ACADEMIA HUMANITARIA · HUMANITAIRES JOBS

# Primeros auxilios en contexto humanitario: gestos que salvan vidas y urgencias sobre el terreno

## Manual completo

Formación certificada de 3 días: asegurar la escena, valorar a una víctima, dar la alerta, realizar la reanimación cardiopulmonar, detener una hemorragia grave y atender atragantamientos, quemaduras, fracturas, calor, deshidratación y mordeduras, así como brindar primeros auxilios psicológicos, con evaluación final y certificado verificable. Basada en las directrices de la FICR, no sustituye la práctica con maniquí junto a una Sociedad Nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja.

**https://humanitairejobs.org/es/academia/premiers-secours/**

Documento gratuito de la Academia Humanitaria. Puede imprimirse y compartirse libremente con fines de formación, sin modificaciones.

-

# Índice

1. Día 1 : Seguridad, valoración y alerta
2. Día 2 : Urgencias vitales: paro cardíaco, atragantamiento, hemorragias
3. Día 3 : Traumatismos, entorno y primeros auxilios psicológicos
4. Día 4 : Múltiples víctimas, triaje y heridas de guerra

# Día 1 : Seguridad, valoración y alerta

**Objetivos**

- Comprender el papel y los límites del socorrista.
- Asegurar la escena y protegerse de las infecciones.
- Valorar a una víctima y dar una alerta completa.

## El papel del socorrista: proteger, alertar, socorrer

Los primeros auxilios son la ayuda que presta una persona presente en el lugar, con poco o ningún material, hasta la llegada de la ayuda médica. Tienen tres objetivos: **preservar la vida**, **evitar que el estado empeore** y **favorecer la recuperación**.

El método cabe en tres palabras: **proteger** (a uno mismo, a la víctima y a los testigos), **alertar** (servicios de emergencia o centro de salud más cercano, según el plan médico de la organización) y **socorrer** (los gestos adecuados, dentro de los límites de la formación recibida).

En contexto humanitario, la ayuda médica puede estar a varias horas. El socorrista debe por tanto saber **vigilar** a una víctima durante mucho tiempo y conocer el **plan de evacuación médica** (MEDEVAC) de la organización: a quién llamar, qué vehículo, qué centro de salud, a qué distancia.

## Asegurar la escena y protegerse

Antes de tocar a una víctima, mire a su alrededor: tráfico, fuego, cables eléctricos, edificios inestables, multitud hostil, riesgo de **segunda explosión** tras una primera. Un socorrista herido es una víctima más. Si el peligro no puede suprimirse, y solo si es posible sin riesgo, desplace a la víctima; si no, espere los medios adecuados.

- Use **guantes** siempre que haya sangre o fluidos corporales; a falta de ellos, una bolsa de plástico limpia.
- Lávese las manos antes y después, o use una solución hidroalcohólica.
- Si la sangre de la víctima entra en contacto con una herida o una mucosa, o tras un pinchazo: lave y consulte de inmediato para una posible **profilaxis posexposición** (que debe iniciarse lo antes posible, como máximo en 72 horas).

## La valoración: respuesta, vía aérea, respiración

La valoración sigue un orden fijo, que trata primero lo que mata más rápido.

1. **Respuesta**: hable en voz alta, toque los hombros. «¿Me oye? Abra los ojos.»
2. **Hemorragia catastrófica**: un sangrado abundante visible se trata de inmediato, antes que todo lo demás.

3. **Vía aérea**: en una víctima que no responde, incline suavemente la cabeza hacia atrás y eleve el mentón.
4. **Respiración**: mire, escuche y sienta durante **10 segundos como máximo**. Las boqueadas (respiraciones escasas y ruidosas) **no** son una respiración normal.

Si la víctima no respira con normalidad: haga dar la alerta y traer un desfibrilador, e inicie la reanimación (día 2). Si respira: posición lateral de seguridad, luego una revisión completa de la cabeza a los pies (heridas, dolores, deformidades) y vigilancia.

## Dar la alerta: un mensaje claro y completo

A quién llamar depende del contexto: el número de emergencias nacional si existe y funciona; si no, el **punto focal médico o de seguridad** de la organización, el centro de salud de referencia o la Cruz Roja o Media Luna Roja local. Estos números deben estar en cada vehículo y en el plan de seguridad.

El mensaje sigue siempre el mismo orden:

- **Dónde**: lugar exacto, puntos de referencia, coordenadas GPS si es posible.
- **Qué**: tipo de accidente o de malestar, número de víctimas.
- **Estado**: respuesta, respiración, hemorragia, gestos ya realizados.
- **Quién**: su nombre y un número para devolver la llamada. Cuelgue solo cuando se lo indique su interlocutor.

## El marco profesional: normas, deber de cuidado y límites del socorrista

> Este curso en línea aporta los conocimientos, el método y el razonamiento. En ningún caso sustituye una formación práctica certificada en primeros auxilios, con simulaciones y entrenamiento con maniquí, impartida por una Sociedad Nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja o por un organismo acreditado en su país. Las técnicas se aprenden con las manos, bajo la mirada de un formador, y se mantienen mediante reciclajes periódicos.

Los primeros auxilios no son una versión reducida de la medicina de urgencias: constituyen una disciplina en sí misma, con sus propias recomendaciones basadas en la evidencia. La referencia internacional para el Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja son las **Directrices internacionales de primeros auxilios, reanimación y educación** publicadas por la Federación Internacional (FICR) en 2020. Se basan en las revisiones sistemáticas del **ILCOR** (International Liaison Committee on Resuscitation, Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación), que publica cada año sus consensos científicos. En Europa, el **Consejo Europeo de Resucitación (ERC)** traduce esos consensos en recomendaciones, cuya última edición completa data de 2021 e incluye un capítulo dedicado a los primeros auxilios. Las recomendaciones nacionales (por ejemplo, las de un ministerio de salud o de una Sociedad Nacional) pueden adaptar estos textos al contexto local: en caso de discrepancia, el socorrista sigue el protocolo en el que ha sido formado y certificado.

## Qué entiende la FICR por primeros auxilios

Las directrices de 2020 definen los primeros auxilios como la ayuda inmediata prestada a una persona enferma o herida hasta la llegada de ayuda profesional, e incluyen explícitamente la dimensión psicológica y el autocuidado. Insisten en tres principios que estructuran toda esta formación:

- **La evidencia ante todo**: una técnica solo se enseña si es útil y segura. Técnicas antes muy extendidas (puntos de compresión a distancia, elevación sistemática de un miembro que sangra, collarín cervical colocado por un socorrista, succión de una mordedura) ya no figuran en las recomendaciones, por falta de beneficio demostrado o por suponer un riesgo.
- **La adaptación al contexto**: las directrices reconocen que la ayuda profesional puede estar lejos, que puede faltar material y que los riesgos de la escena pueden ser elevados. Distinguen lo que se recomienda en todas partes de lo que depende de los recursos disponibles.
- **La educación como intervención**: la competencia disminuye rápidamente tras una formación si no se mantiene. Los reciclajes breves y frecuentes son más eficaces que las formaciones largas separadas por varios años.

## El deber de cuidado de la organización

Para una organización humanitaria, la capacidad de primeros auxilios forma parte del **deber de cuidado** (duty of care) hacia su personal y, en muchos casos, hacia las personas a las que asiste en sus emplazamientos. La Norma Humanitaria Esencial (CHS), en su compromiso 8, exige que el personal reciba apoyo y que se tengan en cuenta su seguridad y su bienestar. Las guías del Global Interagency Security Forum (GISF) sobre gestión de riesgos de seguridad integran el plan médico y la evacuación sanitaria en el plan de seguridad. En concreto, un auditor o un responsable de seguridad comprobará:

- que existe un **plan médico** por base, actualizado y conocido por los equipos;
- que el número de socorristas formados es suficiente para que en cada desplazamiento y en cada emplazamiento haya al menos una persona formada presente (la legislación laboral de algunos países fija una proporción; en su defecto, la organización la define en función del riesgo);
- que los certificados están vigentes y que los reciclajes se planifican según la periodicidad fijada por el organismo certificador;
- que los botiquines están completos, revisados y repuestos tras su uso;
- que cada incidente médico da lugar a un informe y a un análisis de lecciones aprendidas.

## Los límites del socorrista

El socorrista actúa **dentro de los límites de su formación**. No diagnostica, no prescribe y no administra medicamentos, salvo los que su protocolo autoriza expresamente (por ejemplo, ayudar a una persona a utilizar su propio autoinyector de adrenalina o a tomar azúcar en caso de hipoglucemia). Obtiene el **consentimiento** de la víctima consciente: una persona capaz de decidir puede rechazar la ayuda, y ese rechazo se respeta, se explica y se registra, con un testigo si es posible. En una víctima inconsciente, el consentimiento se presume. En el caso de un menor, se busca al progenitor o al adulto responsable sin retrasar una maniobra vital.

El marco jurídico de la intervención de un testigo varía de un país a otro: algunos países imponen la obligación de prestar auxilio, otros protegen expresamente al socorrista que actúa de buena fe. La organización debe conocer la norma del país de intervención e integrarla en su sesión informativa. En todos los casos, una actuación conforme a la formación recibida y realizada de buena fe es la mejor protección.

> Norma de conducta: hacer lo que se ha aprendido, no hacer lo que no se domina y no retrasar nunca la alerta para realizar una maniobra secundaria.

### Neutralidad y no discriminación

En contextos de conflicto, el socorrista de una organización humanitaria presta auxilio únicamente en función de la urgencia médica, sin distinción de pertenencia, etnia, religión o bando. Este principio, derivado del derecho internacional humanitario y de los Principios Fundamentales del Movimiento, es también una condición de seguridad: un equipo percibido como parcial se convierte en un blanco. Se aplica tanto al triaje (día 4) como a la simple valoración.

## La valoración completa paso a paso: primaria, secundaria y vigilancia

La valoración presentada en las secciones anteriores (respuesta, hemorragia masiva, vía aérea, respiración) constituye la **valoración primaria**: busca lo que mata en pocos minutos. Cuando la víctima no presenta una amenaza vital inmediata, o una vez atendida esta, el socorrista realiza una **valoración secundaria** y, después, una **vigilancia** continua. En los contextos en los que la evacuación tarda varias horas, a menudo es la calidad de esa vigilancia y de su transmisión lo que marca la diferencia.

### Paso 1: la aproximación y la impresión general (primeros segundos)

Al acercarse, tras comprobar la seguridad, el socorrista observa: ¿se mueve la víctima, habla, de qué color está, hay sangre en el suelo, en qué posición está el cuerpo, cuál es el mecanismo probable (caída desde altura, impacto de vehículo, explosión, malestar sin traumatismo)? El mecanismo orienta lo que sigue: un impacto violento obliga a limitar los movimientos de la cabeza y el cuello; un malestar en una persona mayor orienta hacia una causa cardíaca o un accidente cerebrovascular.

### Paso 2: la valoración primaria estructurada

Las recomendaciones recientes, como los enfoques de atención básica de emergencia de la OMS y del CICR, sitúan la **hemorragia masiva** al principio de la secuencia, antes de la vía aérea. Puede retenerse la siguiente secuencia, adaptada al nivel del socorrista:

| Paso | Pregunta | Qué se hace |
|---|---|---|
| Hemorragia masiva | ¿Hay un sangrado abundante, en chorro o que empapa rápidamente la ropa? | Compresión directa inmediata o torniquete en un miembro (día 2). |
| Respuesta | ¿Responde la víctima a la voz, al contacto? | Si no responde: pedir ayuda, hacer que se dé la alerta. |
| Vía aérea | ¿Puede pasar el aire? | Maniobra frente-mentón; retirar un cuerpo extraño visible solo si es accesible. |
| Respiración | ¿Respira con normalidad? (10 segundos como máximo) | No, o de forma anormal: reanimación y desfibrilador. Sí: posición lateral de seguridad si no responde. |
| Circulación | ¿Signos de shock? ¿Otros sangrados? | Tumbar, abrigar, comprimir los sangrados no masivos. |
| Consciencia | ¿Está la víctima orientada, confusa, somnolienta? | Anotar el nivel de consciencia y la hora. |
| Exposición y entorno | ¿Lesiones ocultas? ¿Riesgo de frío o de calor? | Mirar bajo la ropa respetando el pudor, proteger del suelo, del sol, de la lluvia. |

Para describir el nivel de consciencia de forma sencilla y transmisible, muchos servicios utilizan la escala **AVPU** (AVDN en español): la víctima está **A**lerta (despierta, con los ojos abiertos), reacciona a la **V**oz, reacciona solo al dolor (**P**ain), o no reacciona (**U**nresponsive). Cualquier deterioro de un nivel a otro es una información esencial que debe transmitirse de inmediato.

### Paso 3: la valoración secundaria

La valoración secundaria consta de dos partes, que pueden realizarse en paralelo si hay dos socorristas presentes.

**La entrevista**, a la víctima o a los testigos. Una regla mnemotécnica muy extendida es el acrónimo inglés SAMPLE:

- **S**ignos y síntomas: ¿qué siente, dónde le duele, desde cuándo?
- **A**lergias conocidas.
- **M**edicamentos que toma habitualmente (tratamiento para el corazón, la epilepsia, la diabetes, anticoagulantes).
- **P**asado médico: enfermedades conocidas, embarazo, operaciones recientes.
- **L**ast meal: última comida y última bebida (útil si es probable una cirugía).
- **E**vento: ¿qué ocurrió exactamente, en qué orden?

**La exploración de la cabeza a los pies**, con guantes, explicando cada maniobra: cabeza y cara (heridas, sangrado por la nariz o los oídos), cuello (dolor, deformidad), tórax (movimientos simétricos, heridas), abdomen (dolor, rigidez), pelvis (sin comprimirla ni moverla), miembros (deformidad, herida, movilidad, sensibilidad y color de las extremidades), espalda si la víctima puede ser explorada sin movilizarla innecesariamente.

### Paso 4: los parámetros que puede observar un socorrista

Sin material médico, el socorrista puede medir y anotar:

- **La frecuencia respiratoria**: contar los movimientos del tórax durante 30 segundos y multiplicar por dos, o durante un minuto entero en el caso de un niño. En un adulto en reposo, la frecuencia habitual se sitúa entre 12 y 20 por minuto. En el niño, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la OMS y UNICEF considera respiración rápida: 60 por minuto o más antes de los 2 meses, 50 o más de 2 a 12 meses, 40 o más de 1 a 5 años.
- **El pulso**, en la muñeca (radial) o en el cuello (carotídeo): rápido o lento, regular o no, bien o mal perceptible. En una víctima que no responde, el socorrista **no** utiliza la búsqueda del pulso para decidir la reanimación: lo que cuenta es la ausencia de respiración normal.
- **La piel**: color (pálida, grisácea, azulada), temperatura, sudoración.
- **El nivel de consciencia** (AVPU) y la orientación (nombre, lugar, día).
- **El dolor**, en una escala sencilla de 0 a 10 si la víctima puede responder.

### Paso 5: la vigilancia y su trazabilidad

Una víctima grave se revalúa de forma continua; una víctima estable, como mínimo cada 5 a 15 minutos según la gravedad y la consigna del protocolo local. Cada revaluación se anota con la hora. El socorrista anota también todas las maniobras realizadas (hora de colocación de un torniquete, inicio de la reanimación, número de descargas administradas por el desfibrilador). Esta hoja acompaña a la víctima y se entrega al equipo médico que se hace cargo de ella.

> Lo que no está escrito no se ha hecho. Una hoja de vigilancia sencilla, con las horas anotadas y entregada al equipo médico, vale más que un largo relato oral hecho en medio del ruido de una sala de urgencias.

## Alerta, MEDEVAC y CASEVAC: construir la cadena de socorro sobre el terreno

En un país con un servicio de emergencias operativo, dar la alerta consiste en marcar un número. En la mayoría de los contextos humanitarios, la cadena de socorro debe ser **construida de antemano** por la organización. Sin un plan preparado, el tiempo perdido buscando un vehículo, un centro capaz de operar o una autorización de desplazamiento supera a menudo el tiempo durante el cual la víctima puede sobrevivir.

