)
- Evitar: hongos no identificados, plantas con savia lechosa, bayas blancas/amarillas

35.6 Orientación

- Norte hemisferio: Estrella Polar (Osa Mayor). Sur: Cruz del Sur (prolongar eje $\times 4.5$)
- Sol: sale por este, pone por oeste. Mediodía solar: más alto
- Sombra de palo (método vara-sol): marcar sombra, esperar 15 min, nueva marca · primera = oeste
- Musgo predomina en lado norte del árbol en hemisferio sur (y viceversa) — aproximación, no regla

Anexo A · Ficha SOAP

Registro sistemático de cada víctima. Documento clínico y respaldo legal.

● DATOS DE CABECERA

- Nombre · edad · sexo · hora del evento · hora del registro
- Mecanismo de daño (MDD)
- Socorrista responsable · ubicación

● S · SUBJETIVO

- Queja principal en palabras de la víctima
- MUESTRA completo: Medicación · Última ingesta · Episodios · Síntomas · Trastornos · Respuestas · Alergias

● O · OBJETIVO

- Signos vitales por columnas, con hora de cada toma
- Hallazgos del examen físico DIAS por segmento corporal
- Escala AVDN · PILAR pupilar · MSC distal

● A · ANÁLISIS

- Impresión diagnóstica (problema principal y secundarios)
- Lesiones o cuadros sospechados (marcar 'probable' ante duda)

● P · PLAN

- Tratamiento aplicado con hora
- Criterio de evacuación: inmediata / urgente / diferida
- Comunicación con ayuda externa (hora, medio, respuesta)
- Reevaluaciones planificadas

Anexo B · Botiquín de expedición

B.1 EPP y bioseguridad

- Guantes de nitrilo (mín. 6 pares) · mascarilla quirúrgica · barbijo N95
- Gafas de protección · mascarilla con válvula para RCP · jabón neutro
- Gel alcohol · bolsas rojas para residuos biocontaminados

B.2 Evaluación y monitoreo

- Tensiómetro · estetoscopio · termómetro de baja lectura (< 28 °C)
- Oxímetro de pulso · linterna con pupilómetro · reloj con segundero
- Fichas SOAP impresas · lápiz · cronómetro

B.3 Hemorragias y heridas

- Torniquete comercial CAT × 2 · gasas hemostáticas · apósitos estériles
- Gasas 10×10 y 20×20 · vendas elásticas · vendas de gasa
- Apósitos oclusivos (Asherman o bolsa) · apósitos no adherentes
- Suero fisiológico 500 ml (2 unidades) · povidona yodada o clorhexidina
- Cinta adhesiva hipoalergénica · imperdibles · tijera de trauma

B.4 Inmovilización

- Férula SAM moldeable × 2 · collarín cervical regulable
- Tabla espinal larga con correas (si logística lo permite)
- Faja pélvica comercial o sábana triangular
- Vendas triangulares × 4 (cabestrillo, fijaciones)

B.5 Medicación (según legislación y protocolo local)

Ibuprofeno 400 mg	Analgesia, antiinflamatorio. c/6-8 h
Paracetamol 500 mg	Analgesia, antipirético. c/6 h
Aspirina 100 mg	Sospecha de IAM: 300 mg masticada
Difenhidramina 25-50 mg	Antihistamínico. Anafilaxia como complemento
Adrenalina auto-inyector	Anafilaxia. 0.3 mg adulto / 0.15 mg pediátrico IM muslo
Glucosa gel / tabletas	Hipoglucemia. 15 g por dosis
Sales de rehidratación	Diarrea, vómitos, deshidratación
Acetazolamida 125-250 mg	Aclimatación / MAM. Solo con prescripción
Loperamida 2 mg	Diarrea no infecciosa. Máx. 8 mg/día
Ondansetrón 4 mg	Vómitos persistentes. Solo con prescripción
Hidrocortisona 1 % crema	Dermatitis, picaduras, vaginitis. 3 ×/día
Antibiótico amplio espectro	Según protocolo local y receta. Heridas de alto riesgo

 La medicación depende de legislación local y protocolo del curso. Verificar con director médico del programa.

Anexo C · Índice por síntoma

En campo se busca por síntoma, no por capítulo. Acceso rápido alfabético.

Alteración de conciencia	Cap 3, 14, 15, 19, 21, 25
Ataxia en altura	Cap 26 · ECGA
Convulsiones	Cap 21
Diarrea	Cap 17
Disnea	Cap 9 (trauma), 16 (resp), 20 (anafilaxia), 26 (EPGA)
Dolor abdominal	Cap 10, 17, 18
Dolor torácico	Cap 9 (trauma), 16 (resp), 22 (IAM)
Hemorragia externa	Cap 5, 6
Hipotermia	Cap 25
Inconsciencia	Cap 3 (HABCDE), 8 (TEC), 14, 22
Mordedura de serpiente	Cap 23
Parálisis / pérdida sensib.	Cap 8 (medular), 22 (ACV)
Parto en curso	Cap 18
Quemadura	Cap 7, 29 (solar)
Reacción alérgica	Cap 20, 23 (picadura)
Shock	Cap 15 (+ origen: 5, 10, 20)
Trauma columna sospecha	Cap 8 · protocolo de descarte
Víctimas múltiples	Cap 33 (SCI), 34 (triage START)
Víctima perdida / Vómitos	Cap 32, 35 / Cap 17, 26