REVISTAOXIGENO.ES
Oxígeno

GUÍA PRIMEROS AUXILIOS EN MONTAÑA

por María Antonia Nerín y Manuel Vázquez

Los Primeros Auxilios (PPAA) consisten en la asistencia inmediata que prestan personas (no necesariamente profesionales sanitarios) en caso de accidente o enfermedad súbita, de forma limitada en el tiempo, y mientras se espera la llegada de los servicios médicos especializados y/o la evacuación del herido o enfermo.

Los **OBJETIVOS** de los PPAA son:

- Salvar la vida del herido o enfermo
- Evitar producir más lesiones y/o que empeoren las que ya presenta el paciente
- Solicitar ayuda a servicios o equipos especializados

Las **TÉCNICAS** de los PPAA abarcan dos aspectos:

- Actuaciones generales frente a la situación de urgencia
- Actuaciones específicas en función de los síntomas

La población en general, pero los montañeros en particular, han de ser capaces de afrontar una situación de urgencia, poniendo en practica los gestos y pasos adecuados, ya que están alejados en tiempo y espacio de los servicios médicos. Vamos a tratar el tema de forma muy general, sin entrar en las particularidades de las avalanchas, los barrancos, cuevas, grietas, paredes o corredores.

DIFICULTADES

1

Ante una situación crítica y cuando no se tiene formación en PPAA, normalmente hay una gran incertidumbre sobre las circunstancias del accidente, la gravedad de las lesiones y –sobre todo- qué se debe hacer.

2

Lo de mantener la calma, cuando no hay ningún profesional sanitario implicado, es más que difícil. Lo habitual es que el pánico se apodere de los testigos y que no sean capaces de reaccionar correctamente.

Pasos básicos (P-A-S)

PROTEGER

AVISAR

SOCORRER

Pasos básicos en PPAA para los primeros intervinientes ante un accidente

1 - PROTEGER

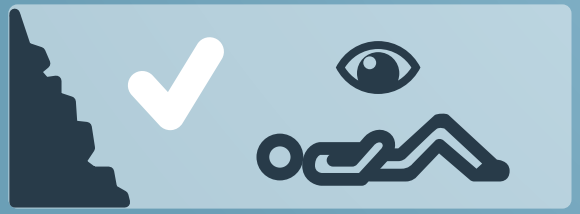
En caso de accidente, lo más importante es asegurar la escena.

PROTEGER A LA VÍCTIMA Y AL RESTO DEL GRUPO

No debemos precipitarnos. Antes de actuar conviene pensar y comentar lo que se va a hacer, ya que no hay que poner en riesgo la integridad del resto del grupo. Por ejemplo:

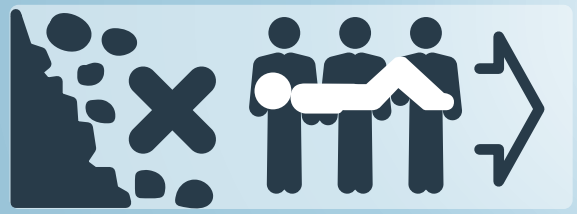
- En caso de riesgo de avalancha, o de caída de piedras, el jefe de grupo deberá designar a un vigilante, mientras otros se acercan al herido, pero sin abandonar el estado de alerta.
- Si el lugar puede conllevar caídas o precipitaciones al vacío o hay riesgo de avenida de agua debe colocarse una "línea de vida" a la que todos los presentes deben estar anclados en todo momento.

SI LA ZONA ES SEGURA, VALORACIÓN PRIMARIA



Una vez se haya accedido al herido, si la zona es segura, se procede a evaluar su estado (EVALUACIÓN PRIMARIA). Desplazar a un herido sin necesidad y antes de la primera evaluación, puede agravar sus lesiones.