### Vocabulario

- **CASEVAC** (casualty evacuation, evacuación de heridos): transporte de un herido o un enfermo en un medio no medicalizado (vehículo de la organización, camioneta pick-up, embarcación), generalmente hacia el primer centro de atención.
- **MEDEVAC** (medical evacuation, evacuación médica): evacuación con acompañamiento médico (ambulancia equipada, avión sanitario), a menudo organizada por una compañía de asistencia o por el servicio médico de la organización o de las Naciones Unidas.
- **Centro de referencia**: establecimiento de salud cuyo nivel de atención se conoce de antemano (puesto de salud, centro de salud, hospital de distrito con quirófano, hospital de

referencia con cuidados intensivos y banco de sangre).

## Construir el plan médico de una base: método en ocho pasos

1. **Cartografiar los centros** en un radio pertinente: nombre, nivel, capacidad quirúrgica, existencia de servicio de transfusión, desfibrilador, sueros antiofídicos, vacuna antirrábica; horarios; contacto directo de un responsable. Visitar los centros en lugar de fiarse de una lista antigua.
2. **Medir los tiempos reales de trayecto** de día, de noche, en estación seca y en estación de lluvias, teniendo en cuenta los puestos de control y las horas de toque de queda.
3. **Definir los medios de transporte**: vehículos disponibles, posibilidad de tumbar a una víctima en la parte trasera, embarcación, acuerdo con un operador aéreo humanitario (por ejemplo, el Servicio Aéreo Humanitario de las Naciones Unidas allí donde opera) y sus condiciones para aceptar a un pasajero enfermo.
4. **Identificar a quienes toman las decisiones**: quién activa una evacuación (jefe de base, punto focal de seguridad, referente médico), quién valida los gastos, quién contacta con la compañía de asistencia y con qué información (número de póliza de seguro, pasaporte, grupo sanguíneo si se conoce).
5. **Establecer las comunicaciones**: números y canales de radio verificados, teléfono satelital, indicativos de llamada, procedimiento si se cae la red.
6. **Preparar los documentos**: ficha de emergencia por miembro del personal (contactos, alergias, tratamientos, grupo sanguíneo si la persona acepta comunicarlo), conservada de forma confidencial y accesible únicamente al responsable designado.
7. **Preposicionar el material**: botiquines básicos y botiquín de traumatología, kit de profilaxis posexposición según la política de la organización, mantas térmicas, camilla plegable, reserva de agua.
8. **Probar el plan**: simulacro al menos una vez al año y en cada rotación importante del equipo, cronometrando el tiempo real entre la llamada y la llegada al centro.

## El mensaje de alerta ampliado

El mensaje básico (dónde, qué, estado, quién) sigue siendo la regla. Para una solicitud de evacuación por radio a la base o al punto focal médico, se añaden los elementos que necesitan quienes toman las decisiones. El modelo siguiente se inspira en los formatos de solicitud de evacuación utilizados por las organizaciones y las misiones de las Naciones Unidas, simplificados para un uso civil.

| Línea | Contenido | Ejemplo |
|---|---|---|
| 1. Ubicación | Coordenadas GPS, referencia, accesibilidad | Pista Kalo–Mira, km 34, puente de hormigón, accesible en 4x4 |
| 2. Quién llama | Nombre, indicativo, medio para devolver la llamada | Equipo Alfa 2, canal 5, satelital 0 0 00 00 00 (número ficticio) |
| 3. Número y gravedad | Cuántas víctimas, cuántas con riesgo vital | 2 víctimas: 1 grave, 1 leve |
| 4. Estado de cada víctima | Respuesta, respiración, sangrado, AVPU, evolución | Hombre adulto, responde solo al dolor, respira, sin hemorragia |
| 5. Maniobras realizadas | Con las horas | Posición lateral de seguridad a las 10:42, vigilancia cada 5 minutos |
| 6. Necesidades | Transporte en decúbito, material, acompañamiento | Vehículo para transporte en decúbito, solicitud de consejo médico |
| 7. Seguridad | Situación en el lugar, amenazas | Calma, grupo de una veintena de personas, sin amenaza |
| 8. Destino propuesto | Centro adecuado y tiempo de trayecto | Hospital de distrito de Mira (quirófano), 1 h 20 min |

### Decidir entre esperar y evacuar por medios propios

El principio general es sencillo: cuando un servicio de emergencias competente puede llegar en un plazo razonable, se espera y se vigila. Cuando no es así, la organización decide un transporte por sus propios medios. Los criterios que pesan en la decisión son la gravedad y la evolución del estado de la víctima, la distancia real hasta un centro capaz de tratar el problema (una víctima que sangra necesita un quirófano, no un puesto de salud), la seguridad de la ruta y de la hora, y la posibilidad de transportar a la víctima tumbada y vigilada. La decisión la toma la persona designada en el plan, tras un consejo médico a distancia si es posible, y se anota con la hora.

> El transporte más rápido no siempre es hacia el centro más cercano: un puesto de salud sin cirujano hace perder tiempo a una víctima que necesita ser operada. Por eso el nivel de los centros debe conocerse antes del incidente.

## Ejemplo completo: accidente de tráfico en una pista aislada

Contexto ficticio: la ONG «Horizons Partagés» ejecuta un programa de agua y saneamiento en el distrito de Morelle. Un equipo de tres personas (una ingeniera, un dinamizador comunitario y un conductor) regresa de una aldea situada a 2 h 30 min de la base de Kalo. El dinamizador y el conductor están certificados en primeros auxilios desde hace ocho meses; la ingeniera hizo un reciclaje hace dos años. El vehículo dispone de un botiquín básico, un torniquete comercial, dos mantas térmicas, una radio HF y un teléfono satelital. El plan médico de la base designa el

hospital de distrito de Mira (quirófano, sin cuidados intensivos) a 1 h 20 min y el centro de salud de Tobé (enfermero, sin cirugía) a 25 minutos.

## La cronología

| Hora | Situación | Decisión y razonamiento |
|---|---|---|
| 10:38 | Una moto ha chocado contra un camión detenido. El conductor de la moto está en el suelo, inmóvil; una pasajera está sentada, se sujeta el antebrazo y llora. El camión pierde combustible. | El conductor detiene el vehículo a distancia, luces de emergencia, motor apagado. Pide al conductor del camión que corte el contacto y prohíbe fumar. Peligro identificado: combustible y tráfico. Se encarga a un vecino de la aldea que señalice el accidente a los vehículos que se acercan. |
| 10:40 | El dinamizador se acerca al motorista por un lado, hablándole. No responde a la voz. Se pone los guantes. | No hay hemorragia masiva visible. Mantiene la cabeza alineada sin retirar el casco, abre la vía aérea y mira, escucha y siente: respiración presente, regular, unas 16 por minuto. |
| 10:41 | La ingeniera atiende a la pasajera, que habla y responde correctamente. | Se presenta, pide su consentimiento y constata una deformidad del antebrazo sin herida. Hace que la propia víctima sostenga el brazo en la posición menos dolorosa. |
| 10:42 | El motorista respira pero solo responde al dolor (nivel P). Empieza a emitir ruidos de gorgoteo. | Riesgo de aspiración de sangre o de vómito: se le coloca en posición lateral de seguridad entre dos socorristas, limitando al máximo los movimientos de la cabeza y el cuello. El casco, integral y agrietado, estorba: solo se retira entre dos personas, según la técnica aprendida, porque la vía aérea está amenazada. |
| 10:45 | El conductor llama a la base por radio. | Mensaje completo: ubicación (pista Kalo–Mira, km 34), dos víctimas, una grave (responde al dolor, respira, gorgoteos, colocada de lado), una menos grave (probable fractura de antebrazo), seguridad de la escena controlada, solicitud de consejo médico y de decisión de evacuación. |
| 10:52 | El referente médico, localizado por teléfono satelital, recomienda el hospital de Mira: un traumatismo craneoencefálico con alteración de la consciencia requiere un centro capaz de operar y de vigilar. | Se descarta para el motorista el centro de salud de Tobé, más cercano. La base hace avisar al hospital de Mira. El jefe de base autoriza el transporte en el vehículo de la organización, ya que el tiempo de llegada de una ambulancia se estima en más de dos horas. |
| 11:00 | Preparación del transporte. | Se instala al motorista tumbado de lado en el asiento trasero acondicionado, abrigado; el dinamizador lo acompaña para vigilarlo. La pasajera, con un cabestrillo improvisado, sube delante. El hermano del motorista, que ha llegado al lugar, es informado y los acompaña. |

| Hora | Situación | Decisión y razonamiento |
|---|---|---|
| 12:22 | Llegada al hospital de Mira. | La hoja de vigilancia y un resumen oral estructurado se entregan al enfermero de guardia. Los guantes y los residuos contaminados se eliminan en el hospital. |

### La hoja de vigilancia cumplimentada (motorista)

| Hora | Consciencia (AVPU) | Respiración (por minuto, calidad) | Pulso radial | Piel | Maniobras y observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 10:40 | U y luego P | 16, regular | Perceptible, rápido | Pálida | Vía aérea abierta, cabeza sujeta |
| 10:42 | P | 18, gorgoteos | Perceptible | Pálida | Posición lateral de seguridad, casco retirado entre dos |
| 10:50 | P | 18, más tranquila | Perceptible | Pálida, fría | Un único vómito, boca despejada, manta |
| 11:05 | V | 16, regular | Perceptible | Pálida | Abre los ojos al llamarlo, agitado, habla confusa |
| 11:35 | V | 16 | Perceptible | Pálida | Sin nuevos vómitos |
| 12:05 | P | 14 | Perceptible, más lento | Pálida | Deterioro de la consciencia comunicado por radio, hospital avisado |

### El análisis posterior al incidente

- **Lo que funcionó**: aseguramiento de la escena antes de cualquier contacto; reparto inmediato de funciones; mensaje de radio completo; decisión basada en el nivel del centro y no en la distancia; vigilancia con registro horario que permitió comunicar el deterioro de las 12:05.
- **Lo que debe mejorarse**: la ingeniera no tenía el reciclaje al día y no se sentía segura; el botiquín no contenía férulas ni material para cabestrillo; el número del hospital de Mira que figuraba en el plan médico ya no era válido y la base perdió cinco minutos en encontrarlo.
- **Acciones decididas**: reciclaje de todo el personal de terreno antes del final del trimestre; incorporación de férulas maleables y vendas triangulares en todos los botiquines de vehículo; verificación mensual de los números del plan médico por el punto focal de seguridad; informe de incidente enviado a la sede en un plazo de 24 horas según el procedimiento.

> El punto decisivo de este ejemplo no es una técnica: es la combinación de una escena asegurada, una alerta estructurada y una decisión de destino basada en un conocimiento previo de los centros. Es exactamente lo que el plan médico debe hacer posible.

## Herramientas reutilizables: listas de verificación y fichas de terreno

Las herramientas siguientes están pensadas para imprimirse, plastificarse y colocarse en los vehículos, las oficinas y los botiquines. Deben adaptarse al protocolo del organismo que certificó a sus socorristas y ser validadas por el referente médico de su organización.

### Lista de verificación 1: seguridad de la escena (antes de cualquier contacto)

- Tráfico: vehículo estacionado de forma segura, luces de emergencia, señalización antes y después del lugar.
- Fuego, combustible, gas: contacto cortado, prohibición de fumar, extintor al alcance.
- Electricidad: cables en el suelo, instalación dañada; no tocar a la víctima mientras no se haya cortado la corriente.
- Estructura: edificio agrietado, muro inestable, riesgo de derrumbe.
- Entorno: crecida de agua, pendiente, animales, calor extremo.
- Amenaza humana: multitud hostil, presencia armada, riesgo de una segunda explosión, artefactos sin estallar.
- Riesgo biológico y químico: sangre, fluidos, olor inusual, varias víctimas sin traumatismo aparente (pensar en una intoxicación colectiva).
- Protección personal: guantes, protección ocular si puede haber salpicaduras, mascarilla de bolsillo para las insuflaciones.

### Lista de verificación 2: contenido mínimo del plan médico de la base

| Elemento | Disponible | Fecha de verificación | Responsable |
|---|---|---|---|
| Lista de centros de salud con nivel, capacidades y contactos verificados | | | |
| Tiempos de trayecto de día, de noche y en estación de lluvias | | | |
| Procedimiento de decisión de evacuación y nombres de quienes deciden | | | |
| Datos de contacto de la compañía de asistencia y números de póliza | | | |
| Fichas de emergencia individuales confidenciales | | | |
| Lista de socorristas certificados y fechas de vencimiento | | | |
| Inventario de botiquines y fechas de caducidad | | | |
| Procedimiento ante exposición a sangre y acceso a la profilaxis posexposición | | | |
| Fecha del último simulacro y principales conclusiones | | | |

## Ficha 3: valoración y transmisión (una página)

| Apartado | Qué anotar |
|---|---|
| Identificación | Sexo, edad estimada, nombre si se conoce, acompañante |
| Circunstancias | Hora, mecanismo (caída, impacto, malestar, explosión), posición en que se encontró |
| Valoración primaria | Hemorragia masiva, respuesta, vía aérea, respiración, signos de shock |
| Entrevista | Molestias, alergias, tratamientos, antecedentes, última comida, desarrollo de los hechos |
| Exploración | Lesiones observadas de la cabeza a los pies |
| Maniobras realizadas | Naturaleza y hora de cada maniobra (torniquete, posición, reanimación, descargas) |
| Vigilancia | Tabla con horas: consciencia, respiración, pulso, piel, dolor |
| Transmisión | Nombre de la persona y del centro que tomaron el relevo, hora |

## Ficha 4: transmisión oral al equipo médico

Una transmisión oral eficaz dura menos de un minuto y sigue un orden fijo, inspirado en los formatos estructurados que se utilizan en el ámbito hospitalario:

1. Quién es la víctima (edad, sexo) y qué ha ocurrido (mecanismo, hora).
2. Qué se ha encontrado (lesiones y problemas vitales).
3. Qué se ha hecho (maniobras, horas).
4. Cómo ha evolucionado el estado (mejoría, estabilidad, deterioro).
5. Qué preocupa al socorrista y qué preguntas quedan pendientes (por ejemplo: medicamento desconocido, posible alergia).

### Lista de verificación 5: después de la intervención

- Eliminación de los residuos contaminados y de los guantes en un contenedor adecuado.
- Lavado de manos; en caso de exposición a sangre, aplicación inmediata del procedimiento de exposición.
- Informe de incidente según el procedimiento de la organización, en los plazos establecidos.
- Reposición del botiquín utilizado ese mismo día.
- Momento de intercambio con los intervinientes y oferta de apoyo si es necesario (días 3 y 4).

## Errores frecuentes, variaciones según el contexto y mirada de los auditores

### Los errores más frecuentes sobre el terreno

| Error | Consecuencia | Cómo evitarlo |
|---|---|---|
| Precipitarse sobre la víctima sin observar la escena | Socorrista herido (tráfico, electricidad, segunda explosión) | Obligarse a detenerse unos segundos; convertir la seguridad de la escena en un reflejo entrenado en los simulacros. |
| Retrasar la alerta para realizar maniobras | La ayuda llega demasiado tarde | Hacer que un testigo dé la alerta de inmediato, dándole un mensaje preciso que transmitir, y pedirle que vuelva a confirmarlo. |
| Confundir las boqueadas (gasping) con una respiración normal | No se inicia la reanimación | Recordar que una respiración escasa, ruidosa e irregular en una víctima que no responde es un signo de parada cardíaca. |
| Buscar el pulso para decidir la reanimación | Pérdida de tiempo, error frecuente incluso entre profesionales sanitarios | Basarse en la respuesta y la respiración, como establecen las recomendaciones para socorristas. |
| Mensaje de alerta incompleto | Llamadas de vuelta, orientación errónea, envío de un medio inadecuado | Utilizar una ficha de alerta colocada en los vehículos; practicar el mensaje en los simulacros. |
| Evacuar por defecto al centro más cercano | Traslado secundario, horas perdidas | Conocer el nivel de los centros antes del incidente. |
| No anotar nada | El equipo médico desconoce la hora del torniquete o el deterioro | Hoja de vigilancia en cada botiquín, o escribir directamente sobre la piel o el torniquete con un rotulador la hora de colocación. |
| Botiquín incompleto o caducado | Maniobras imposibles el día en que se necesitan | Revisión mensual firmada, reposición el mismo día del uso. |
| Certificados vencidos | Pérdida de confianza y de competencia, problema de cumplimiento | Cuadro de seguimiento de vencimientos a cargo de recursos humanos o de seguridad. |

## Variaciones según el contexto

**Crisis repentina (terremoto, inundación, ciclón)**: los propios centros de salud están afectados, las carreteras cortadas, las comunicaciones saturadas. Los planes médicos preestablecidos deben volver a verificarse en las primeras horas; los equipos deben disponer de una mayor autonomía de material. Predominan los riesgos de la escena (réplicas, edificios debilitados, agua contaminada).

