**Facultad de Ciencias Médicas Sagua**

Departamento: Formación General

Disciplina Preparación para la Defensa

Asignatura: Seguridad Nacional y Asistencia Primaria

Carrera: Enfermeria

Año: 2do

Período: 2do

Profesores:

\*MSc. Ismenia C. Domínguez Hernández

\*MSc. Yordanka Olano Truffin

\*Profesor auxiliar. Máster en Educación Médica Superior.

Lic. Mario Ramón Pérez Mollinedo

Actividad Docente # 2

**T VI.1 C2 Afecciones que constituyen índices vitales.**

**Objetivos:**

1. Identificar las afecciones que constituyen índices vitales.
2. Ejecutar la conducta en cada una de estas afecciones.

**Sumario:**

1. Compromiso respiratorio. Concepto. Causas. Cuadro clínico. Conducta.
2. Hemorragia externa aguda. Concepto. Causas. Cuadro clínico. Conducta.
3. Shock. Cuadro Clínico. Clasificación. Medidas profilácticas.
4. Realización práctica.

Clase Práctica.

**Bibliografía:**

1. Libro de Texto PPD Tomo II. Colectivo de autores.2002, pág. 74-113.
2. Resolución No 486/ 2019 del Ministro de Salud Pública. Doctrina de tratamiento y evacuación para la GTP

**Desarrollo:**

**Aspecto No 1: Compromiso respiratorio. Concepto. Causas. Cuadro clínico. Conducta.**

**Concepto:** Cuando por cualquier causa el aire atmosférico que penetra por las vías respiratorias es insuficiente para asegurar la adecuada oxigenación de la sangre y los tejidos.

Recordar que se adopta este término y no el de asfixia o el de insuficiencia respiratoria, como también se le conoce, porque abarca todas las causas posibles de interferencia en el intercambio gaseoso entre el pulmón y la sangre, que conducen al síndrome de hipoxia y acidosis.

El compromiso respiratorio puede ser muy agudo, en cuyo caso solo disponemos de segundos o de pocos minutos para salvarle la vida al lesionado, puesto que la falta de oxigenación por más de 4 min origina una lesión irreversible en el cerebro.

En casos menos agudos dispondremos de unos minutos más, pero en definitiva siempre requiere un tratamiento urgente, sino traería como consecuencia la hipoxia, la acidosis y el paro.

**Causas:**

Son múltiples las causas que originan un compromiso respiratorio. En general, puede producirse por obstrucción de las vías aéreas y por alteración de la mecánica respiratoria.

Ejemplo de ello los traumatismos craneoencefálicos, maxilofaciales, cervicales y torácicos, lesiones por gases tóxicos y humos, por sumersión y paro respiratorio por shock eléctrico

Las lesiones resultantes de la inhalación de humo y vapores tóxicos, producto de la combustión, se caracterizan por la inflamación de la tráquea y los bronquios y por la irritación química de la mucosa. Esta inflamación puede originar serias dificultades respiratorias.

**Cuadro clínico:**

Síntomas que integran el cuadro clínico del compromiso respiratorio:

* Síntomas respiratorios

Disnea, más o menos intensa con aumento de la frecuencia respiratoria. Al principio la respiración tiende a ser superficial y posteriormente, se hace irregular hasta producirse a veces el paro cardiorrespiratorio.

La obstrucción mecánica de las vías aéreas ocasiona una disnea marcada, cuya intensidad dependerá del grado de oclusión.

* Síntomas circulatorios

Taquicardia, inicialmente puede tener un ligero aumento de la tensión arterial.

Cianosis puede ser generalizada o no, se manifiesta con más intensidad en labios, nariz y mejillas, orejas, manos y pies.

El incremento de la hipoxia y la acidosis produce trastornos del ritmo y paro cardiaco.

* Síntomas nerviosos

Variados y dependen de la etiología, de la magnitud y del tiempo de instalado el compromiso respiratorio.

Excitación con pérdida del dominio sobre sí, obnubilado, desorientado en tiempo y espacio y puede llegar a perder el conocimiento.