SI NO HAY OTRA OPCIÓN, TRASLADAR



Si la zona no es segura, se traslada al paciente a un lugar seguro y entonces es cuando se lleva a cabo la primera evaluación de su estado. Si se sospecha lesión de la columna vertebral, habrá que hacer lo posible por movilizarlo "en bloque" (la cabeza, la columna y las piernas en un solo plano). Sólo se movilizará al paciente en caso de peligro real, inmediato y vital.

2 - AVISAR

Después de asegurar la zona en la que estamos con el herido, podemos pedir ayuda.

El jefe de grupo es el responsable de dar la alerta, facilitando al centro coordinador:

- La identidad del grupo y del herido/enfermo,
- La posición (pico, valle, refugio, altitud; deseable las coordenadas GPS),
- La naturaleza del problema (mecanismo del accidente o contexto en el que ha aparecido la enfermedad)
- información sobre la víctima (sexo, edad, evaluación primaria, medidas aplicadas...)
- Meteorología en la zona, obstáculos para el helicóptero
- Número(s) de contacto.

Además de los grupos de rescate propios de algunas CCAA, los teléfonos válidos en toda España son:

Guardia Civil: 062

Emergencias: 112

3 - SOCORRER

Pasos a seguir en la asistencia al enfermo/accidentado.

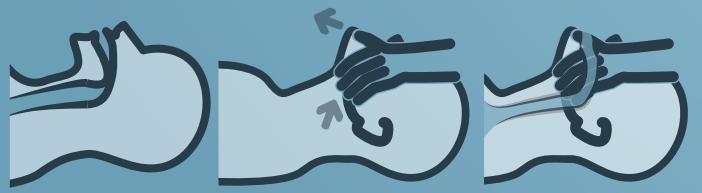
1 - VALORACIÓN PRIMARIA: NIVEL DE CONSCIENCIA Y ABC

MATERIAL del botiquín a utilizar: Cánula de Guedel + Guantes + Gasas. (Puede incorporarse al botiquín una mascarilla, aunque es perfectamente prescindible).

⊕ Niveles de consciencia

- **Inconsciente**: no responde a los estímulos. Colocar cánula de Guedel (tubo curvo y semirrígido de material plástico que introducido en la boca de la víctima mantiene abierta la vía aérea) después de retirar prótesis dentales, chicles o caramelos. Poner al paciente en posición lateral de seguridad. Suponer siempre lesión medular e inmovilizar columna cervical.
- **Consciente**: la víctima interactúa con su alrededor. ¿Puede desplazarse por sus medios o precisa ayuda para desplazarse?.

Maniobra de elevación mandibular



Localización del pulso radial

⊕ ABC (AIRWAY – BREATHING – CIRCULATION)

A: **comprobar si las vías aéreas están libres.** Si no, maniobra de elevación mandibular (sin hiperextender el cuello, se levanta la mandíbula y se tracciona hacia delante). La cánula de Guedel mantendrá la lengua para que no bloquee la vía aérea. La inmovilización cervical es obligada si el paciente está inconsciente. Verificar que no haya cuerpos extraños que la bloqueen. Si el paciente responde, están abiertas.

B: **comprobar si respira** o no respira.

C: **comprobar si tiene pulso carotídeo** o no (a un lado u a otro del cuello). Si vemos una hemorragia, hacer compresión manual con unas gasas y luego un vendaje compresivo.

Si el paciente no respira o no tiene pulso, tendrán que iniciarse maniobras de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP), si se conocen. No todas las situaciones de paro cardio-respiratorio son susceptibles de reanimarse en la montaña. En caso de ahogamiento-asfixia o de descarga eléctrica, debe hacerse SIEMPRE.

Localización del pulso carotídeo

Colocación de la cánula Guedel

2 - AISLAR

Manta térmica (tiene dos lados: el lado dorado hacia el exterior y el plata contra el herido, protege del frío y la humedad / el lado plateado hacia el exterior y el oro contra el paciente, protege contra el calor y la insolación).

NO UTILIZAR SI: tormenta, uso de desfibrilador, cerca de materiales incandescentes (es inflamable). En realidad, la manta térmica debe considerarse material "de seguridad".