**Crisis prolongada**: el principal riesgo es la rutina. Los botiquines se vacían, los números cambian, el personal formado se marcha y no es sustituido. Es imprescindible un calendario de verificaciones y simulacros.

**Campamento o emplazamiento de personas desplazadas**: alta densidad de población, numerosos testigos, aglomeraciones rápidas. Los socios de salud presentes en el

emplazamiento (clínicas, equipos móviles) deben figurar en el plan, con sus horarios. Los agentes comunitarios formados en primeros auxilios son un activo importante.

**Medio urbano**: a menudo existen servicios públicos de emergencia, pero pueden estar saturados o ser inaccesibles según los barrios. El tráfico puede hacer que el transporte sea más lento que en el medio rural. Los riesgos eléctricos, de incendio y de derrumbe son más frecuentes.

**Gestión a distancia**: cuando el personal internacional no puede desplazarse al terreno, la responsabilidad de los primeros auxilios recae en el personal nacional y en los socios. La organización debe financiar su formación y su material al mismo nivel y garantizarles el mismo acceso a la evacuación y al seguro. Una diferencia de trato en materia de seguridad y de atención entre categorías de personal es un incumplimiento del deber de cuidado que los auditores señalan.

**Inseguridad elevada**: los desplazamientos nocturnos pueden estar prohibidos, las carreteras cerradas y los puestos de control ser lentos. El plan debe prever la atención prolongada en el lugar (varias horas), itinerarios alternativos y acuerdos de paso para las evacuaciones sanitarias. El CICR y las Sociedades Nacionales suelen ser los únicos actores capaces de negociar ese paso.

**Socios locales con baja capacidad**: la formación en primeros auxilios es un elemento concreto y apreciado del fortalecimiento de capacidades. Debe presupuestarse en las propuestas (formación certificada, botiquines, reciclajes) y no dejarse a cargo del socio.

### Qué examinan los auditores, los donantes y las aseguradoras

- Existencia y actualización del plan médico y del plan de seguridad, y prueba de su difusión a los equipos.
- Registro de formaciones con fechas de certificación y de reciclaje, desglosado por categoría de personal y por socio.
- Informes de incidentes médicos y análisis de lecciones aprendidas, y prueba de que las acciones decididas se han aplicado.
- Revisiones de botiquines firmadas y fechadas.
- Coherencia entre el presupuesto (partidas de formación y de material) y la realidad del terreno.
- Igualdad de trato entre personal nacional, internacional y socios.

## Preguntas de entrevista y referencias clave

Las preguntas siguientes se plantean con frecuencia en las entrevistas para puestos de punto focal de seguridad, jefe de base, coordinador de terreno, logista o responsable de salud. Los elementos de respuesta indican lo que un tribunal espera de un candidato con experiencia.

#### 1. «Usted es el primero en llegar a un accidente de tráfico con dos víctimas. Describa sus primeros minutos.»

Una respuesta sólida empieza por la seguridad de la escena (vehículo estacionado, luces, combustible, tráfico), sigue con el reparto de funciones, la alerta temprana a través de un

tercero, la valoración primaria empezando por la hemorragia masiva, la decisión sobre la posición según la respuesta y la respiración, y la vigilancia con registro horario. Menciona la limitación de los movimientos de la cabeza y el cuello en caso de traumatismo violento y la transmisión estructurada.

**2. «¿Cómo elabora un plan médico para una nueva base?»**

El candidato cita la cartografía y la visita de los centros con su nivel real de atención, los tiempos de trayecto según la hora y la estación, quienes toman las decisiones, las comunicaciones, las fichas individuales confidenciales, el material, la articulación con la compañía de asistencia y la prueba mediante un simulacro cronometrado. Menciona la actualización periódica y la inclusión de los socios.

**3. «¿Cómo decide entre esperar una ambulancia y transportar usted mismo a un herido?»**

Expone los criterios: gravedad y evolución, plazo real de llegada de la ayuda, distancia hasta un centro capaz de tratar el problema, seguridad de la ruta, posibilidad de transportar a la víctima tumbada y vigilada, consejo médico a distancia. Precisa que la decisión corresponde a la persona designada en el plan y que queda registrada.

**4. «Un miembro de su equipo se niega a ser evacuado tras un malestar. ¿Qué hace?»**

Evalúa la capacidad de la persona para decidir (consciencia, orientación), explica los riesgos, busca consejo médico, respeta un rechazo informado, lo documenta con un testigo, organiza una vigilancia y una revaluación, e informa a la jerarquía según el procedimiento. Distingue este caso del de una persona confusa cuya capacidad de decisión está alterada.

**5. «¿Cómo garantiza el deber de cuidado hacia el personal nacional y los socios en la gestión a distancia?»**

Habla de igualdad de acceso a la formación, al material, al seguro y a la evacuación, de partidas presupuestarias específicas, del seguimiento de las certificaciones y de la necesidad de consultar al personal afectado sobre los riesgos que considera prioritarios.

**6. «¿Qué recomendaciones internacionales enmarcan los primeros auxilios, y qué hace si difieren del protocolo nacional?»**

Cita las directrices de la FICR de 2020, los consensos del ILCOR y las recomendaciones del ERC, y explica que el socorrista aplica el protocolo en el que está certificado, mientras que la organización vela por la coherencia de sus formaciones con las recomendaciones vigentes.

## Referencias clave

- *Directrices internacionales de primeros auxilios, reanimación y educación* (2020): Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), con su Centro Mundial de Referencia en Primeros Auxilios.
- *International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations*: International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), publicación anual.

- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), en particular los capítulos sobre soporte vital básico y sobre primeros auxilios: Consejo Europeo de Resucitación.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured* (Atención básica de emergencia): Organización Mundial de la Salud y Comité Internacional de la Cruz Roja.
- *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia*: Comité Internacional de la Cruz Roja.
- *El Manual Esfera* (2018), capítulo de Salud: Asociación Esfera.
- *Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas* (CHS), compromiso 8: CHS Alliance, Groupe URD y Esfera.
- *Security Risk Management: a basic guide for smaller NGOs* y guías asociadas: Global Interagency Security Forum (GISF).
- Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): OMS y UNICEF.

Recordatorio: este curso en línea no sustituye una formación práctica certificada en primeros auxilios. Inscríbase en una sesión de la Cruz Roja, de la Media Luna Roja o de un organismo acreditado, y mantenga sus técnicas mediante reciclajes periódicos.

## Ejercicio: su ficha de urgencia

Para su lugar de trabajo, complete una ficha de una página: números de urgencia que realmente funcionan, centro de salud más cercano y su nivel (puesto de salud, hospital con cirugía), tiempo de trayecto de día y de noche, ubicación del botiquín y del kit PEP, y procedimiento MEDEVAC de su organización. Colóquela a la vista y guarde una copia en cada vehículo.

## Para recordar

- Proteger, alertar, socorrer: siempre en este orden.
- Primero la seguridad de la escena, incluido el riesgo de segunda explosión.
- Guantes e higiene de manos; exposición a sangre: PEP en 72 horas.
- Valoración: respuesta, hemorragia catastrófica, vía aérea, respiración (10 segundos como máximo).
- Alerta: dónde, qué, estado, quién; no colgar primero.

## Cuestionario

1. ¿Cuál es el primer gesto al llegar a un accidente?
   A. Tomar una foto para el informe
   B. Tocar a la víctima para tranquilizarla
   C. Dar de beber a la víctima
   D. Comprobar que la escena es segura para uno mismo, la víctima y los testigos
2. Una víctima que no responde hace respiraciones escasas y ruidosas (boqueadas). Ella:
   A. Debe sentarse
   B. Duerme profundamente
   C. No respira con normalidad: alerta y reanimación
   D. Respira con normalidad
3. En un mensaje de alerta, se da primero:
   A. Su nombre completo
   B. El lugar exacto del accidente
   C. El nombre de la organización
   D. La hora de salida de la misión

**Respuestas del cuestionario :** 1. B · 2. B · 3. B

# Día 2 : Urgencias vitales: paro cardíaco, atragantamiento, hemorragias

**Objetivos**

- Realizar una reanimación cardiopulmonar y usar un desfibrilador.
- Colocar en posición lateral de seguridad y desobstruir la vía aérea.
- Detener una hemorragia grave y reconocer el shock.

## El paro cardíaco: reanimación cardiopulmonar

Una víctima que no responde y no respira con normalidad está en **paro cardíaco**. Cada minuto sin compresiones torácicas reduce fuertemente sus posibilidades de supervivencia.

- Víctima boca arriba, sobre un plano duro. Manos una sobre otra en el **centro del pecho**.
- Compresiones de **5 a 6 cm** de profundidad en el adulto, a un ritmo de **100 a 120 por minuto**, dejando que el pecho vuelva a subir del todo.
- Si está formado y dispuesto: **30 compresiones y luego 2 insuflaciones**. Si no, las compresiones continuas solas ya son muy útiles.
- Continúe hasta la llegada de la ayuda, la recuperación de una respiración normal o el agotamiento; relévense cada dos minutos si son varios.

**Niño**: una o dos manos, alrededor de un tercio de la profundidad del tórax. **Lactante**: dos dedos, unos 4 cm. En el niño, el paro suele ser de origen respiratorio: las insuflaciones son importantes si está formado.

## El desfibrilador y la posición lateral de seguridad

El **desfibrilador externo automático (DEA)** analiza el ritmo cardíaco y administra una descarga si es necesario. Enciéndalo y siga las instrucciones de voz; pegue los parches sobre el pecho desnudo y seco; nadie toca a la víctima durante el análisis y la descarga; retome las compresiones en cuanto el aparato lo indique. Infórmese con antelación: ¿su oficina, el aeropuerto o el hospital cercano tienen uno?

Una víctima **que no responde pero respira con normalidad** se coloca en **posición lateral de seguridad**: de lado, con la cabeza inclinada hacia atrás y la boca hacia abajo para que salgan los vómitos. Vigile su respiración con regularidad: si se detiene, colóquela boca arriba e inicie la reanimación.

## El atragantamiento: desobstruir la vía aérea

Un cuerpo extraño (alimento, objeto pequeño) puede bloquear la vía aérea.

- **Obstrucción parcial**: la persona tose, habla, respira. Anímela a toser y no haga nada más.

- **Obstrucción total**: no puede hablar, toser eficazmente ni respirar, y a menudo se lleva las manos al cuello. Dé **5 golpes en la espalda** entre los omóplatos, con la persona inclinada hacia delante; si no funciona, **5 compresiones abdominales** (puño justo por encima del ombligo, tirar hacia dentro y hacia arriba). Alterne 5 y 5.
- **Lactante**: 5 golpes en la espalda, boca abajo sobre el antebrazo con la cabeza más baja, y luego 5 compresiones torácicas con dos dedos. Nunca compresiones abdominales.
- Si la víctima deja de responder: alerta y reanimación.

## Hemorragias graves y shock

Una hemorragia catastrófica puede matar en pocos minutos. Guantes si es posible, luego **compresión directa** firme sobre la herida, con la mano o un apósito grueso; no la suelte para mirar. Añada apósitos encima si la sangre los atraviesa.

Si la compresión no basta o no es posible en un miembro (amputación, varias víctimas, herida inaccesible), coloque un **torniquete**: de 5 a 7 cm por encima de la herida, nunca sobre una articulación, apretado hasta que se detenga el sangrado. **Anote la hora** de colocación y no lo afloje nunca usted mismo. Un torniquete improvisado (tira de tela ancha y un palo) es menos eficaz que un modelo comercial: los vehículos de terreno deberían llevar uno.

El **shock** (piel pálida, fría y húmeda, pulso rápido, agitación y luego somnolencia) sigue a menudo a una hemorragia: acueste a la víctima, cúbrala, tranquilícela, no le dé de comer ni de beber y vigílela hasta la evacuación.

## La cadena de supervivencia y la reanimación de calidad: lo que realmente marca la diferencia

> Las maniobras de reanimación, de desobstrucción y de control de hemorragias no se aprenden leyendo. Este curso en línea prepara y complementa una formación práctica certificada, con entrenamiento con maniquí y evaluación por un formador; no la sustituye. Las recomendaciones evolucionan: compruebe que su formación sigue la versión vigente de las directrices de la FICR y del Consejo Europeo de Resucitación, o el protocolo nacional equivalente.

Las recomendaciones internacionales describen la atención a la parada cardíaca como una **cadena de supervivencia**: reconocimiento precoz y alerta, reanimación cardiopulmonar precoz por parte de los testigos, desfibrilación precoz, soporte vital avanzado y, después, cuidados tras la recuperación de la actividad cardíaca. En contextos humanitarios, los dos últimos eslabones a menudo no existen o están lejos. Eso no hace inútil la reanimación, pero cambia su papel: el testigo y el desfibrilador concentran casi toda la posibilidad de supervivencia, y hay que decírselo con honestidad a los equipos.

### Reconocer la parada cardíaca sin dudar

Las recomendaciones del ERC y de la FICR establecen dos criterios sencillos para un socorrista: la víctima **no responde** y **no respira con normalidad**. A los socorristas no se les enseña a buscar el pulso para tomar esta decisión. Hay dos trampas frecuentes:

- **Las boqueadas (gasping)**: respiraciones agónicas lentas, profundas o ruidosas, presentes en los primeros minutos en muchas víctimas. Deben interpretarse como ausencia de respiración normal.
- **Los movimientos convulsivos** en el momento de la parada: una breve crisis de tipo convulsivo puede acompañar a la parada. Una vez terminada la crisis, se comprueba la respiración; si no es normal, se inicia la reanimación.

Cuando se puede contactar con un servicio de emergencias, las recomendaciones insisten en la llamada precoz, con el teléfono en altavoz, para que el operador guíe al testigo. En un contexto sin servicio de emergencias, el equivalente es la alerta inmediata al punto focal médico o al centro de referencia, y el envío de una persona a buscar el desfibrilador si lo hay.

## Los factores determinantes de una reanimación eficaz

| Parámetro | Recomendación en el adulto | Error frecuente |
|---|---|---|
| Posición de las manos | En el centro del pecho, sobre la mitad inferior del esternón | Manos demasiado bajas, sobre el estómago, o desplazadas sobre las costillas |
| Profundidad | 5 a 6 cm | Compresiones demasiado superficiales, sobre todo con el cansancio |
| Frecuencia | 100 a 120 por minuto | Ritmo demasiado rápido por efecto del estrés |
| Descompresión | Dejar que el pecho vuelva a subir por completo entre dos compresiones | Seguir apoyado sobre el pecho |
| Interrupciones | Reducirlas al mínimo; las dos insuflaciones no deben interrumpir las compresiones más de unos segundos | Pausas largas para comprobar, discutir o cambiar de sitio |
| Insuflaciones | Cada una dura alrededor de un segundo, con una elevación visible del pecho | Insuflaciones demasiado fuertes o demasiado largas que inflan el estómago |
| Relevos | Cambiar de reanimador aproximadamente cada dos minutos | Un solo reanimador que se agota sin decirlo |
| Superficie | Víctima sobre una superficie firme | Masaje sobre un colchón blando |

Las recomendaciones aceptan que los testigos sin formación, o formados pero que no quieren o no pueden realizar insuflaciones, practiquen **solo compresiones torácicas** continuas. Para las personas formadas, la secuencia de 30 compresiones y 2 insuflaciones sigue siendo la referencia en el adulto. Una mascarilla de bolsillo con válvula unidireccional protege al reanimador y debería figurar en todos los botiquines.