**Conducta:**

1. Reanimación cardiopulmonar (RCP).
2. Métodos manuales de respiración artificial.

Es de gran importancia el reconocimiento temprano de los signos del paro cardiorrespiratorio que consisten en que el individuo pierde la conciencia y no respira o no tiene pulso carotideo o ambos.

En el caso de que pierda la conciencia porque está experimentando un paro cardiorespiratorio, para determinar si el lesionado respira se observarán los movimientos del tórax y abdomen, se escuchará si respira y se sentirá la salida del aire por la boca y por la nariz. Si existe dificultad respiratoria por obstrucción de las vías aéreas por cuerpos extraños (prótesis, fragmentos óseos, coágulos y otros), deberá rápidamente extraerlos con los dedos.

Si la respiración está detenida y el lesionado está vivo, se dará respiración artificial.

La reanimación cardiopulmonar es un proceso que debe ser muy rápido, pues el éxito está en comenzarla lo antes posible, para mantener la circulación de sangre oxigenada hacia el cerebro y otros órganos vitales hasta que el tratamiento médico definitivo pueda restablecer el ritmo cardíaco normal.

Comenzar rápidamente las maniobras de reanimación cardiopulmonar si tiene pérdida de conciencia y no encuentra el pulso carotídeo, teniendo en cuenta las causas, por ejemplo: si tiene lesiones de la columna cervical, debe evitar los movimientos de esta para que no produzca una sección medular, si la causa fue inhalación de humo tóxico debe alejar a la persona de la fuente del humo.

El compromiso respiratorio puede ser muy agudo, en cuyo caso solo disponemos de segundos o pocos minutos para salvarle la vida al lesionado, pues la falta de oxigenación por más de 4 minutos puede originar lesiones irreversibles en el cerebro.

El compromiso respiratorio siempre conduce al compromiso cardiovascular, por lo que se hace necesario el tratamiento de ambos simultáneamente.

Principios generales del tratamiento:

1. Determinar y suprimir de las causas físicas que alteran la mecánica respiratoria.
2. Realizar compresiones torácicas hasta que se obtenga una respuesta efectiva del musculo cardíaco.
3. Restablecer la mecánica respiratoria a través de respiración artificial.
4. Evacuar después de restablecer las funciones circulatoria y respiratoria.

Recuerda los tres pasos fundamentales (C-A-B) para la reanimación cardiopulmonar.

C. Compresiones en el pecho.

A. Abrir la vía respiratoria.

B. Respiración de rescate.

La Asociación Estadounidense del Corazón utiliza las letras C-A-B: compresiones (en inglés "compressions"), vía respiratoria (en inglés "airway"), respiración (en inglés "breathing") para ayudar a las personas a recordar el orden en que se deben realizar los pasos para la reanimación cardiopulmonar (RCP).

C. Compresiones: restaurar la circulación sanguínea

* Colocar al lesionado en decúbito supino sobre una superficie firme y ladear la cabeza para evitar broncoaspiración.
* Ubicarse el reanimador a la altura del tórax y a la derecha del lesionado.
* Localizar el apéndice xifoides, situar una mano encima de la otra ligeramente entrelazada, colocar la región hipotenar dos traveces por encima del apéndice, realizar de 100 a 120 compresiones utilizando solo el peso del cuerpo sin flexionar los brazos, con una profundidad de 5 cm aproximadamente, realizar ciclos de 30 compresiones torácicas por dos ventilaciones durante cinco ciclos.

A. Vías respiratorias: abre las vías respiratorias

* Elevar el mentón y colocar el cuello en hiperextensión, mano izquierda en la frente y dedos índice y del medio mano derecha en el mentón, haciendo presión sobre el borde anterior, para desplazar hacia delante el complejo hioide-lengua y que quede en línea recta la vía aérea superior.
* Si sospecha de lesión cervical, realizar maniobra de tracción mandibular.
* Comprobar que no existen cuerpos extraños (prótesis dentaría, fragmentos óseos, coágulos sanguíneos y otros) en la cavidad bucal y en la orofaringe, extraer con el dedo.
* Si el lesionado o enfermo está inconsciente, halar y fijar la lengua, utilizar métodos rústicos (aguja de coser gruesa con hilo, imperdible, alambre fino, clavo maleable u otros).
* Aplicar respiración artificial.