⊕ Objetivos

Aislar al herido del frío, del calor, la humedad, la nieve, el agua. Un herido tiende siempre a perder calor de forma rápida, aún más en la montaña. La hipotermia puede agravar su estado. Para aislarlo del suelo: mochila vacía, colchoneta, ramas, hojas secas, cuerda... (MEDIOS DE CIRCUNSTANCIAS). Si el paciente está mojado y quitar la ropa no es conveniente porque no se está al abrigo de un refugio o una tienda de campaña, cubrir al paciente con film transparente (sobre la misma ropa mojada) y cubrir con ropa seca, gorro, guantes y manta térmica.

3 - VALORACIÓN SECUNDARIA

Antiséptico / Suturas adhesivas / Azúcar / Tijeras / Pinzas / Colirio / Gasas / Resto del botiquín y (Medicación)

⊕Exploración

De arriba abajo y por debajo de la ropa, tocando la piel: cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis, espalda, extremidades. En busca de deformidades, la movilidad armónica del tórax, heridas (que deberán cubrirse con gasas), inflamaciones, zonas que crepitan o zonas deprimidas, pulsos distales (radial, pedio o tibial posterior), coloración de la piel (azul, pálida, morada), sensibilidad, movilidad, etc.

⊕ ¿Qué buscamos?

Cada situación (fracturas abiertas, cerradas, luxaciones, trauma torácico, abdominal, espinal, craneal, hipotermia, congelaciones, golpe de calor, electrocución, intoxicación, ahogamiento, heridas, quemaduras, mordeduras-picaduras, infarto, hipoglucemia, mal de montaña, oftalmía de las nieves, etc.) conlleva unas actuaciones específicas que se aprenden en los cursos de primeros auxilios.

⊕ Antecedentes

Preguntar los antecedentes médico-quirúrgicos, las alergias y la medicación habitual.

⊕ Registro por escrito

Debemos anotar todos los hallazgos detectados en la evaluación primaria y secundaria, así como las medidas adoptadas y la hora de cada anotación, para transmitir la información al centro coordinador de emergencias en una segunda llamada o para cuando llegue la ayuda especializada dar una información lo más detallada posible.

4 - REEVALUAR PERIÓDICAMENTE

Cada 10-15 min y cada vez que se haga algo (mover al herido, inmovilizar, administrar medicación...)

El estado de shock supone un empeoramiento del estado general, con caída de la tensión arterial. Una hemorragia interna (no vemos salir sangre, pero hay algún órgano lesionado que está sangrando), o lesión medular, o trauma torácico o las fracturas de huesos largos, pueden conllevar una situación de riesgo vital para el herido:

- ☐ **El paciente puede sentir**: sed, sudores, nauseas, debilidad, sensación de ahogo, mareo...
- ☐ **El socorrista puede notar**: piel fría y húmeda, labios y uñas azuladas, palidez de la piel, pulso débil y rápido, agitación, respiración acelerada, mirada perdida, pupilas dilatadas...

A vigilar

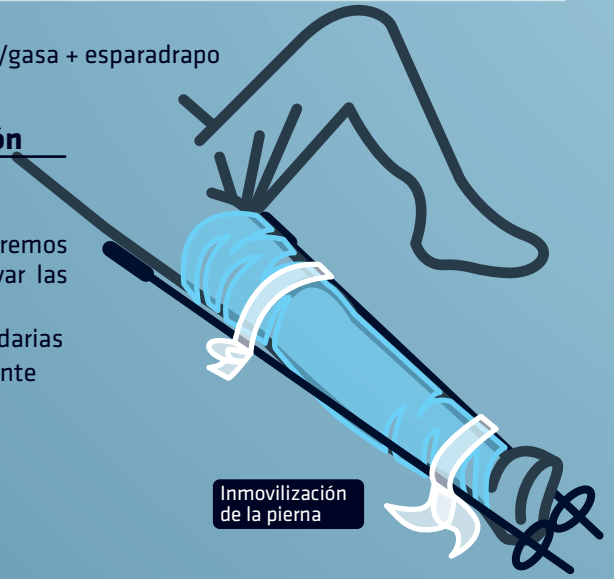
- La **frecuencia respiratoria y cardiaca**, la presencia e intensidad de los pulsos (cuello, muñeca y tobillo), las zonas de sangrado.
- **El estado de alerta del paciente**. Si el paciente habla cada vez menos, puede estar progresando hacia el shock establecido. Debemos hablarle con calma, para tranquilizarle, para darle soporte psicológico y para no perder el contacto. Responderle sin alterarnos en el caso de que nos pregunte siempre lo mismo(situación frecuente en un traumatismo craneal). Conviene evitar los estereotipos absurdos como lo de "tranquilo, que no pasa nada".
- Los **vómitos**. Si el paciente vomita y está boca arriba, puede aspirar el vómito hacia los pulmones, complicando su situación clínica.