## El niño y el lactante

En el niño, la parada es casi siempre consecuencia de un fallo respiratorio (ahogamiento, atragantamiento, infección respiratoria grave, deshidratación severa). Por eso las recomendaciones pediátricas del ERC prevén que las personas formadas en reanimación pediátrica empiecen con **5 insuflaciones de rescate** y alternen después compresiones e insuflaciones según la relación enseñada en su formación pediátrica. Las recomendaciones precisan que un testigo formado únicamente en la reanimación del adulto debe aplicar lo que sabe en lugar de no hacer nada: una reanimación imperfecta es mucho mejor que la ausencia de reanimación.

- Profundidad: al menos un tercio del grosor del tórax (unos 4 cm en el lactante, unos 5 cm en el niño).
- Técnica: dos dedos o dos pulgares abrazando el tórax en el lactante; una o dos manos en el niño según su tamaño.
- Frecuencia: 100 a 120 por minuto, como en el adulto.

### Cuándo no empezar, cuándo detenerse

Un socorrista no inicia la reanimación ante signos evidentes de muerte antigua o lesiones manifiestamente incompatibles con la vida, ni cuando la escena es peligrosa. Se detiene cuando un profesional toma el relevo, cuando la víctima muestra signos de vida (movimientos, apertura de los ojos, respiración normal), cuando está agotado o cuando la escena se vuelve peligrosa. En contextos aislados se plantea la cuestión de la duración razonable de una reanimación sin desfibrilador y sin refuerzos; la decisión corresponde a un criterio médico, consultado a distancia si es posible, y al protocolo de la organización. El socorrista no debe cargar solo con esa decisión.

## Reanimación en equipo y desfibrilación: funciones, tiempos y situaciones especiales

Cuando hay varias personas presentes, la calidad de la reanimación depende más de la organización que de la técnica individual. Los equipos humanitarios, a menudo reunidos en una oficina, un punto de distribución o un campamento base, pueden entrenarse en un reparto sencillo de funciones.

### El reparto de funciones

| Función | Tareas | Quién |
|---|---|---|
| Coordinador | Comprueba la escena, asigna las funciones, supervisa la calidad (profundidad, ritmo, descompresión), anuncia los relevos cada dos minutos, anota las horas | El socorrista con más experiencia, que no hace el masaje él mismo mientras otros puedan hacerlo |
| Reanimador 1 | Compresiones torácicas | Socorrista formado |
| Reanimador 2 | Insuflaciones con mascarilla si está formado; releva en las compresiones | Socorrista formado |
| Alerta | Llama al servicio de emergencias o al punto focal médico, vuelve para confirmarlo, guía a los equipos de emergencia desde la entrada | Cualquier persona de confianza |
| Desfibrilador | Va a buscar el DEA y el botiquín, vuelve corriendo, enciende el aparato | Persona que conoce su ubicación |
| Gestión de testigos | Aparta a la multitud, preserva la dignidad de la víctima, informa a los allegados | Persona tranquila, idealmente que hable la lengua local |

### Utilizar el desfibrilador externo automatizado: secuencia detallada

1. En cuanto llegue el aparato, **encenderlo** y seguir las instrucciones de voz. Mientras tanto, las compresiones continúan.
2. **Descubrir el pecho**. Secarlo rápidamente si está mojado; rasurar o retirar rápidamente el vello si el aparato incluye una cuchilla y los electrodos no se adhieren; retirar un parche medicamentoso visible en el lugar donde debe colocarse el electrodo.
3. **Pegar los electrodos** según el esquema: en general, uno bajo la clavícula derecha y el otro en el lado izquierdo del tórax, bajo la axila. Evitar colocarlos directamente sobre un dispositivo implantado visible bajo la piel (marcapasos).
4. **Durante el análisis**, nadie toca a la víctima. El coordinador anuncia claramente que todos se aparten.
5. **Si se indica una descarga**, comprobar que nadie toca a la víctima y pulsar el botón (o dejar que el aparato la administre si es totalmente automático). Reanudar de inmediato las compresiones, sin esperar ni comprobar la respiración.
6. **Si no se indica descarga**, reanudar de inmediato las compresiones. La ausencia de descarga no significa que la víctima esté mejor.
7. Continuar siguiendo las instrucciones del aparato, que vuelve a analizar a intervalos regulares. **No retirar los electrodos**, aunque la víctima recupere una respiración normal.

En el niño, utilizar electrodos pediátricos o el modo pediátrico si el aparato lo tiene; en su defecto, las recomendaciones aceptan el uso de electrodos de adulto, colocados de manera que no se toquen (por ejemplo, uno delante y otro en la espalda).

### Situaciones especiales

- **Ahogamiento**: la parada es de origen respiratorio. Las recomendaciones prevén que un reanimador formado empiece con **5 insuflaciones** antes de las compresiones. No entrar en

el agua sin formación en salvamento acuático: tender, lanzar, no lanzarse.

- **Embarazo avanzado**: la reanimación se realiza de la misma forma. Las recomendaciones especializadas prevén, cuando hay un segundo reanimador disponible y el útero está visiblemente aumentado de tamaño, desplazarlo manualmente hacia la izquierda para mejorar el retorno de la sangre al corazón.
- **Traumatismo**: la parada cardíaca traumática tiene causas específicas (hemorragia, obstrucción de la vía aérea). El socorrista controla primero una hemorragia masiva y después reanima.
- **Intoxicación por opioides**: en los programas que lo autorizan, los socorristas formados pueden administrar naloxona. Esta maniobra no sustituye ni la alerta ni la reanimación.
- **Electrocución**: cortar la corriente antes de cualquier contacto.
- **Epidemia de enfermedad de transmisión respiratoria**: las recomendaciones publicadas durante la pandemia de COVID-19 aconsejaron a los testigos dar prioridad a las compresiones solas y cubrir la boca y la nariz de la víctima con una tela. Seguir las instrucciones vigentes en el momento de la epidemia.

### Los signos de alarma que preceden a la parada

Una parte de las paradas cardíacas va precedida de signos que permiten actuar antes.

- **Dolor torácico indicativo de un ataque cardíaco**: dolor u opresión en el centro del pecho, que puede irradiarse hacia el brazo, la mandíbula o la espalda, con sudoración, náuseas, falta de aire. Colocar a la persona en reposo en la posición en que se sienta mejor, alertar de inmediato y, si el protocolo de la organización y la formación lo prevén, en ausencia de alergia o contraindicación conocida, hacerle masticar aspirina en el caso de un adulto consciente, como permiten las recomendaciones europeas de primeros auxilios. Preparar el desfibrilador.
- **Accidente cerebrovascular (ictus)**: cara asimétrica, debilidad de un brazo, trastorno del habla, de aparición brusca. La herramienta FAST (Face, Arm, Speech, Time: cara, brazo, habla, tiempo) o una escala equivalente ayuda a reconocerlo. Anotar la hora de inicio de los signos, alertar, no dar nada por la boca.

## Atragantamiento y hemorragias: técnicas detalladas y puntos de atención

### Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño

El principio de las recomendaciones es reconocer la gravedad y aplicar después una secuencia sencilla y repetida.

| Situación | Adulto y niño mayor de un año | Lactante (menor de un año) |
|---|---|---|
| Tos eficaz, puede hablar | Animar a toser, quedarse al lado, vigilar | Vigilar, dejar toser |
| Tos ineficaz, víctima consciente | Hasta 5 golpes en la espalda, inclinada hacia delante; después hasta 5 compresiones abdominales; alternar | Hasta 5 golpes en la espalda, con la cabeza más baja que el cuerpo; después hasta 5 compresiones torácicas con dos dedos; alternar |
| Pérdida de consciencia | Tumbar en el suelo, alertar, iniciar la reanimación | Alertar, iniciar la reanimación pediátrica |

- Después de cada golpe o compresión, comprobar si se ha resuelto la obstrucción: no es necesario completar las cinco.
- No hacer un barrido a ciegas con el dedo en la boca; retirar solo un objeto claramente visible y accesible.
- En una mujer en un estado avanzado de embarazo o en una persona cuyo abdomen no se puede rodear, muchos programas enseñan compresiones torácicas en lugar de compresiones abdominales: seguir el protocolo de la propia formación.
- Toda persona que haya recibido compresiones abdominales debe ser examinada por un profesional sanitario, por el riesgo de lesión interna.

### Hemorragias: la jerarquía de las maniobras

Las directrices de la FICR de 2020 y las recomendaciones del ERC de 2021 coinciden en una jerarquía clara:

1. **Compresión directa manual** firme y continua sobre la herida, con guantes si es posible, a través de un apósito o una tela limpia. Es la primera maniobra para la gran mayoría de los sangrados.
2. **Apósito hemostático** (apósito impregnado de un agente que favorece la coagulación), cuando el socorrista está formado y dispone del material, en particular para las heridas en las que no es posible un torniquete.
3. **Torniquete** para una hemorragia potencialmente mortal en un miembro, cuando la compresión no basta o no es factible. Es preferible un torniquete comercial; un torniquete improvisado solo se recomienda en su defecto, por un socorrista formado en su fabricación, porque a menudo falla.

Las recomendaciones recientes ya no incluyen la elevación del miembro ni la compresión a distancia sobre un «punto de compresión» como maniobras de control de hemorragias, por falta de pruebas de eficacia.

### El torniquete: técnica y trampas

- Colocarlo en el miembro, por encima de la herida (entre la herida y el corazón), a unos centímetros de ella, nunca sobre una articulación. Si la herida es difícil de localizar, muchos protocolos de traumatología de guerra enseñan a colocarlo alto en el miembro.

- Apretar hasta que **cese el sangrado**. Un torniquete insuficientemente apretado puede aumentar el sangrado al bloquear el retorno venoso sin bloquear el aporte arterial.
- Si el sangrado persiste a pesar de un torniquete correctamente apretado, puede colocarse un segundo torniquete justo por encima del primero, según la formación recibida.
- La colocación es dolorosa: avisar a la víctima, no aflojarlo para aliviarla.
- **Anotar la hora** de colocación de forma visible (en el torniquete, en la piel, en la ficha). No cubrir el torniquete con ropa o mantas que lo oculten al equipo médico.
- Solo un equipo médico decide aflojarlo o sustituirlo por otro método.

### Heridas de unión y relleno

En las zonas de unión (ingle, axila, base del cuello), un torniquete de miembro es imposible. El socorrista formado rellena la herida con gasas o un apósito hemostático, empaquetándolos hasta el fondo, y después comprime con firmeza durante mucho tiempo. Esta técnica se enseña en las formaciones de traumatología; se retoma en el día 4.

### El estado de shock: vigilar y prevenir el empeoramiento

El shock es un fallo de la circulación. El socorrista no puede tratarlo, pero puede evitar que empeore: detener el sangrado, tumbar a la víctima, protegerla del frío (manta aislante por debajo y por encima), tranquilizarla, no darle nada de beber ni de comer, vigilarla y hacer que la evacúen. Las recomendaciones europeas aceptan elevar las piernas de una víctima en shock sin traumatismo, durante un tiempo limitado; en caso de traumatismo, se la deja en posición horizontal. Signos que deben transmitirse: palidez, sudor frío, pulso rápido y débil, respiración rápida, sed, agitación y después somnolencia.

> El orden no se discute: una hemorragia masiva se trata antes que todo lo demás. Una víctima que sangra abundantemente de un muslo puede morir en pocos minutos; ni la alerta ni la valoración completa deben retrasar la compresión o el torniquete, que pueden confiarse a un testigo guiado si el socorrista tiene que dar la alerta.

## Ejemplo completo: parada cardíaca en las instalaciones de una oficina de terreno

Contexto ficticio: oficina de la organización «Solidarité Vallée Verte» en Kalo, 22 empleados, situada a 15 minutos del hospital regional, que dispone de servicio de urgencias y de ambulancia. La oficina cuenta con un desfibrilador, adquirido el año anterior a raíz de una auditoría de seguridad y colocado en la recepción. Cuatro empleados están certificados en primeros auxilios. El plan médico se puso a prueba en un simulacro tres meses antes.

### La cronología minuto a minuto

| Tiempo transcurrido | Acontecimiento | Acción y responsable |
|---|---|---|
| 0 min 00 | Durante una reunión, el Sr. T., contable de 56 años, se desploma en su silla y luego se desliza al suelo. | La Sra. A., logista certificada, comprueba la escena (ningún peligro), lo estimula con la voz y sacudiéndole los hombros: ninguna respuesta. |
| 0 min 15 | Le inclina la cabeza hacia atrás, eleva el mentón y observa la respiración: dos movimientos lentos y ruidosos en diez segundos. | Reconoce las boqueadas. Designa por su nombre a un compañero: «Karim, llama al hospital, di parada cardíaca en la oficina, pon el altavoz y vuelve»; y a otra: «Lina, el desfibrilador de la recepción, corre». |
| 0 min 30 | La Sra. A. inicia las compresiones. | La víctima está tumbada en el suelo, sobre las baldosas. Ritmo contado en voz alta. |
| 1 min 10 | El Sr. B., segundo socorrista certificado, llega con la mascarilla de bolsillo del botiquín. | Se coloca a la cabeza. Comienza la secuencia de 30 compresiones y 2 insuflaciones. La Sra. A. le encarga también controlar el tiempo. |
| 1 min 40 | Llega el desfibrilador. | Lina lo enciende. Las compresiones continúan mientras el Sr. B. descubre y seca el pecho y pega los electrodos. |
| 2 min 05 | Análisis: descarga recomendada. | La Sra. A. ordena que todos se aparten, lo comprueba visualmente y administra la descarga. Las compresiones se reanudan de inmediato. |
| 2 min 10 | Karim confirma que la ambulancia ha salido, con un tiempo de llegada anunciado de 12 minutos. | El coordinador pide a Karim que vaya a recibir a la ambulancia en el portón y a una compañera que despeje el pasillo. |
| 4 min 05 | Segundo análisis: descarga recomendada. | Relevo en las compresiones (el Sr. B. hace el masaje, la Sra. A. pasa a la cabeza). Descarga administrada, reanudación inmediata. |
| 6 min 05 | Tercer análisis: no se recomienda descarga. | Reanudación de las compresiones. |
| 6 min 40 | La víctima mueve un brazo y respira de forma más regular. | Se detienen las compresiones y se comprueba la respiración: normal. Víctima colocada en posición lateral de seguridad, electrodos en su sitio, desfibrilador encendido. |
| 13 min 30 | Llega la ambulancia. | Transmisión por parte de la Sra. A. con la hoja de registro horario: hora del desplome, inicio de la reanimación, número de descargas y sus horas, recuperación de la respiración, tratamiento habitual indicado por un compañero. |

### Por qué fue posible este resultado

- **Tiempo entre el desplome y las compresiones**: 30 segundos, gracias al reconocimiento inmediato de las boqueadas.
- **Tiempo hasta la primera descarga**: unos 2 minutos, porque el aparato estaba a menos de un minuto corriendo y todos conocían su ubicación.
- **Órdenes nominales**: «Karim, llama» es más eficaz que «que alguien llame».
- **Interrupciones limitadas**: colocación de los electrodos durante las compresiones, reanudación inmediata tras la descarga.
- **Trazabilidad**: la persona encargada del tiempo anotó las horas, lo que permitió una transmisión completa.

### La misma situación en una base aislada

Si la misma víctima se desploma en una base situada a cuatro horas del hospital más cercano, sin desfibrilador, las posibilidades de supervivencia son mucho menores. Aun así, debe iniciarse de inmediato una reanimación de calidad, darse la alerta y buscarse consejo médico. Esta diferencia ilustra dos decisiones de gestión: la compra de desfibriladores para las bases con mucho personal o con personal expuesto a riesgo cardiovascular, y la consideración de los antecedentes médicos en los reconocimientos médicos previos a la asignación, respetando la confidencialidad.

### Un segundo caso breve: hemorragia en un punto de distribución

Durante una distribución, un empujón hace caer a un hombre sobre una chapa. Herida profunda en la cara interna del muslo, sangrado abundante y continuo. El socorrista comprime de inmediato con las dos manos con un apósito grueso, cargando todo su peso, y pide el torniquete del botiquín. La compresión no basta: la sangre traspasa rápidamente. Coloca el torniquete comercial en el muslo por encima de la herida, aprieta hasta que cesa el sangrado, anota la hora con rotulador en el torniquete y en la ficha, tumba a la víctima, la abriga y hace avisar al socio de salud del emplazamiento, que organiza el traslado al hospital con quirófano. La distribución se suspende el tiempo necesario para recuperar el control de la multitud.