B. Respiración de rescate.

* Con las vías respiratorias abiertas el reanimador hace una inspiración profunda ocluye las fosas nasales y cubre la boca de la persona con la tuya, haciendo un sello.
* Insufla el aire inspirado de forma lenta y profunda, observando que el tórax se expanda y deja que se produzca la espiración totalmente pasiva.
* Después de realizar dos respiraciones, comprueba la existencia del pulso carotídeo palpando con el dedo índice y del medio la arteria carotídea en el cuello, continúa con las 30 compresiones torácicas hasta completar cinco ciclos compresión/ventilación. Si no hay pulso o tiene dudas al respecto continúa la RCP

**Métodos manuales de respiración artificial (métodos clásicos):**

Estos métodos son menos efectivos que la RCP y solo se aplican cuando hay sangramiento, vómitos, u otra causa que impidan aplicar el primero.

1. Silvester.
2. Schafer.
3. Holger-Nielsen.
4. **Silvester (1858)**

Se coloca al lesionado en decúbito supino ladeándole la cabeza, el reanimador se sitúa con una rodilla en la tierra detrás de la cabeza del lesionado, lo toma por las muñecas y le eleva los brazos hacia arriba (posición inicial) le coloca una mano por delante de la otra sobre el tórax, con los brazos extendidos realiza un balanceo hacia delante hasta poner los mismos en forma vertical, haciendo compresión con el peso de su cuerpo sobre el lesionado, posteriormente abriendo los brazos los lleva hacia atrás y hace una tracción regresando a la posición inicial, este procedimiento se repite de 12 a 15 veces por minuto con el objetivo de lograr una espiración por la compresión del tórax y una inspiración por la expansión lograda al hacer la tracción de los brazos.

1. **Schafer (1903)**

Se coloca al lesionado en decúbito prono con la cabeza ladeada, la mejilla descansando sobre una mano, el reanimador se sitúa a horcajadas llevando una rodilla en la tierra entre las piernas del lesionado, coloca sus manos con sus dedos unidos en forma de alas de mariposa, por debajo de la parrilla costal dejando libre la columna vertebral (posición inicial), con sus brazos extendidos realiza un balanceo hacia delante hasta poner los mismos en forma vertical, haciendo compresión con el peso de su cuerpo sobre el lesionado, posteriormente desliza sus manos hasta la cintura del lesionado haciendo una tracción volviendo a la posición inicial, este procedimiento se realizan de 12 a 15 veces por minuto con el objetivo de realizar compresiones sobre el abdomen, vísceras abdominales, y sobre el diafragma para lograr un movimiento de ascenso y descenso de este, estimulando la respiración.

1. **Holger-Nielsen (1932)**

Se coloca al lesionad en decúbito prono, con los brazos flexionados y las manos una sobre la otra debajo de la mejilla, el reanimador se sitúa con una rodilla en la tierra detrás de la cabeza del lesionado (posición inicial), coloca sus manos con sus dedos unidos en forma de alas de mariposa en la espalda debajo de las escápulas dejando libre la columna, dirigiendo sus dedos hacia abajo y afuera.

El reanimador con sus brazos extendidos realiza un balanceo hacia delante hasta poner los mismos en forma vertical, haciendo compresión con el peso de su cuerpo sobre el lesionado, desplaza sus manos para tomar al lesionado por la parte distal de los brazos y hace una tracción hacia delante y arriba retornarlos a la posición inicial. Estos procedimientos se realizan de 12 a 15 minutos con el objetivo de realizar compresión sobre la espalda para lograr la espiración y con la tracción de los brazos la expansión del tórax.

Recordar puntos de digitopuntura que se pueden utilizar en estas afecciones.

Du-26 y Shixuan (Ex-UE 11) si se constata pérdida de la conciencia.

P-5, P- 7, V-13 y Pc-6. Para mejorar la función respiratoria (o crisis de asma bronquial)

**Aspecto No 2: Hemorragia externa aguda. Concepto. Causas. Cuadro clínico. Conducta.**

**Concepto**:Es aquella en que la sangre fluye al exterior por una herida de los tegumentos o por alguno de los orificios naturales del organismo.