5 - INMOVILIZACIÓN

Pañuelo en V + Venda de crêpe/gasa + esparadrapo

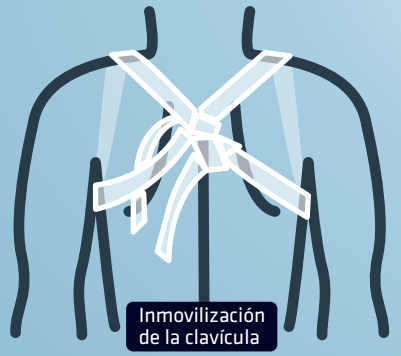
Objetivos de la inmovilización

- Disminuir el dolor
- Alinear algunas lesiones
- Evitar el cizallamiento entre los extremos de una fractura que puedan agravar las lesiones ya existentes
- Disminuir las complicaciones secundarias
- Aportar confort y seguridad al paciente durante el traslado



Técnica

Debe realizarse entre dos personas para que uno sujete la extremidad fracturada y otro pueda colocar el material de inmovilización. La inmovilización debe sujetar sin impedir la circulación de la sangre. Si vemos los dedos azulados, aflojar. En ausencia de personal sanitario, no debe retirarse el calzado ni la ropa.



6 - ESPERA

El paciente puede esperar la evacuación de diferentes maneras. Normalmente, y siempre que se sospeche lesión medular, tumbado boca arriba (posición de decúbito supino); pero dependiendo de los problemas que presenta hay posiciones particulares:

Posición de protección respiratoria

Semisentado. Posición de espera y transporte para pacientes con dificultad respiratoria, porque se mejora la capacidad respiratoria.

Posición de protección respiratoria con lesión de torax

Una variante es la que se utiliza en casos de heridas que penetran en el tórax: semisentados, pero apoyados sobre el lado lesionado, para facilitar la ventilación del pulmón sano.

Posición de protección abdominal

En caso de problemas abdominales (traumáticos o patologías que causan dolor abdominal), con las piernas dobladas (ya sea tumbado o semisentado).

Posición antishock o Trendelemburg

En caso de hipotensión, mareo o hemorragia. Puede elevarse los pies (apoyándolos sobre una piedra o mochila), aprovechar la pendiente del terreno o elevar la camilla o tabla con el paciente (y así mantener la columna en un mismo plano).

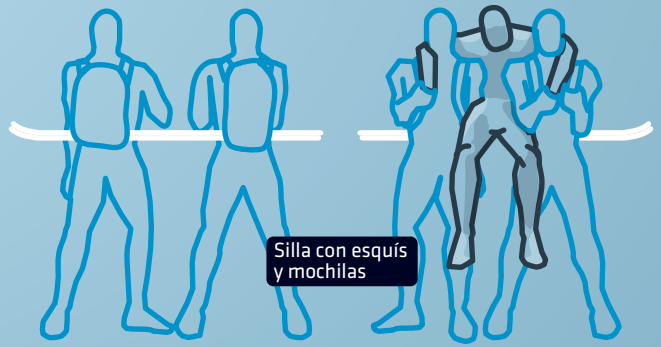
P.L.S. (Posición Lateral de Seguridad

Posición de espera y transporte para un paciente inconsciente.