## Herramientas: composición de los botiquines, ficha de reanimación y revisión del material

Las composiciones siguientes son orientativas. Deben ser validadas por el referente médico de la organización, adaptadas a los riesgos del contexto y al nivel de formación del personal, y conformes a la normativa del país. No debe añadirse ningún medicamento a un botiquín sin el protocolo y la formación correspondientes.

### Botiquín de vehículo y botiquín de oficina

| Categoría | Contenido | Observación |
|---|---|---|
| Protección | Guantes no estériles de varias tallas, mascarilla de bolsillo con válvula, gafas de protección, solución hidroalcohólica, bolsas de residuos | Los guantes son el consumible que antes se agota |
| Hemorragia | Torniquete comercial (al menos uno por vehículo, más en zonas de riesgo), vendajes compresivos de emergencia, gasas, apósito hemostático si hay formación | Formar en la colocación sobre uno mismo y sobre un compañero |
| Heridas y quemaduras | Gasas estériles, vendas, esparadrapo, film transparente o apósito para quemaduras, agua limpia en cantidad | El film transparente cubre una quemadura después de enfriarla |
| Inmovilización | Vendas triangulares, férulas maleables, tijeras de punta roma | A menudo se olvidan en los botiquines de vehículo |
| Entorno | Mantas aislantes, sales de rehidratación oral | La manta es útil incluso con calor para un herido que sangra |
| Documentación | Fichas de valoración y de vigilancia, rotulador, lápiz, ficha de alerta y números de emergencia | Verificar los números cada mes |
| Equipamiento de oficina | Desfibrilador con electrodos de repuesto para adulto y pediátricos, camilla o camilla flexible | Comprobar el indicador del aparato y la fecha de los electrodos y de la batería |

## Ficha de revisión mensual

| Punto de control | Conforme | Acción |
|---|---|---|
| Precinto del botiquín intacto o inventario completo | | |
| Fechas de caducidad (apósitos estériles, sales de rehidratación, electrodos) | | |
| Torniquete presente, embalado, accesible sin tener que desembalarlo todo | | |
| Indicador de buen funcionamiento del desfibrilador | | |
| Números de emergencia probados | | |
| Firma de quien revisa y fecha | | |

## Ficha recordatorio de reanimación (para plastificar)

1. ¿Escena segura?
2. ¿No responde? Pedir ayuda.
3. Abrir la vía aérea, observar la respiración (10 segundos como máximo).
4. No respira con normalidad: hacer que se dé la alerta (altavoz) y que se traiga el desfibrilador, mediante personas designadas por su nombre.
5. Compresiones: centro del pecho, 5 a 6 cm, 100 a 120 por minuto, descompresión completa.

6. Si está formado: 30 compresiones, 2 insuflaciones. Si no: solo compresiones continuas.
7. Desfibrilador: encender, seguir las instrucciones, nadie toca durante el análisis y la descarga, reanudar de inmediato.
8. Relevo cada dos minutos; anotar las horas.

### Ficha de trazabilidad de una reanimación

| Información | Hora o valor |
|---|---|
| Hora del desplome o del hallazgo | |
| Desplome presenciado (sí o no) | |
| Hora de inicio de las compresiones | |
| Hora de llegada y de puesta en marcha del desfibrilador | |
| Horas y número de descargas administradas | |
| Insuflaciones realizadas (sí o no) | |
| Hora de recuperación de una respiración normal, en su caso | |
| Hora de llegada de la ayuda y nombre de la persona que tomó el relevo | |

## Errores frecuentes, variaciones según el contexto y expectativas de los evaluadores

### Errores frecuentes y cómo evitarlos

- **Dudar en empezar** por miedo a hacerlo mal o a hacer daño. Las costillas pueden fracturarse durante una reanimación eficaz; no es motivo para detenerse. Una víctima en parada cardíaca no puede empeorar por una reanimación: sin ella, muere.
- **Compresiones demasiado superficiales**, sobre todo después del primer minuto. Los relevos periódicos y la supervisión del coordinador son la solución.
- **Detener las compresiones para comprobar** periódicamente la respiración o el pulso: solo el desfibrilador o unos signos de vida evidentes justifican detenerse.
- **Retrasar la descarga** para terminar un ciclo o para comprobar: seguir el aparato.
- **Desfibrilador inutilizable**: batería descargada, electrodos caducados, aparato guardado bajo llave en un despacho. Revisión mensual y ubicación accesible en todo momento.
- **Torniquete demasiado flojo, mal colocado o aflojado** por el socorrista «para aliviar»; torniquete oculto bajo una manta sin hora anotada.
- **Compresión directa aflojada** para mirar si el sangrado se ha detenido: se mantiene sin aflojar.
- **Dar de beber** a una víctima en shock o que tendrá que ser operada.
- **Barrido a ciegas** de la boca en un atragantamiento.

### Variaciones según el contexto

**Crisis repentina**: número elevado de víctimas, desfibriladores escasos, prioridad al control de las hemorragias y a la vía aérea. Una parada cardíaca traumática en un contexto de afluencia masiva de víctimas corresponde al triaje (día 4): los recursos se dirigen a las víctimas que pueden salvarse.

**Crisis prolongada**: las competencias se erosionan. Las recomendaciones sobre educación insisten en reciclajes frecuentes y breves; una sesión práctica de unas decenas de minutos con maniquí varias veces al año mantiene mejor las técnicas que una formación larga renovada en raras ocasiones.

**Campamento y punto de distribución**: prever un puesto de primeros auxilios visible, un socorrista dedicado que no participe en la distribución y un circuito de evacuación hacia la clínica del emplazamiento. Formar a voluntarios comunitarios.

**Medio urbano**: puede haber desfibriladores públicos; identificarlos e incluirlos en el plan.

**Inseguridad**: la reanimación de una víctima en una zona expuesta a disparos no es factible; la prioridad es ponerse a cubierto y después controlar las hemorragias. Las formaciones de primeros auxilios en zonas de conflicto, como las del CICR, distinguen claramente lo que puede hacerse bajo amenaza y lo que solo puede hacerse en una zona segura.

**Socios con baja capacidad**: prever en el presupuesto los maniquíes de formación, los torniquetes de entrenamiento, los botiquines y los reciclajes. Un torniquete comercial cuesta poco en comparación con una vida; su ausencia en un vehículo expuesto es difícil de justificar en una investigación posterior a un incidente.

### Qué examinan los evaluadores

- Porcentaje de personal de terreno certificado y al día, por base y por socio.
- Presencia de torniquetes comerciales en los vehículos expuestos y de desfibriladores en las oficinas y bases en las que esté justificado.
- Simulacros de reanimación realizados y cronometrados.
- Informes de incidentes que describan las maniobras, los tiempos y las lecciones aprendidas.
- Conformidad de las formaciones con las recomendaciones vigentes (FICR 2020, ERC 2021 o protocolo nacional).

## Preguntas de entrevista y referencias clave

#### 1. «¿Cómo reconoce una parada cardíaca y qué hace en el primer minuto?»

Una buena respuesta cita los dos criterios (no responde, no respira con normalidad), la trampa de las boqueadas, la alerta precoz y el envío de una persona designada por su nombre a buscar el desfibrilador, y después el inicio inmediato de compresiones de calidad. Menciona la posibilidad de hacer solo compresiones y la secuencia 30/2 para las personas formadas.

#### 2. «¿Por qué instalar un desfibrilador en una base y cómo asegurarse de que se utilizará?»

El candidato explica que la desfibrilación precoz es el factor más determinante de la supervivencia en algunas paradas cardíacas y habla después de una ubicación accesible y

conocida, de la formación del personal, de la revisión periódica del aparato, los electrodos y la batería, y de los simulacros.

**3. «Un compañero sangra abundantemente de la pierna tras un accidente. Describa sus maniobras.»**

Empieza por la seguridad y los guantes si es posible, después compresión directa firme, torniquete si la compresión no basta o no es posible, hora anotada, torniquete visible y sin aflojar, protección contra el frío, alerta y evacuación a un centro quirúrgico. Menciona el abandono de la elevación y de los puntos de compresión.

**4. «Un niño se atraganta durante una actividad en un espacio amigable para la infancia. ¿Qué debe saber hacer el equipo?»**

Distingue la tos eficaz de la obstrucción grave, describe la alternancia de golpes en la espalda y compresiones abdominales en el niño mayor de un año, y de golpes y compresiones torácicas en el lactante, la conducta en caso de pérdida de consciencia y la consulta médica después de compresiones abdominales. Añade la formación del equipo y la presencia de una persona formada en cada actividad.

**5. «¿Cómo mantiene las competencias de reanimación en un equipo con mucha rotación?»**

Cita los reciclajes breves y frecuentes, el entrenamiento con maniquí, los simulacros cronometrados, el seguimiento de las certificaciones, la formación integrada en la acogida de las personas recién llegadas y la difusión de fichas recordatorio.

## Referencias clave

- *Directrices internacionales de primeros auxilios, reanimación y educación* (2020): FICR.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021): capítulos sobre soporte vital básico del adulto, soporte vital pediátrico, circunstancias especiales y primeros auxilios.
- Consensos científicos anuales del ILCOR sobre reanimación y primeros auxilios.
- *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia*: CICR.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured* (Atención básica de emergencia): OMS y CICR.
- *El Manual Esfera* (2018), normas de salud relativas a la atención de traumatismos y a las urgencias.

> Recordatorio: este curso en línea no sustituye una formación práctica certificada. La reanimación, la desobstrucción y la colocación de un torniquete exigen un entrenamiento práctico supervisado y reciclajes periódicos.

### Ejercicio: el botiquín del vehículo

Revise el botiquín de un vehículo o de una oficina de su organización. ¿Contiene guantes, apósitos compresivos, un torniquete, una manta de supervivencia, sobres de sales de rehidratación oral, tijeras, una mascarilla de insuflación y la lista de números de urgencia? Anote lo que falta y las fechas de caducidad, y transmítalo al logista.

### Para recordar

- No responde y no respira con normalidad: alerta, DEA, compresiones torácicas.
- Compresiones de 5 a 6 cm, de 100 a 120 por minuto; 30:2 si está formado, si no compresiones solas.
- Respira pero no responde: posición lateral de seguridad y vigilancia.
- Atragantamiento total: 5 golpes en la espalda, 5 compresiones abdominales, alternando.
- Hemorragia: compresión directa; torniquete si no basta, con la hora anotada.

## Cuestionario

1. El ritmo correcto de las compresiones torácicas en el adulto es:
   A. Una cada 5 segundos
   B. 60 por minuto
   C. De 100 a 120 por minuto
   D. 200 por minuto

2. Una persona se atraganta pero tose con fuerza y habla. Usted:
   A. La anima a toser y se queda a su lado
   B. Hace compresiones abdominales
   C. Da 5 golpes en la espalda
   D. Le da de beber

3. Tras colocar un torniquete, hay que:
   A. Ocultarlo bajo la ropa
   B. Anotar la hora y no aflojarlo
   C. Quitarlo en cuanto deje de sangrar
   D. Aflojarlo cada 10 minutos

**Respuestas del cuestionario :** 1. B · 2. C · 3. B

# Día 3 : Traumatismos, entorno y primeros auxilios psicológicos

**Objetivos**

- Atender quemaduras, heridas, fracturas y traumatismos craneales.
- Reconocer y tratar el golpe de calor, la hipotermia, la deshidratación y las mordeduras.
- Brindar primeros auxilios psicológicos.

## Quemaduras, heridas y fracturas

**Quemadura**: enfríe de inmediato con agua limpia y templada durante **al menos 20 minutos**; quite anillos y ropa que no esté pegada; cubra con film plástico o un apósito limpio no adherente. Nunca mantequilla, aceite, pasta de dientes ni hielo; no reviente las ampollas. Quemadura extensa, en la cara, las manos o los genitales, o en un niño: consulta médica.

**Herida simple**: lave con agua limpia y jabón, cubra con un apósito limpio; compruebe la vacunación antitetánica. **Objeto clavado**: no lo retire; manténgalo en su lugar con apósitos alrededor.

**Fractura o esguince**: no intente recolocar; inmovilice en la posición encontrada (férula improvisada, cabestrillo) y compruebe el color y la sensibilidad de los dedos. Fractura abierta: cubra la herida con un apósito limpio.

**Cabeza y columna**: tras una caída o un accidente de tráfico, limite los movimientos de la cabeza y el cuello de una víctima consciente. Pérdida de conocimiento, vómitos repetidos, confusión o somnolencia tras un golpe en la cabeza: evacuación médica.

## Calor, frío y deshidratación

El **golpe de calor** (temperatura muy alta, confusión, piel caliente, a veces convulsiones) es una urgencia vital. Enfríe de inmediato, preferentemente por inmersión en agua fría hasta el cuello si es posible; si no, moje a la persona y abaníquela, a la sombra. El **agotamiento por calor** (cansancio, calambres, sudor): reposo a la sombra y solución de rehidratación.

**Hipotermia**: ponga a la persona a resguardo, quite la ropa mojada, aíslela del suelo, cúbrala (manta de supervivencia), recaliéntela de forma progresiva y manipúlela con suavidad.

**Diarrea y deshidratación**: dé **sales de rehidratación oral** (SRO) en pequeños sorbos frecuentes; continúe la lactancia materna en los lactantes. Signos de alarma que requieren atención médica: niño letárgico o incapaz de beber, ojos hundidos, sangre en las heces, diarrea acuosa abundante (pensar en el cólera).

## Mordeduras, picaduras, convulsiones y malestares

- **Mordedura de serpiente**: calme y acueste a la víctima, inmovilice el miembro, quite anillos y pulseras, y trasládela a un centro con antiveneno. Nada de torniquete, incisión, succión ni hielo.
- **Mordedura de animal** (perro, mono, murciélago): lave la herida 15 minutos con agua y jabón, y luego consulte rápidamente para la prevención de la rabia.
- **Convulsiones**: proteja de los objetos cercanos, no ponga nada en la boca, no impida los movimientos; anote la duración; después, posición lateral de seguridad. Alerta si la crisis dura más de 5 minutos o se repite.
- **Hipoglucemia** en una persona diabética consciente y capaz de tragar: azúcar, zumo o bebida azucarada.
- **Reacción alérgica grave** (hinchazón de la cara, dificultad para respirar): ayude a la persona a usar su autoinyector de adrenalina si lo tiene, y dé la alerta.

## Primeros auxilios psicológicos

Tras un acontecimiento violento, la mayoría de las personas tienen reacciones normales (miedo, llanto, aturdimiento, ira). Los **primeros auxilios psicológicos** (OMS, 2011) ofrecen un apoyo humano y práctico, sin obligar a nadie a hablar.

- **Observar**: seguridad, necesidades urgentes, personas en gran angustia.
- **Escuchar**: presentarse, ofrecer ayuda, escuchar sin juzgar, ayudar a calmarse.
- **Conectar**: con las necesidades básicas (agua, refugio, noticias de los allegados), la información y los servicios (salud, salud mental, protección).

Evite prometer lo que no puede cumplir, forzar el relato o dar su propia interpretación. Cuídese también: tras una intervención difícil, hable con un colega o con el apoyo psicológico de su organización.

## Traumatismos: quemaduras, heridas, cabeza, columna y miembros en detalle

> Este curso en línea no sustituye una formación práctica certificada en primeros auxilios. Las técnicas de inmovilización, de vendaje y de movilización de un herido exigen un aprendizaje práctico, supervisado por un formador cualificado, y un mantenimiento periódico.

### Quemaduras térmicas: el método completo

1. **Detener el proceso**: alejar de la fuente; si la ropa arde, hacer rodar a la persona por el suelo o sofocar las llamas con una manta.
2. **Enfriar** de inmediato con agua limpia y fresca, preferiblemente corriente, durante **al menos 20 minutos**, como recomiendan las directrices de la FICR y del ERC. El enfriamiento sigue siendo útil aunque se inicie con algo de retraso. Nada de hielo ni de agua helada.