En situaciones excepcionales y de desastres, por la acción de los más diversos agentes vulnerantes, se producen frecuentemente rupturas vasculares que dan lugar a hemorragia cuyo volumen por unidad de tiempo dependerá, en un inicio, del calibre del vaso lesionado y, posteriormente, de los mecanismos puestos en juego por el organismo para compensar esta situación.

Si estos mecanismos no son suficientes para yugular el sangramiento y el volumen perdido es superior al 30 %, se traducirá clínicamente por estado de schock más o menos grave.

**Manifestaciones clínicas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Volumen de sangre perdida | | Sintomatología |
| mL | % |
| 500 | 10 | Por lo regular, el lesionado está asintomático |
| 1 000 | 20 | Cuando el lesionado se encuentra acostado presenta pocos síntomas. Cuando hace ejercicios o está de pe se aprecia taquicardia y leve hipotensión arterial. |
| 1 500-2 000 | 30-40 | El lesionado presenta hipotensión y taquicardia, pulso débil y piel fría y pegajosa. Con frecuencia manifiesta sed, disnea, cefalea y pérdida del conocimiento. |
| 2 500 | 50 | El lesionado presenta los síntomas del shock grave. |

La hemorragia externa es más frecuente en los miembros inferiores (62 %) que en los superiores (26%) y en el cuello (12 %). En dependencia de los vasos sanguíneos lesionados se consideran los tipos de hemorragia siguientes:

1. Arterial. La sangre es de color rojo rutilante y fluye en forma pulsátil, a chorros.
2. Venosa. La sangre es oscura y fluye en forma babeante, continua.
3. Mixta. Se observa una mezcla de las características descritas en los dos tipos anteriores.
4. Capilar. Es denominada también sangramiento en sábanas o hemorragia parenquimatosa y se observa, principalmente, en las superficies desprovistas de epitelio como, por ejemplo, en las erosiones de la piel. Es un sangramiento difuso, lento, de sangre más bien oscura.

**Conducta:**

concepto de hemostasia: detención del sangramiento, palabra que se deriva de los vocablos griegos *haima*, que significa sangre, y stasis, detención. Puede ser espontánea y provocada.

En la hemostasia espontánea intervienen diferentes factores, como son la contracción plaquetaria, y la coagulación de la sangre, por medio de lo cual se forma una malla de fibrina alrededor del trombo blanco plaquetario que cierra la brecha abierta en el vaso desgarrado.

La hemostasia provocada es la que se produce por la aplicación de diversas maniobras terapéuticas, entre las que se incluyen los procesos quirúrgicos. Pueden ser provisionales o definitivas.

**Hemostasia provisional**, es la que se realiza en las primeras etapas de tratamiento y evacuación:

1. Comprensión digital o manual.
2. Vendaje compresivo sobre la herida.
3. Elevación del miembro lesionado.
4. Aplicación del torniquete.

***Comprensión* digital o manual**

Cuando la hemorragia es copiosa se debe controlar lo más rápido posible mediante la compresión del segmento proximal de la arteria lesionada, a cierta distancia de la herida.

Por las referencias anatómicas se localizará el sitio donde se hará la compresión de la arteria tributaria de la zona sangrante.

La compresión digital manual tiene la ventaja de aplicarse con rapidez, es muy utilizada en la Autoasistencia, ofrece el inconveniente de que no puede mantenerse durante largo tiempo e incapacita más o menos a la persona que la aplica para realizar otras tareas, por lo cual se debe utilizar otro método de hemostasia provisional, cuando se pueda.

**Vendaje compresivo sobre la herida**

La compresión digital o manual puede ser sustituida por el vendaje compresivo. Este método consiste en colocar un apósito estéril sobre la herida, y realizar un vendaje ajustado con gasa o pañuelo triangular.

Este vendaje resulta muy efectivo, por lo que es el método de elección. Puede mantenerse sin serias consecuencias durante un tiempo prolongado, lo que permite el traslado del lesionado para la realización de la hemostasia definitiva.