7 - MOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE

Para movilizar al paciente en la montaña, podremos recurrir a diferentes técnicas. Todas ellas deben entrenarse y requieren varias personas: silla de la reina, cuchara, puente simple, puente mejorado, puente holandés.

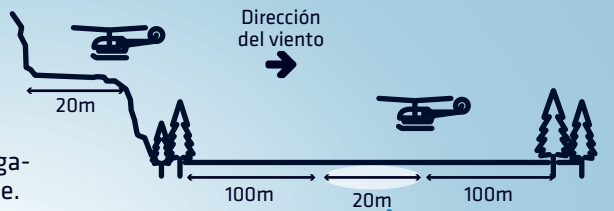
Si nos vemos obligados a transportar al paciente por nuestros medios, la cosa se complica, más aún si el traslado es por nieve o terreno difícil (que los porteadores se apoyen en un "lazarillo" conlleva más seguridad). De todas formas, aquí entra en juego lo de "la imaginación al poder": silla de cinta (con cinta plana), asiento esquís (dos mochilas y un par de esquís), cacolet con nudo y cacolet "8" (con cuerda de escalar), camilla de cuerda (con cuerda de escalar), camilla esquís+chaqueta (un par de esquís y dos chaquetas), camilla trineo (con un par de esquís o con dos pares y cuerda).



Saber utilizar el material de montaña que llevamos, así como los recursos naturales, para inmovilizar, movilizar o transportar a una víctima, es de gran interés en un lugar en el que el acceso a los equipamientos médicos específicos no es posible hasta que llegan los grupos de rescate. Las ilustraciones muestran cómo sacar partido a los MEDIOS DE CIRCUNSTANCIAS.