3. **Retirar** anillos, relojes, pulseras y la ropa que no esté pegada durante el enfriamiento, antes de que aparezca la hinchazón.
4. **Proteger contra la hipotermia**: en el niño y cuando la quemadura es extensa, enfriar la zona quemada manteniendo abrigado el resto del cuerpo. Es un punto de atención importante en los emplazamientos de personas desplazadas, donde el agua puede estar fría y los alojamientos mal aislados.
5. **Cubrir** sin apretar con film transparente colocado en tiras, o con un apósito limpio no adherente. No reventar las ampollas ni aplicar nada más (ni pasta, ni aceite, ni mantequilla, ni pasta de dientes, ni remedios tradicionales).
6. **Evaluar la gravedad** para decidir la derivación.

Para estimar la extensión, una regla sencilla consiste en considerar que la palma de la mano de la víctima, dedos incluidos, representa aproximadamente el 1 % de la superficie de su cuerpo. Las quemaduras deben ser vistas por un profesional cuando son extensas o profundas (piel blanca, acartonada o ennegrecida, poco dolorosa), cuando afectan a la cara, las manos, los pies, las articulaciones, el perineo o los genitales, cuando rodean por completo un miembro, cuando afectan a un niño pequeño o a una persona mayor, o cuando existe riesgo de afectación de la vía aérea (quemadura en un espacio cerrado, hollín alrededor de la boca o la nariz, voz ronca, tos).

### Quemaduras químicas y eléctricas

- **Producto químico**: protegerse (guantes, gafas), retirar la ropa contaminada, cepillar un polvo seco antes de aclarar y después aclarar con abundante agua durante mucho tiempo. Identificar el producto (etiqueta, ficha) y transmitir la información.
- **Ojo afectado por un producto químico**: lavado inmediato, abundante y prolongado con agua limpia, manteniendo los párpados abiertos y dirigiendo el agua de manera que no contamine el otro ojo; derivación médica urgente.
- **Electricidad**: cortar la corriente antes de cualquier contacto. La quemadura visible puede ser pequeña mientras que las lesiones internas y el riesgo de alteración del ritmo cardíaco son importantes: toda víctima de una electrocución debe ser evaluada médicamente. Prepararse para la reanimación.

### Heridas: limpiar, cubrir, derivar

Las directrices recomiendan limpiar las heridas superficiales con abundante agua limpia, corriente si es posible, y cubrirlas después con un apósito limpio. Es necesario derivar a un profesional sanitario en caso de herida profunda, amplia o contaminada con tierra, herida por mordedura, herida en la mano o la cara, o herida en una persona cuya vacunación antitetánica no está al día o se desconoce. Un objeto clavado no se retira: se estabiliza con apósitos colocados alrededor.

### Traumatismo craneal

Tras un golpe en la cabeza, el socorrista busca **signos de alarma** que exigen una evaluación médica urgente: pérdida de consciencia aunque sea breve, confusión, somnolencia creciente, vómitos repetidos, dolor de cabeza que empeora, convulsiones, debilidad o entumecimiento de un miembro, trastorno del habla o de la visión, salida de sangre o de líquido claro por la nariz o

los oídos, comportamiento inusual. Las recomendaciones europeas desaconsejan que un socorrista utilice por sí solo una escala simplificada para decidir que una conmoción es leve: en caso de duda, es necesaria la opinión de un profesional. La víctima no debe quedarse sola ni conducir en las horas siguientes.

### Sospecha de lesión de la columna vertebral

Las directrices actuales **no recomiendan** que un socorrista coloque un collarín cervical, por los posibles efectos adversos y la ausencia de beneficio demostrado. En una víctima consciente, se le pide que no se mueva y se limitan los movimientos de la cabeza y el cuello; si es necesario, se sujeta manualmente la cabeza en la posición en que se encontró. En una víctima inconsciente que respira, prima la protección de la vía aérea: si hay que colocarla de lado, se hace limitando al máximo los movimientos del eje cabeza-cuello-tronco, entre varias personas si es posible.

### Miembros: fracturas, esguinces, luxaciones

- No intentar realinear un miembro deformado; inmovilizar en la posición en que se encontró o en la menos dolorosa, abarcando las articulaciones por encima y por debajo.
- Comprobar antes y después de la inmovilización el color, la temperatura y la sensibilidad de las extremidades.
- Fractura abierta: cubrir la herida con un apósito limpio, controlar un posible sangrado, no recolocar el hueso.
- Esguince y contusión cerrada: el frío (hielo envuelto en un paño o bolsa de frío) puede aliviar, durante periodos limitados y sin contacto directo con la piel.
- Dolor intenso en el muslo o la pelvis tras un traumatismo violento: riesgo de hemorragia interna; vigilar los signos de shock y hacer que se evacúe a la víctima.

## Entorno y urgencias médicas: calor, frío, deshidratación, mordeduras, intoxicaciones

### Las enfermedades relacionadas con el calor

| Forma | Signos | Conducta a seguir |
|---|---|---|
| Calambres por calor | Dolores musculares durante o después del esfuerzo, con calor | Reposo a la sombra, estiramientos suaves, bebida con electrolitos (solución de rehidratación) |
| Agotamiento por calor | Cansancio, debilidad, sudoración abundante, náuseas, dolor de cabeza, mareos, consciencia normal | Reposo a la sombra o en un lugar fresco, tumbar, enfriar (mojar, ventilar), dar a beber una solución de rehidratación o una bebida con electrolitos; si no mejora rápidamente, consejo médico |
| Golpe de calor | Alteraciones del comportamiento, confusión, convulsiones, pérdida de consciencia; piel caliente, seca o sudorosa; temperatura muy elevada | Emergencia vital. Enfriamiento inmediato y activo, preferiblemente por inmersión del cuerpo hasta el cuello en agua fría; en su defecto, cualquier método de enfriamiento disponible (rociar con agua, ventilar, paños mojados). Alertar. No dar de beber si la consciencia está alterada. |

Las recomendaciones del ERC y de la FICR insisten en la precocidad del enfriamiento: debe empezar en el lugar, antes del transporte, y no esperar a una medición de la temperatura. La decisión de detenerlo corresponde al protocolo y, si es posible, a un consejo médico.

En prevención, las organizaciones pueden utilizar el índice de temperatura de globo y bulbo húmedo (WBGT) para adaptar el trabajo físico, prever horarios frescos para las distribuciones, sombra, agua y pausas, y prestar especial atención a las personas mayores, los niños pequeños, las mujeres embarazadas, las personas enfermas y los trabajadores que llevan equipos pesados.

### El frío

**Hipotermia**: escalofríos, piel fría, movimientos torpes y, después, confusión, somnolencia y desaparición de los escalofríos en las formas graves. Resguardar del viento y la humedad, retirar la ropa mojada, aislar del suelo, cubrir incluida la cabeza, manipular con suavidad (los movimientos bruscos pueden desencadenar una alteración del ritmo cardíaco), dar una bebida caliente y azucarada solo si la persona está consciente y traga con normalidad. **Congelación**: no frotar, no recalentar si es posible que vuelva a congelarse antes de llegar a un lugar seguro; proteger y derivar.

### Diarrea y deshidratación

Las sales de rehidratación oral (SRO) de osmolaridad reducida recomendadas por la OMS y UNICEF se preparan estrictamente según las instrucciones del sobre, con agua potable o tratada, y la solución se conserva durante un tiempo limitado. Una solución demasiado concentrada es peligrosa, en particular para el lactante. En el niño, la AIEPI recomienda continuar la lactancia materna y la alimentación; el tratamiento con zinc corresponde a un profesional sanitario.

Signos de deshidratación grave según la AIEPI, que exigen atención en un centro de salud: letargo o inconsciencia, incapacidad para beber o bebe muy mal, ojos hundidos, pliegue cutáneo que desaparece muy lentamente. Una diarrea acuosa abundante de aparición brusca, sobre todo en el adulto y en un contexto epidémico, debe hacer pensar en el cólera y activar la alerta al sistema de vigilancia sanitaria.

### Mordeduras y picaduras

- **Serpiente**: según las directrices de la OMS sobre el manejo de las mordeduras de serpiente, tranquilizar, tumbar e inmovilizar el miembro y, si es posible, a toda la persona, retirar anillos y ropa ajustada, y trasladar sin demora a un centro que disponga de suero antiofídico y sea capaz de vigilar. Nada de torniquete, incisión, succión, hielo, productos aplicados sobre la herida ni remedios tradicionales. Algunos protocolos regionales prevén un vendaje de compresión-inmovilización para determinadas especies: solo se aplica si el protocolo local lo prevé y el socorrista ha sido formado en ello. Anotar la hora de la mordedura y la evolución de los signos (hinchazón, sangrado, párpados caídos, dificultad para tragar o respirar).
- **Animal que puede transmitir la rabia** (perro, gato, mono, murciélago): la OMS recomienda un lavado inmediato y abundante de la herida con agua y jabón durante unos

quince minutos y, después, una consulta rápida para la profilaxis posexposición antirrábica, que es una urgencia médica. Comprobar la vacunación antitetánica.
- **Escorpión**: tranquilizar, inmovilizar, aplicar frío en el punto de la picadura, derivar con rapidez, en particular a los niños pequeños, más expuestos a las formas graves.
- **Reacción alérgica grave (anafilaxia)**: dificultad respiratoria, hinchazón de la cara o la garganta, malestar, erupción. Ayudar a la persona a utilizar su autoinyector de adrenalina (cara externa del muslo) y alertar; las recomendaciones europeas prevén una segunda dosis a los 5 minutos si los signos persisten y se dispone de un segundo inyector. Posición sentada si predomina la dificultad respiratoria, tumbada si la persona se siente mal.

### Otras urgencias médicas

- **Hipoglucemia** en una persona diabética consciente y capaz de tragar: las recomendaciones europeas aconsejan 15 a 20 gramos de glucosa (comprimidos) o, en su defecto, otro azúcar de absorción rápida (bebida azucarada, azúcar), y después una revaluación al cabo de unos quince minutos; si la persona no mejora o pierde la consciencia, alertar y no darle nada por la boca.
- **Convulsiones**: proteger, no poner nada en la boca, no sujetar los movimientos, cronometrar; alertar si la crisis dura más de 5 minutos, se repite, o se produce en una mujer embarazada, una persona herida o una persona sin antecedentes conocidos; después, posición lateral de seguridad y vigilancia.
- **Intoxicación** (plaguicida, producto doméstico, medicamento, combustible): protegerse, alejar de la fuente, retirar la ropa contaminada, no provocar el vómito, identificar el producto y la cantidad, contactar con el centro de toxicología si existe o con el centro de salud. Las intoxicaciones por plaguicidas organofosforados son frecuentes en el medio rural: la contaminación de los socorristas a través de la piel o de los vómitos es un riesgo real.

## Los primeros auxilios psicológicos aplicados: método, comunicación y límites

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) descritos en la guía de la OMS, la War Trauma Foundation y World Vision International (2011), y retomados por el Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial de la FICR, no son ni una terapia ni un debriefing. Constituyen una respuesta humana, de apoyo y práctica, a una persona que sufre y que puede necesitar ayuda, respetando su dignidad, su cultura y sus capacidades. Se inscriben en el primer nivel de la pirámide de intervención de la Guía del Comité Permanente entre Organismos (IASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (2007).

### El método paso a paso

1. **Prepararse**: informarse sobre el suceso, los servicios disponibles (salud, protección, búsqueda de familiares, distribución), las cuestiones de seguridad y las normas culturales (quién puede hablar con quién, cómo dirigirse a una mujer, a una persona mayor, a un niño).
2. **Observar**: la seguridad de la zona; las necesidades básicas urgentes; las personas con angustia aguda (agitación extrema, bloqueo total, incapacidad para cuidar de sí mismas o de sus hijos, expresiones suicidas); las personas con un riesgo particular (niños no

acompañados, personas mayores aisladas, personas con discapacidad, supervivientes de violencia).

3. **Escuchar**: presentarse (nombre, organización), preguntar si se puede ayudar, buscar un lugar tranquilo y seguro, preguntar qué necesita la persona y qué le preocupa, escuchar sin obligar a contar, ayudar a recuperar la calma (respiración lenta, referencias concretas sobre el lugar y la hora, presencia).
4. **Conectar**: con las necesidades básicas y los servicios, con información fiable (lo que se sabe, lo que no se sabe, cuándo se sabrá más), con los allegados y el apoyo social. Acompañar físicamente a un servicio cuando sea necesario, en lugar de limitarse a indicar una dirección.
5. **Cerrar**: explicar lo que va a ocurrir a continuación, asegurarse de que la persona no se queda sola si es vulnerable, no prometer volver si no es seguro.

### Qué decir y qué no decir

| Qué hacer | Qué evitar |
|---|---|
| Ser honesto y digno de confianza | Prometer lo que no se puede cumplir |
| Respetar el derecho de la persona a tomar sus propias decisiones | Decidir en su lugar, presionar |
| Hablar con calma, con frases sencillas, en su idioma si es posible | Utilizar jerga técnica, hablar demasiado deprisa |
| Reconocer sus pérdidas y su angustia («lo que está viviendo es muy difícil») | Minimizar («no es nada», «hay cosas peores»), dar explicaciones religiosas o personales |
| Dejar silencios, escuchar | Obligar a contar, hacer preguntas detalladas sobre el suceso |
| Preservar la confidencialidad | Contar la historia de la persona a otros, fotografiarla |
| Derivar a un profesional cuando sea necesario | Hacer de terapeuta, diagnosticar |

### Lo que los PAP no son: el debriefing psicológico

Las directrices de la OMS sobre la atención de los problemas específicamente relacionados con el estrés (programa mhGAP) desaconsejan el **debriefing psicológico** en sesión única, que consiste en hacer relatar en detalle el suceso y las emociones asociadas poco después de que ocurra, porque no ha demostrado beneficios y podría ser perjudicial para algunas personas. Es una de las razones por las que los PAP nunca piden que se relate el suceso.

### Los niños

Las reacciones de los niños dependen de su edad: regresión (enuresis, apego excesivo a los padres), trastornos del sueño, juego repetitivo sobre el suceso, irritabilidad. Las prioridades son mantenerlos con sus padres o con las personas que los cuidan habitualmente, señalar de inmediato a cualquier niño no acompañado o separado a los actores de protección de la infancia, hablarle a su altura con palabras sencillas y apoyar a los padres, que son el primer

factor de protección del niño. No fotografiar nunca a un niño ni registrar su identidad fuera de los procedimientos de protección previstos.

### Cuándo derivar de inmediato

Es necesario derivar a un servicio especializado, con urgencia si hace falta, cuando la persona está herida o enferma, presenta una angustia tal que no puede cuidar de sí misma o de sus hijos, expresa ideas de hacerse daño o de hacer daño a otros, o es superviviente de violencia sexual (derivación a los servicios de atención médica y psicosocial dentro de los plazos médicos, según la elección de la persona y la vía de derivación establecida).

## Ejemplo completo: una jornada de distribución con calor intenso

Contexto ficticio: emplazamiento de personas desplazadas de Bassa-Nord, 9400 personas, estación cálida. La ONG «Terres Communes» organiza una distribución de kits de alojamiento y artículos domésticos para 1150 hogares en dos días. La temperatura prevista supera los 40 °C por la tarde. El puesto de salud del emplazamiento, gestionado por un socio, abre de 8:00 a 16:00, con un enfermero y dos auxiliares de enfermería; el hospital de distrito está a 50 minutos. El equipo de distribución cuenta con 14 personas, de las cuales 3 son socorristas certificados; se instala un puesto de primeros auxilios bajo una carpa, con una socorrista dedicada que no participa en la distribución.

### Preparación: decisiones tomadas la víspera

- Distribución de 6:30 a 11:30 y reanudación a las 15:30, sobre la base del índice de calor y del consejo del socio de salud.
- Filas de espera bajo lonas tensadas; puntos de agua cada 50 metros; fila prioritaria para personas mayores, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y personas enfermas.
- Puesto de primeros auxilios equipado: agua en cantidad, SRO, palanganas y cubos para enfriar, mantas, botiquín completo, fichas de valoración, radio.
- Vía de derivación acordada con el enfermero del puesto de salud y vehículo designado para un traslado al hospital.