En los vasos del cuello es difícil realizar el vendaje compresivo. No obstante, es factible de hacer siguiendo los pasos siguientes, ejemplo:

1. Colocar un apósito sobre la herida.
2. Levantarle al lesionado el brazo del lado contrario a la lesión y flexionarle el antebrazo sobre la cabeza.
3. Realizar un vendaje apretado que abarque el apósito, el cuello y el brazo levantado.

**Elevación del miembro lesionado**

Colocando la región herida en plano superior al resto del cuerpo podemos disminuir el flujo de sangre. En hemorragias pequeñas este método facilita que los mecanismos naturales del organismo las detengan por sí solos. Su aplicación en forma aislada es poco efectiva, por lo cual se combina con otro, en las heridas de los miembros.

**Aplicación del torniquete**

Consiste en la realización de una presión circular en el miembro lesionado mediante la aplicación de una tira de cualquier material. La presión dependerá de las propiedades del material utilizado como, por ejemplo, goma, tela y otros.

La compresión circular interrumpe tanto la circulación arterial como la venosa y, por consiguiente, la hemorragia.

El torniquete se debe aplicar y mantener solo en los casos estrictamente necesarios, cuando la hemorragia externa aguda no puede ser controlada con los métodos explicados anteriormente.

Se coloca lo más cerca posible de la herida sangrante, con el objetivo de evitar una isquemia exagerada o innecesaria del miembro.

De acuerdo con la región afectada, el torniquete debe aplicarse en los lugares siguientes:

1. En la parte superior del brazo, con una almohadilla en la cara interna, en los lesionados de los miembros superiores (excepto la mano).
2. En la mano se aplicará también un torniquete por encima de la articulación de la muñeca, con una almohadilla en la cara anterior.
3. Unos 3 ó 4 cm por debajo de la ingle, con una almohadilla sobre el triángulo de Scarpa, en los lesionados de los miembros inferiores (excepto el pie).
4. Por encima del tobillo, sin necesidad de almohadilla, en los lesionados del pie.

El torniquete no debe aplicarse:

1. Sobre las articulaciones.
2. En la porción distal del brazo, por el peligro de lesionar el nervio radial.
3. Sobre la región poplítea.
4. En el tercio superior del antebrazo y en el tercio medio del muslo, porque las arterias principales de estas regiones se encuentran profundas.

**Cuidados en la aplicación del torniquete.**

Durante la aplicación del torniquete deben mantenerse los cuidados siguientes:

1. Ejercer solo la presión necesaria para detener el sangramiento. hasta que cese el latido del pulso del miembro lesionado
2. Colocar la almohadilla sobre el trayecto de la arteria principal.
3. El torniquete debe quedar bien visible, para que pueda inspeccionarse fácilmente.
4. Anotar en la tarjeta del lesionado o ficha clínica, la hora y la región en que fue colocado, si no existe, anotarlo en un lugar visible.
5. No calentar el miembro afectado porque el calor aumenta las necesidades metabólicas y con ello el peligro de necrosis.

Vigilar la temperatura, coloración de la piel del miembro lesionado, estado general del lesionado y priorizar su evacuación.

1. Revisar el torniquete en cada etapa de tratamiento para valorar la posibilidad de sustituirlo por un vendaje compresivo. No retirarlo repentinamente

**Peligros del torniquete**

En la colocación del torniquete deben tenerse en cuenta los riesgos por una incorrecta aplicación**:**

1. Aumento de la hemorragia por compresión insuficiente que solo colapse las venas y no las arterias.
2. Lesiones arteriales, desde un vasoespasmo, que pueden persistir aun después de retirar el torniquete, hasta una trombosis por lesión de la íntima, con el consiguiente peligro de isquemia mantenida y necrosis. Estas lesiones son más frecuentes cuando se utilizan torniquetes delgados o demasiados ajustados de tubos de goma o tiras de tela.
3. Lesión de los nervios periféricos por compresión directa.
4. Retracción musculoaponeurótica por isquemia mantenida.
5. Necrosis isquémica de los tejidos por aplicación prolongada.
6. Infección, que es frecuente y se extiende con más rapidez en los tejidos isquémicos que en ellos con irrigación normal.
7. Hipotensión arterial al retirar el torniquete, la cual aumenta en proporción directa al tiempo de colocado y al grado de isquemia alcanzado.