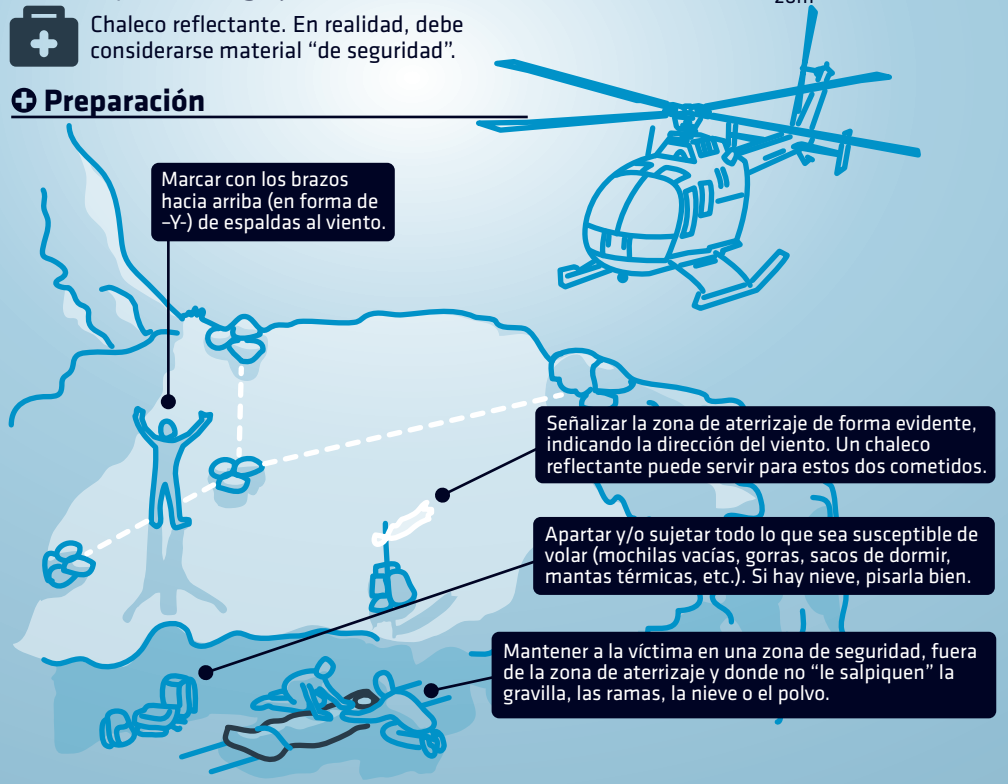
8 - INTERVENCIÓN DEL HELICÓPTERO

Si los miembros del grupo no son capaces de evacuar al herido (o por el tipo de lesiones que presenta, por su gravedad, por la dificultad del terreno, la distancia o las condiciones meteorológicas), debe esperarse la llegada de la ayuda de los grupos de rescate.



Chaleco reflectante. En realidad, debe considerarse material "de seguridad".

⊕ Preparación



⊕ Llegada del aparato

Si es posible la comunicación por radio o por teléfono con el helicóptero, se les puede indicar nuestra posición imaginando que el aparato es un reloj, que el piloto está en el centro del reloj y que lo que tiene frente a él son las 12:00 h. Si le indicamos que estamos a las 10, el piloto irá hacia su izquierda. Si le indicamos que estamos a las 3, el piloto irá hacia su derecha.

No acercarse al helicóptero hasta que nos lo indique el piloto y hacerlo agachados y siempre en el campo visual del piloto, sin dejar de prestar atención a sus indicaciones.

No debe programarse una actividad pensando en que "si pasa algo, llamaremos al helicóptero". El helicóptero no siempre está disponible; podrá o no activarse en función de la hora del día, de la meteorología, de otros servicios de rescate o de eventuales problemas mecánicos. Deben conocerse los peligros que comporta la aproximación de un helicóptero en una zona de montaña, que tampoco son objeto de este artículo.

CONSEJOS FINALES

⊕Cualquier persona con una formación básica en PPAA puede:

- ☐ Administrar el Soporte Vital Básico (SVB)
- ☐ Tratar una herida
- ☐ Parar una hemorragia
- ☐ Realizar inmovilizaciones

⊕Debe aplicarse el sentido común:

- ☐ Hacer sólo lo que se sabe hacer; si se duda, mejor abstenerse.
- ☐ Mover a las víctimas con precaución y sólo si es necesario.
- ☐ Mantener a los heridos calientes y en lugar seguro.
- ☐ No dejar solo al herido (si no queda más remedio, tomar referencias de su ubicación). Señalizar bien la zona.

⊕La mejor manera de disminuir los accidentes es la PREVENCIÓN, que se basa en la formación y en gestionar adecuadamente los riesgos de cada actividad.

⊕Un curso de formación en RCP básica, así como conocer las lesiones y patologías que podemos encontrar en montaña, es tan fundamental en la montaña como la gestión del riesgo y la PLANIFICACIÓN: ir bien equipado (ropa de abrigo, material técnico, de seguridad y de orientación, botiquín, agua y comida), conocer las técnicas que precisa la actividad elegida, no ir solo, decir dónde vamos, adecuar la actividad al nivel físico y técnico del menos preparado del grupo, consultar la meteorología y haber estudiado la ruta y las vías de escape.

⊕Si a pesar de haber gestionado el riesgo convenientemente, nos vemos ante una emergencia sanitaria, la formación en PPAA y los ejercicios de simulación, ayudan a reaccionar convenientemente en caso de accidente o enfermedad súbita.

Webs recomendadas:

www.semamweb.com
www.encorda2.com
www.prehospitalemergencycare.es
www.mediktor.com

REVISTAOXIGENO.ES

Oxígeno

SEMAM

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y AUXILIO EN MONTAÑA

www.semamweb.com

C.U.E.M.U.M.

CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIA EN MONTAÑA

Asociación José Ramón Morandeira

Twitter: @cuemum

Editado por OXIGENO (2015)
Infografía: iki.es