### Registro de atenciones de la jornada

| Hora | Persona | Problema | Maniobras | Derivación |
|---|---|---|---|---|
| 8:10 | Mujer, unos 70 años | Mareos, sudoración, náuseas, consciencia normal | Reposo tumbada a la sombra, paños mojados, SRO a pequeños sorbos | Mejoría en 30 minutos; su lote entregado por la fila prioritaria, acompañada de vuelta por un vecino |
| 9:25 | Hombre, porteador de kits, unos 30 años | Calambres en las pantorrillas | Reposo, estiramientos suaves, bebida con electrolitos | Retoma una tarea ligera al cabo de una hora; se establece la rotación de porteadores |
| 10:40 | Mujer, unos 25 años, embarazada | Malestar sin pérdida de consciencia en la fila | Colocada sobre el lado izquierdo, a la sombra, agua, vigilancia | Derivada al puesto de salud para examen, acompañada |
| 11:05 | Hombre, unos 45 años, voluntario de la distribución | Habla incoherente, se tambalea, piel ardiente, después breve convulsión | Alerta por radio; colocación inmediata en una bañera improvisada (lona levantada por los bordes y llena de agua), cabeza sostenida fuera del agua por un socorrista, riego continuo, ventilación; posición lateral de seguridad tras la convulsión | Enfermero en el lugar en 6 minutos; se continúa el enfriamiento; traslado al hospital tras mejorar la consciencia, con enfriamiento durante el trayecto |
| 11:20 | Niño de unos 8 años, acompañado de su madre | Quemadura en el antebrazo por una olla volcada cerca de la zona de cocina | Enfriamiento con agua limpia durante 20 minutos, manteniendo al niño abrigado, pulsera retirada, film transparente colocado en tiras | Quemadura de unas dos palmas, con ampollas: derivación al puesto de salud, madre presente e informada |
| 11:30 | Hombre, unos 35 años | Mordedura de perro en la pantorrilla | Lavado con agua y jabón durante unos 15 minutos, apósito limpio | Derivado al puesto de salud para evaluar la profilaxis antirrábica y antitetánica; información transmitida al punto focal de salud del emplazamiento |

## El análisis del caso más grave

El voluntario que sufrió el golpe de calor había rechazado una pausa a las 10:00 para terminar una fila. Lo que lo protegió: el rápido reconocimiento de las alteraciones del comportamiento como un signo de gravedad (y no de cansancio o de consumo de alcohol), el enfriamiento inmediato en el lugar sin esperar al transporte y la preparación del material (agua, lona,

palanganas). Lo que faltó: una norma de pausas obligatorias para el personal y los voluntarios, y un seguimiento de su consumo de agua.

### Decisiones para el segundo día

- Pausas obligatorias de 15 minutos a la sombra cada hora para los porteadores y los voluntarios; parejas encargadas de vigilarse mutuamente.
- Interrupción de la distribución a partir de las 10:30 y reanudación a las 16:00.
- Traslado de la zona de cocina del personal lejos de las filas de espera.
- Breve sesión informativa para los voluntarios sobre los signos del golpe de calor.
- Informe de incidente sobre el voluntario, enviado según el procedimiento; seguimiento de su estado por parte del responsable de voluntarios.

### El componente psicológico

La madre del niño quemado estaba muy agitada y se culpaba del accidente. La socorrista se presentó, la hizo sentarse junto a su hijo durante el enfriamiento, le explicó cada maniobra, reconoció su miedo sin juzgarla y la acompañó hasta el puesto de salud indicándole dónde podría recoger su kit más tarde. Es una aplicación directa de los PAP: observar, escuchar, conectar, sin debriefing ni interrogatorio.

## Herramientas, errores frecuentes y variaciones según el contexto

### Herramienta 1: árbol de decisión ante una quemadura

| Pregunta | En caso afirmativo |
|---|---|
| ¿Quemadura por llama, líquido u objeto caliente? | Enfriar al menos 20 minutos, retirar joyas, cubrir con film transparente |
| ¿Producto químico? | Protegerse, cepillar el polvo, aclarar con abundante agua durante mucho tiempo, identificar el producto |
| ¿Electricidad? | Cortar la corriente, evaluación médica sistemática, prepararse para reanimar |
| ¿Cara, manos, pies, perineo, articulaciones, quemadura circular? | Derivación médica |
| ¿Extensión de más de una o dos palmas, quemadura profunda, niño o persona mayor? | Derivación médica |
| ¿Signos respiratorios (hollín, voz ronca, tos, espacio cerrado)? | Urgencia: alertar, vigilar la respiración |

### Herramienta 2: lista de prevención de enfermedades relacionadas con el calor para una actividad

- Previsión meteorológica consultada y horarios adaptados.
- Sombra para las filas de espera y los equipos.
- Agua potable accesible para todos, SRO en el puesto de primeros auxilios.

- Fila prioritaria para las personas vulnerables.
- Pausas obligatorias y rotación para los trabajos físicos.
- Material de enfriamiento preparado (agua en cantidad, recipiente, lona).
- Socorrista dedicado y vía de derivación conocida.

### Herramienta 3: ficha de bolsillo de PAP

- **Observar**: seguridad, necesidades urgentes, angustia grave, personas en riesgo.
- **Escuchar**: presentarme, ofrecer mi ayuda, preguntar por las necesidades, escuchar sin presionar, ayudar a recuperar la calma.
- **Conectar**: necesidades básicas, información fiable, allegados, servicios; acompañar si es necesario.
- **Derivar con urgencia**: lesión, incapacidad para cuidar de sí mismo, ideas de hacerse daño, violencia sexual, niño no acompañado.
- **Cuidar de mí**: pausa, conversación con un compañero, apoyo de la organización.

### Errores frecuentes

- Enfriar una quemadura solo unos segundos, o con hielo; aplicar remedios tradicionales o pasta de dientes.
- Enfriar la quemadura de un niño sin mantenerlo abrigado, con el riesgo de provocar una hipotermia.
- Confundir un golpe de calor con cansancio o embriaguez y retrasar el enfriamiento hasta el hospital.
- Preparar SRO con una cantidad de agua distinta de la indicada en el sobre.
- Colocar un torniquete o hacer una incisión tras una mordedura de serpiente; perder tiempo intentando capturar o matar a la serpiente.
- Restar importancia a una mordedura de perro porque la herida es pequeña.
- Colocar un collarín cervical improvisado o dejar sola a una víctima de traumatismo craneal.
- Pedir a una persona en estado de shock que cuente lo ocurrido «para desahogarse».

### Variaciones según el contexto

**Crisis repentina**: afluencia de heridos leves y moderados (heridas, fracturas, quemaduras), escasez de agua limpia, centros desbordados. Los socorristas comunitarios atienden las lesiones simples y derivan los casos graves. Los PAP son una prioridad en los primeros días.

**Crisis prolongada**: predominan las enfermedades relacionadas con el entorno (diarreas, calor, frío en los alojamientos) y las quemaduras domésticas en alojamientos superpoblados. La prevención (acondicionamiento de los espacios de cocina, aislamiento de los alojamientos, acceso al agua) corresponde a los sectores de alojamiento, ASH y salud, y los socorristas pueden señalar los riesgos observados.

**Campamento**: alta densidad, fuegos abiertos, riesgo de incendio; plan de evacuación en caso de incendio y primeros auxilios a quemados que deben prepararse con el gestor del emplazamiento.

**Medio urbano**: intoxicaciones por monóxido de carbono (calefacción o generador en un espacio cerrado), electrocuciones, caídas. Ventilar y sacar a las víctimas de un espacio cerrado solo sin exponerse uno mismo.

**Gestión a distancia y socios**: los PAP están al alcance de no especialistas formados y constituyen una competencia prioritaria para los equipos de los socios locales y los voluntarios, siempre que existan vías de derivación hacia servicios especializados.

**Inseguridad**: las personas pueden estar expuestas a violencias repetidas; no crear expectativas de regreso si el acceso no está garantizado; proteger estrictamente la información recogida.

### Qué examinan los evaluadores

- Integración de los riesgos para la salud relacionados con el entorno en la planificación de las actividades (calor, frío, agua).
- Formación en PAP del personal en contacto con la población y existencia de una vía de derivación operativa.
- Registro de atenciones en los emplazamientos de actividad y seguimiento de las derivaciones.
- Consideración del bienestar del personal y de los voluntarios (pausas, agua, apoyo tras un incidente).

## Preguntas de entrevista y referencias clave

**1. «¿Cómo organiza una distribución con calor intenso para reducir los riesgos sanitarios?»**

Una respuesta sólida habla de horarios, sombra, agua, filas prioritarias, pausas obligatorias para el personal y los voluntarios, un puesto de primeros auxilios con un socorrista dedicado y material de enfriamiento, una vía de derivación acordada con el socio de salud y la capacidad de suspender la actividad.

**2. «¿Cuál es la diferencia entre el agotamiento por calor y el golpe de calor, y por qué es importante?»**

El candidato cita la alteración de la consciencia o del comportamiento como signo del golpe de calor, explica que se trata de una emergencia vital que exige un enfriamiento activo inmediato en el lugar, preferiblemente por inmersión en agua fría, y que el agotamiento se trata con reposo, enfriamiento y rehidratación.

**3. «Una serpiente muerde a un compañero sobre el terreno, a tres horas del hospital. ¿Qué hace?»**

Describe el reposo, la inmovilización, la retirada de las joyas, la prohibición del torniquete, la incisión, la succión y el hielo, la alerta, la elección de un centro que disponga de antiveneno, la vigilancia de los signos de gravedad, y menciona la preparación previa (cartografía de los centros que disponen de antiveneno en el plan médico).

**4. «¿Qué son los primeros auxilios psicológicos y en qué se diferencian de un debriefing?»**

Presenta los principios de observar, escuchar y conectar, la ausencia de presión para contar lo ocurrido, el carácter práctico y humano de la ayuda, y explica que la OMS desaconseja el debriefing psicológico en sesión única. Cita las situaciones que exigen una derivación especializada.

**5. «¿Cómo formaría a voluntarios comunitarios en primeros auxilios en un campamento?»**

Menciona una alianza con la Sociedad Nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, un contenido adaptado a los riesgos frecuentes del campamento (quemaduras, diarreas, calor, heridas), una formación práctica certificada, material, una vía de derivación hacia los centros de salud, reciclajes y supervisión.

## Referencias clave

- *Directrices internacionales de primeros auxilios, reanimación y educación* (2020): FICR.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), capítulo «First Aid»: Consejo Europeo de Resucitación.
- *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo* (2011): OMS, War Trauma Foundation y World Vision Internacional.
- *A Guide to Psychological First Aid*: Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial de la FICR.
- *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* (2007): Comité Permanente entre Organismos.
- Directrices de la OMS sobre la atención de los problemas específicamente relacionados con el estrés (programa mhGAP, 2013).
- Directrices de la OMS para el manejo de las mordeduras de serpiente, y documento de posición de la OMS sobre las vacunas antirrábicas.
- Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): OMS y UNICEF.
- *El Manual Esfera* (2018), capítulos de Salud y de Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene.

> Recordatorio: este curso en línea no sustituye una formación práctica certificada en primeros auxilios ni una formación específica en primeros auxilios psicológicos. Ambas se aprenden en situación, con un formador.

### Ejercicio: tres situaciones que resolver

Para cada una de estas situaciones, escriba los tres primeros gestos y la persona a quien informar: (1) un niño se ha derramado agua hirviendo en el brazo en un sitio de desplazados; (2) un conductor está confuso y ardiendo tras cambiar una rueda a pleno sol; (3) una mujer ha sido mordida por una serpiente al borde de un campo, a dos horas del hospital.

### Para recordar

- Quemadura: agua templada al menos 20 minutos y luego apósito limpio; nada más.
- Fractura: inmovilizar sin recolocar; traumatismo craneal con signos de alarma: evacuar.
- Golpe de calor: enfriar de inmediato; diarrea: SRO y signos de alarma.
- Serpiente: inmovilizar y evacuar; ni torniquete ni incisión.
- Primeros auxilios psicológicos: observar, escuchar, conectar, sin forzar el relato.

## Cuestionario

1. Una quemadura se enfría con agua templada durante:
   A. 30 segundos
   B. Las quemaduras no se enfrían
   C. Hasta que aparezcan ampollas
   D. Al menos 20 minutos

2. Ante una mordedura de serpiente, hay que:
   A. Aplicar hielo
   B. Hacer una incisión y aspirar el veneno
   C. Inmovilizar el miembro, calmar a la víctima y evacuarla hacia un centro con antiveneno
   D. Poner un torniquete apretado

3. Las tres acciones de los primeros auxilios psicológicos son:
   A. Interrogar, diagnosticar, tratar
   B. Contar, revivir, olvidar
   C. Observar, escuchar, conectar
   D. Aislar, calmar, despedir

**Respuestas del cuestionario :** 1. B · 2. C · 3. A

# Día 4 : Múltiples víctimas, triaje y heridas de guerra

**Objetivos**

- Organizar la respuesta a un incidente con múltiples víctimas.
- Aplicar el triaje START y priorizar los gestos.
- Atender las heridas de guerra y cuidar del equipo después del incidente.

## Incidente con múltiples víctimas: organizar antes de atender

Cuando el número de heridos supera los medios presentes, el objetivo cambia: se trata de **hacer el mayor bien al mayor número**. El responsable del equipo no atiende: **organiza**. Comprueba la seguridad (segunda explosión, disparos, derrumbe), da la alerta, designa una zona segura de reagrupamiento, distribuye a los socorristas y lleva un registro de las víctimas.

Las organizaciones presentes en zonas de conflicto preparan un **plan de afluencia masiva de víctimas** con las estructuras de salud locales: papeles, botiquines adicionales (torniquetes, apósitos compresivos, mantas), medios de transporte, contactos de la Media Luna Roja o la Cruz Roja y del CICR.

## El triaje START

El triaje START clasifica a cada víctima en menos de un minuto:

- **Verde**: la víctima camina. Se reúne en una zona segura y será revaluada.
- **Negro**: no respira, incluso tras abrir la vía aérea.
- **Rojo** (urgencia absoluta): respira más de 30 veces por minuto, o no tiene pulso radial (o relleno capilar de más de 2 segundos), o no obedece órdenes sencillas.
- **Amarillo**: todas las demás víctimas que no caminan.

Durante el triaje, solo se realizan dos gestos: **detener una hemorragia catastrófica** (torniquete) y **colocar en posición lateral de seguridad** a una víctima inconsciente que respira. El triaje se repite, porque el estado de las víctimas evoluciona.

## Heridas de guerra a la espera de la evacuación

En traumatología de guerra, la **hemorragia catastrófica** se trata primero, incluso antes que la vía aérea: torniquete en los miembros, compresión firme y taponamiento de la herida con gasas en las heridas de unión (ingle, axila, cuello). Luego vienen la vía aérea, la respiración, la circulación y la prevención de la **hipotermia** (manta de supervivencia, incluso con calor, porque un herido que sangra se enfría rápidamente).

Una **herida en el tórax** que burbujea se deja al aire o se cubre con un apósito no oclusivo. Una herida abdominal con evisceración se cubre con un paño limpio y húmedo, sin reintroducir

nada. Un objeto clavado nunca se retira. No se da de beber a un herido que va a necesitar cirugía.

## Después del incidente: el equipo y los testigos

Los socorristas están expuestos a escenas traumáticas. En los días siguientes, ofrezca un **intercambio voluntario** centrado en las necesidades prácticas, sin obligar a nadie a hablar. Aligere la carga de trabajo, vigile los signos que persisten más allá de unas semanas (trastornos del sueño, evitación, irritabilidad) y oriente hacia un apoyo psicológico profesional.

Haga también una **revisión operativa de lecciones aprendidas**: lo que funcionó, el material que faltó, los contactos que hay que actualizar. Reponga de inmediato los botiquines utilizados.

## Preparar un plan para afluencia masiva de víctimas: organización, zonas y funciones

> Este curso en línea no sustituye una formación práctica certificada en primeros auxilios ni las formaciones especializadas en primeros auxilios en situaciones de conflicto o de afluencia masiva de víctimas que ofrecen el CICR, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja o las autoridades sanitarias. El triaje y las maniobras de traumatología se aprenden con la práctica y los ejercicios de simulación.

Una afluencia masiva de víctimas se define menos por una cifra que por una proporción: existe cuando el número y la gravedad de los heridos superan la capacidad inmediata de las personas y los medios presentes. Para un equipo de cuatro socorristas en un mercado, bastan cinco heridos graves. La guía de la OMS sobre los sistemas de gestión de incidentes con víctimas en masa recuerda que la respuesta es ante todo una cuestión de organización previa: lo que no se ha preparado y ensayado no funcionará el día del suceso.