**Tipos de torniquete**

Existen fundamentalmente dos tipos de torniquete:

1. Torniquete no elástico:

Este modelo es el más utilizado en situaciones excepcionales y de desastres y consiste en una banda de tela o pañuelo triangular en corbata que se tuerce con un pequeño pedazo de madera para ejercer presión y comprimir la arteria.

Se coloca la almohadilla sobre el punto de compresión de la arteria principal, se pasan los cabos hacia atrás y de nuevo hacia delante, se anudan de forma que quede espacio para introducir el pedazo de madera y se comienza a ejercer la presión. La torsión debe realizarse observando el sangramiento y tan pronto este se detenga, cesar la torsión. Después se fija uno de los extremos de la madera mediante el propio torniquete o con un vendaje de gasa

*Ventajas:* De fácil conservación, pues apenas se deteriora con el tiempo; puede construirse con la almohadilla fija; la presión que realiza es más uniforme y controlada perfectamente de acuerdo con la necesidad. No se afloja y se quita con facilidad.

*Desventajas:* Poca rapidez en su aplicación.

1. Torniquete elástico:

Consiste en un tubo o banda de goma cuya elasticidad ejerce presión que comprime la arteria.

Para su aplicación se tensiona la goma y se coloca por su parte media sobre el lugar donde pasa la arteria; se llevan ambos extremos hacia atrás y, tratando de no perder la tensión, se cambian de mano los cabos haciendo en la primera parte un nudo corriente y se tira de este con fuerza para que el torniquete quede apretado al máximo de tensión. Después deben atarse los cabos por detrás para evitar que queden sueltos y se afloje el torniquete. Se utiliza preferentemente en los miembros superiores.

*Ventajas*: Rapidez en su aplicación.

*Desventajas*: Fácil deterioro con el tiempo, compresión variable, unas veces mucha y otras poca, difícil de quitar o aflojar lentamente.

Desde el punto de vista de la MNT se puede utilizar la Psidiumguajaba (guayaba) tintura 20%, la cual donde sea posible puede emplearse para cubrir las heridas con apósitos remojados en la solución diluida a partes iguales con solución salina fisiológica como hemostático y antiséptico.

También se podrá emplear la Digitopuntura: V-17 y B-10.

**Aspecto No 3: Shock. Cuadro clínico. Clasificación. Medidas profilácticas.**

El Shock es el tercer índice de urgencia que compromete la vida del afectado y su tratamiento en la asistencia primaria se limita a la aplicación de medidas profilácticas.

Es un cuadro clínico inespecífico causado, fundamentalmente, por una insuficiencia aguda y progresiva de la microcirculación periférica que provoca déficit de la perfusión mística con hipoxia generalizada.

Su etiología es variada, por lo que recibe distintas denominaciones: Traumático, hemorrágico, neurogénico, cardiogénico, tóxico, infeccioso, anafiláctico y por deshidratación.

Solo haremos referencia al *shock* traumático por ser el más frecuente en situaciones excepcionales y de desastres, el cual tiene, fundamentalmente, dos mecanismos de producción a partir de la hipovolemia y del dolor.

**Cuadro clínico y diagnóstico**

El cuadro clínico del *shock* traumático es característico y alarmante e indica toda la gravedad del proceso.

* El lesionado está con frecuencia obnubilado, intranquilo y polipneico.
* Tiene fascies hipocrática con un tinte terroso, palidez y frialdad de la piel, sobre todo en las extremidades, las cuales presentan cianosis distal.
* El pulso se encuentra acelerado y débil.
* Hay una acentuada hipotensión arterial con la diferencial muy reducida; a veces no se percibe la mínima. El grado de hipotensión arterial nos indica la magnitud del *shock.*
* Los ruidos cardiacos están muy disminuidos.
* Existe oliguria progresiva que puede llevar a la anuria.

El diagnóstico se establece mediante los datos recogidos en la tarjeta del herido o ficha clínica, así como los obtenidos a través del interrogatorio y del examen físico.

**Profilaxis**

Ante todo lesionado que presente un traumatismo con repercusión en sus signos vitales, se deben tomar de inmediato toda una serie de medidas profilácticas:

1. Si presentara un compromiso respiratorio o una hemorragia externa, adoptar las medidas establecidas para ello.
2. Realizar las inmovilizaciones de las fracturas o revisarlas si ya han sido hechas.
3. Aliviar el dolor con analgésicos, MNT e inmovilización.

* Digitopuntura:

V23, E36, B6, Colico nefrítico

IG 4 y Du 20 cefalea,

Pc 6 y Ren 17 dolor precordial,

E36 y B6 dolor abdominal.

En las fracturas (puede realizarse en el lado contralateral), dependiendo del sitio de fractura: IG-4: lesiones craneoencefálicas y del miembro superior;

IG-11: zona del codo;

IG-15: zona del hombro;

Pc-6: zona anterior del tórax;

TF-5: zona lateral del tórax;

V-40: lesiones del miembro inferior y la columna lumbosacra;

V-60: lesiones del miembro inferior y la espalda.

P7, Ig 4, Ig 11: en las quemaduras.

1. Sedarlo si se encuentra intranquilo, dándole la seguridad de su recuperación.
2. Abrigarlo con una colcha y mantenerlo acostado sin levantar la cabeza.
3. Evitar las manipulaciones innecesarias del herido.

**Aspecto No 4: Realización práctica.**

Estudio independiente sobre la Obstrucción de las vías aéreas por cuerpos extraños y la maniobra de Heimlich y la localización del sitio de la compresión digital según la región anatómica, la próxima actividad docente TV.1 C3 Vendajes con gasa clase práctica.

**Preguntas de autopreparación:**

1. La hemorragia externa aguda es una afección que se produce con frecuencia en los accidentes catastróficos de transporte, puede llevar al shock y comprometer la vida de lesionados. Mencione las medidas profilácticas para el shock que debe realizar el brigadista sanitario.
2. Mencione los métodos de hemostasia provisional que usted conoce. Ejecute uno de ellos.
3. ¿Qué traumatismos cervicales pueden ocasionar un compromiso respiratorio?
4. Explique el cuadro clínico de un lesionado con compromiso respiratorio.
5. ¿Cuáles son los principios generales del tratamiento del compromiso respiratorio?
6. Usted se desempeña como brigadista sanitario prestando asistencia a lesionados como consecuencia de un accidente masivo. Llega a un lesionado que presenta múltiples fracturas de costillas provocando un bamboleo torácico y cae en parada cardiorrespiratoria. Diga qué tipo de asistencia usted presta. Aplique la RCP básica.
7. Usted se encuentra como brigadista sanitario en un foco de destrucción y/o contaminación y le llega un lesionado en parada cardiorrespiratoria con vómitos frecuentes que impide la RCP básica por lo que tiene que aplicar los Métodos manuales. Mencione los métodos. ¿Cuál usted ejecutaría por ser el más efectivo?
8. Mencione los métodos de hemostasia provisional que usted conoce. Ejecute uno de ellos.
9. Ejecute un método de hemostasia provisional si el lesionado sufre herida de abdomen sin evisceración.
10. Durante un derrumbe un ciudadano sufre herida en el brazo derecho y hay que aplicarle un torniquete. Ejecútelo.
11. El torniquete es uno de los métodos de hemostasia provisional utilizados. Diga los cuidados que hay que tener en su uso y ejecútelo en una herida de la pierna izquierda.
12. Como consecuencia de un accidente de tránsito, usted recibe a un lesionado que presenta una herida en la cara externa del muslo derecho, la sangre que sale es en forma de babeo, roja oscura sin presencia de espuma. Clasifique la hemorragia de acuerdo a las características mencionadas.
13. Usted como brigadista sanitario brinda auxilio a las víctimas de un accidente masivo, identifica una lesionada que presenta una hemorragia en la región poplítea, la sangre sale a chorro, es roja, brillante, rutilante y espumosa. De acuerdo a los datos ofrecidos clasifique la hemorragia. Aplique un método de hemostasia provisional.