### Los principios que cambian respecto a una víctima aislada

- **El mayor bien para el mayor número**: los recursos se destinan prioritariamente a las víctimas que pueden salvarse con maniobras sencillas y rápidas.
- **Organizar antes de atender**: la primera persona formada que llega asume la coordinación, evalúa y organiza, en lugar de detenerse con la primera víctima.
- **Maniobras limitadas durante la clasificación**: control de las hemorragias masivas y apertura o protección de la vía aérea, y después se pasa a la víctima siguiente.
- **Triaje repetido**: el estado de las víctimas evoluciona; cada víctima se revalúa periódicamente y en cada etapa (zona de atención, evacuación, llegada al hospital).
- **No discriminación**: la prioridad la fija únicamente la urgencia médica, de conformidad con el derecho internacional humanitario, que protege a los heridos y enfermos sin distinción desfavorable.

### Las zonas

| Zona | Función | Puntos de atención |
|---|---|---|
| Zona de peligro | Lugar del suceso | Acceso solo tras evaluar la seguridad (segunda explosión, disparos, derrumbe, incendio, artefactos sin estallar); personal reducido al mínimo |
| Punto de concentración de víctimas | Víctimas extraídas de la zona de peligro, triaje | A una distancia de seguridad, a cubierto, accesible para los vehículos |
| Zona de atención | Víctimas agrupadas por categoría (rojo, amarillo, verde) | Un responsable por categoría; la zona verde apartada para evitar que invada las demás |
| Punto de evacuación | Embarque hacia los centros de salud | Registro de cada salida: quién, hacia dónde, en qué vehículo, a qué hora |
| Zona de fallecidos | Cuerpos de las personas fallecidas | Apartada, con dignidad, sin manipularlos innecesariamente; información a las autoridades competentes |

### Las funciones

- **Coordinador**: no atiende a víctimas. Evalúa la seguridad con el punto focal de seguridad, alerta a la base y a los centros de salud, designa las zonas y las funciones, lleva la cuenta del número de víctimas por categoría, solicita refuerzos y medios de transporte y decide la suspensión de las operaciones si la seguridad se deteriora.
- **Clasificador**: recorre las víctimas, aplica el método de triaje, realiza solo las maniobras autorizadas durante la clasificación y marca a cada víctima (pulsera, tarjeta o marca de color).
- **Socorristas de zona**: atienden a las víctimas de su categoría, vigilan, revalúan y señalan cualquier deterioro.
- **Responsable de transportes**: organiza las evacuaciones según las prioridades y la capacidad de los centros, y lleva el registro.
- **Comunicación y logística**: enlace por radio, reposición de los botiquines, agua, iluminación, gestión de los testigos y de las familias.

### Qué debe contener el plan escrito

1. Umbrales de activación y cadena de alerta interna.
2. Norma de seguridad: quién decide que una intervención es posible y con qué criterios.
3. Lista de los centros de salud con su capacidad quirúrgica real y su capacidad para recibir a varios heridos a la vez, y contactos de guardia verificados.
4. Coordinación con el clúster de salud, el CICR, la Sociedad Nacional y las autoridades sanitarias; conocimiento de los equipos médicos de emergencia desplegados, en su caso, según la clasificación de la iniciativa de la OMS para los equipos médicos de emergencia.
5. Existencias preposicionadas: torniquetes, vendajes compresivos y hemostáticos, mantas aislantes, guantes, tarjetas o cintas de colores, camillas flexibles, linternas frontales, registros.

6. Medios de transporte movilizables y acuerdos con otras organizaciones.
7. Procedimiento de apoyo al personal después del suceso.
8. Calendario de simulacros.

## El triaje en la práctica: START, retriaje y otros métodos

El triaje START (Simple Triage and Rapid Treatment, triaje simple y tratamiento rápido), presentado en las secciones anteriores, es uno de los métodos de clasificación sobre el terreno más enseñados. Existen otros, como SALT o herramientas de clasificación simplificadas que utilizan algunos servicios. Ningún método es perfecto: los estudios muestran tasas no desdeñables de sobretriaje y de infratriaje. Lo esencial es que todo el equipo utilice **el mismo método**, el de su formación y del sistema de salud local, y que lo haya practicado.

### START: la secuencia detallada

| Paso | Pregunta | Resultado |
|---|---|---|
| 1 | ¿Puede caminar la víctima? | Sí: verde. Se le pide que se dirija al punto de concentración designado. |
| 2 | ¿Respira? | No: abrir la vía aérea. Si no recupera la respiración: negro. Si la recupera: rojo, y posición que proteja la vía aérea. |
| 3 | ¿Frecuencia respiratoria superior a 30 por minuto? | Sí: rojo. |
| 4 | ¿Pulso radial ausente, o relleno capilar superior a 2 segundos? | Sí: rojo. Controlar una hemorragia masiva. |
| 5 | ¿Obedece órdenes sencillas («apriéteme la mano»)? | No: rojo. Sí: amarillo. |

El relleno capilar es poco fiable con frío o con poca luz: en ese caso es preferible buscar el pulso radial. El clasificador dedica poco tiempo a cada víctima; no hace una valoración completa.

### El triaje de los niños

Los umbrales de START están concebidos para el adulto: en el niño, la frecuencia respiratoria normal es más elevada y la parada respiratoria es más a menudo reversible con unas pocas insuflaciones. Existen adaptaciones pediátricas (por ejemplo JumpSTART, que prevé insuflaciones en el niño que no respira pero tiene pulso). Requieren una formación específica. En su defecto, el principio es no clasificar demasiado deprisa a un niño como negro.

### El retriaje

La primera clasificación es rápida y aproximada. Va seguida de una segunda clasificación, más completa, en la zona de atención, y después de una clasificación para la evacuación, que tiene en cuenta el número de plazas en los vehículos, la capacidad de los centros y el tiempo de transporte. Una víctima amarilla que se vuelve confusa, cuya respiración se acelera o que

palidece pasa a rojo; una víctima roja estabilizada puede esperar para dejar salir a una víctima más grave. Las categorías anotadas en las tarjetas se actualizan, con la hora.

### La clasificación en el hospital

El triaje sobre el terreno no es el triaje quirúrgico. En los hospitales que reciben heridos de guerra, el CICR enseña una clasificación basada en la necesidad y la urgencia de la cirugía, que distingue en particular a los heridos que necesitan una intervención inmediata, aquellos cuya cirugía puede esperar, los heridos leves y aquellos cuyas heridas son tan graves que no pueden salvarse con los recursos disponibles. El socorrista no tiene que aplicar esta clasificación, pero su transmisión (maniobras realizadas, horas de los torniquetes, evolución) facilita esa labor.

### Documentar

Cada víctima clasificada recibe una marca visible (tarjeta de triaje, cinta de color o inscripción con rotulador en la frente o el brazo) que indica la categoría, la hora y las maniobras realizadas, en particular la hora de colocación de un torniquete. El coordinador lleva un registro con un número por víctima, la categoría, el destino y la hora de salida. Este registro permite responder a las familias, evitar duplicados y rendir cuentas a las autoridades y al clúster de salud.

> El triaje es moralmente duro: clasificar a una víctima como negro es aceptar no detenerse junto a ella. Esa decisión, basada en un método compartido, permite salvar otras vidas. Debe prepararse durante la formación y reconocerse en el apoyo que se presta al personal después del suceso.

## Heridas de guerra y por explosión: atención detallada hasta la evacuación

Las heridas por bala, metralla y explosión tienen características propias: alta energía, lesiones internas más extensas que la herida visible, contaminación y, a menudo, varias heridas en una misma víctima. El manual del CICR *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia* y el enfoque de atención básica de emergencia de la OMS y el CICR estructuran la atención según una secuencia que empieza por la hemorragia masiva.

### Protegerse primero

Bajo el fuego o en una zona expuesta, la única maniobra razonable suele ser ponerse a cubierto y, si puede hacerse sin exponerse más, llevar a la víctima a cubierto. Puede colocarse rápidamente un torniquete en un miembro que sangra abundantemente antes del desplazamiento. Cualquier otra atención espera a una zona segura. Las organizaciones humanitarias nunca piden a su personal que se exponga a disparos para prestar auxilio; su política de seguridad debe decirlo expresamente.

### La secuencia en zona segura

| Prioridad | Problema | Maniobras del socorrista |
|---|---|---|
| 1 | Hemorragia masiva | Torniquete en un miembro; compresión directa; relleno y compresión de las heridas de unión (ingle, axila, base del cuello) con gasas o apósito hemostático si está formado |
| 2 | Vía aérea | Abrir; colocar de lado a una víctima inconsciente que respira; dejar que una víctima consciente con un traumatismo facial adopte la posición que le permita respirar (a menudo sentada, inclinada hacia delante) |
| 3 | Respiración | Buscar heridas en el tórax, también en la espalda y bajo las axilas; dejar al aire una herida soplante o cubrirla con un apósito no oclusivo; vigilar el empeoramiento de la dificultad respiratoria |
| 4 | Circulación | Buscar otros sangrados, comprimir; reconocer los signos de shock; tumbar |
| 5 | Hipotermia y otras lesiones | Aislar del suelo, cubrir, incluso con calor; cubrir las heridas; inmovilizar las fracturas; buscar los orificios de salida |

### Puntos técnicos esenciales

- **Herida torácica abierta**: las directrices de la FICR y del ERC recomiendan que el socorrista no aplique un apósito oclusivo, porque puede favorecer una acumulación de aire a presión en el tórax. Se deja la herida al aire o se cubre con un apósito no oclusivo, y se controla un sangrado mediante compresión local si es necesario. Cualquier empeoramiento de la respiración se comunica de inmediato.
- **Herida abdominal con evisceración**: no reintroducir nada; cubrir con un paño limpio humedecido; tumbar a la víctima, con las rodillas ligeramente flexionadas si eso la alivia; nada por la boca.
- **Amputación traumática**: torniquete por encima de la lesión. El fragmento amputado, si se encuentra sin retrasar la atención, se envuelve en un paño limpio, se coloca en una bolsa y se mantiene fresco sin contacto directo con el hielo. En contexto de guerra, el reimplante es excepcional: el tiempo y la energía se dedican a la víctima.
- **Objeto clavado**: no retirarlo; estabilizarlo.
- **Quemaduras asociadas**: enfriar según la regla habitual, sin provocar hipotermia en un herido que sangra.
- **Víctima atrapada bajo escombros**: la liberación de un miembro comprimido durante mucho tiempo puede provocar un deterioro brusco. Cuando sea posible, se busca consejo médico antes o durante la liberación, y después se vigila de cerca a la víctima. La seguridad de la estructura prima: no se libera a nadie sin evaluación.
- **Bebida**: nada de beber para un herido grave que probablemente tendrá que ser operado, salvo instrucción médica en caso de evacuación muy prolongada.

### Las heridas por explosión

Se distinguen clásicamente cuatro mecanismos: la onda expansiva (lesiones de los órganos que contienen aire: pulmones, oídos, intestinos), los proyectiles y la metralla, la proyección de la víctima contra obstáculos, y los demás efectos (quemaduras, inhalación de humo,

aplastamiento, agravamiento de enfermedades existentes). Dos consecuencias prácticas para el socorrista: una víctima que parece poco afectada puede desarrollar después una dificultad respiratoria grave, y una sordera temporal dificulta la comunicación. Toda persona que haya estado cerca de una explosión debe ser revisada, aunque camine.

### Transmitir y evacuar

El socorrista transmite para cada víctima: categoría y hora de la clasificación, mecanismo, lesiones detectadas, maniobras realizadas y sus horas (en particular los torniquetes), evolución. Los torniquetes permanecen visibles. Durante el transporte se mantienen la vigilancia continua y la protección contra la hipotermia. En contexto de conflicto, el respeto del emblema, de las normas de paso por los puestos de control y la neutralidad del equipo condicionan a menudo la propia posibilidad de evacuar.

## Ejemplo completo: explosión en el mercado de Doran

Contexto ficticio: ciudad de Doran, zona de conflicto de baja intensidad. La ONG «Main Tendue» gestiona allí un programa de protección y salud comunitaria. A las 9:50, un artefacto explota en el mercado. El equipo de la ONG, seis personas, entre ellas tres socorristas certificados (la Sra. N., jefa de equipo, el Sr. R. y el Sr. S.) y un conductor, se encuentra a 300 metros, con dos vehículos y dos botiquines de traumatología que contienen cuatro torniquetes comerciales cada uno. El hospital de Doran dispone de dos quirófanos; el tiempo de llegada anunciado de los equipos de socorro de la Sociedad Nacional es de 25 minutos.

### Los diez primeros minutos

- **De 9:50 a 9:55**: la Sra. N. pone al equipo a cubierto detrás de un edificio y contacta con el punto focal de seguridad. Decisión conjunta: esperar unos minutos, observar, no acercarse al cráter, utilizar un acceso opuesto al de la explosión. Alerta a la base, que avisa al hospital y a la Sociedad Nacional.
- **9:56**: el punto focal de seguridad autoriza una intervención limitada en la periferia, con retirada inmediata ante cualquier alerta. La Sra. N. asume la coordinación y no atiende a víctimas. Se fija el punto de concentración en el patio de una escuela a 80 metros, a cubierto y accesible para los vehículos.
- **9:58**: el Sr. R. anuncia en la lengua local, en voz alta: «Si pueden caminar, vengan a la escuela». Once personas se dirigen allí: categoría verde, atendidas por dos miembros del equipo que no son socorristas, que las cuentan, las instalan y las observan.
- **De 10:00 a 10:08**: el Sr. R. y el Sr. S. clasifican a las víctimas que siguen en el suelo.

### El registro de triaje

| N.º | Víctima | Hallazgos | Maniobra durante la clasificación | Categoría |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Hombre, unos 40 años | Pierna derecha arrancada por debajo de la rodilla, sangrado masivo, responde | Torniquete a las 10:01, hora anotada | Rojo |
| 2 | Mujer, unos 30 años | No respira, no respira tras abrir la vía aérea | Ninguna | Negro |
| 3 | Hombre, unos 60 años | Respira 34 por minuto, herida torácica, obedece | Herida dejada sin ocluir | Rojo |
| 4 | Adolescente | No camina (probable fractura de pierna), respira 22, pulso radial perceptible, obedece | Ninguna | Amarillo |
| 5 | Mujer, unos 50 años | Inconsciente, respira | Colocada de lado | Rojo |
| 6 | Hombre, unos 25 años | Herida en el antebrazo que sangra abundantemente, no camina (shock, bloqueo), pulso radial ausente | Torniquete a las 10:04 | Rojo |
| 7 | Mujer, unos 35 años | Múltiples heridas por metralla en las piernas, respira 24, pulso perceptible, obedece | Ninguna | Amarillo |
| 8 | Hombre, unos 70 años | Respira 20, pulso perceptible, no responde a órdenes sencillas (desorientado, ¿sordera?) | Ninguna | Rojo (revaluar: la sordera puede falsear el criterio) |

Balance a las 10:08: 19 víctimas, de ellas 5 rojas, 2 amarillas, 11 verdes y 1 negra. Quedan cinco torniquetes disponibles tras la colocación de dos.

## Las decisiones de la coordinadora

- **10:09**: mensaje por radio a la base: «19 víctimas: 5 rojas, 2 amarillas, 11 verdes, 1 fallecida. Dos torniquetes colocados a las 10:01 y a las 10:04. Necesitamos 3 vehículos para transporte en decúbito. Avisar al hospital: 5 heridos graves, entre ellos dos amputaciones o heridas de miembro con torniquete y una herida torácica».
- **10:12**: retriaje. La víctima 8, revisada con gestos, aprieta la mano cuando se le pide: pasa a amarillo. La víctima 3 respira más deprisa y se agita: prioridad de evacuación.
- **10:15**: primer vehículo de la ONG hacia el hospital con las víctimas 3 y 1, acompañadas por el Sr. S.; se cumplimenta el registro de evacuación. El segundo vehículo queda disponible para el equipo en caso de repliegue.
- **10:22**: llegan dos ambulancias de la Sociedad Nacional. Transmisión por parte de la Sra. N.: número por categoría, torniquetes y sus horas, víctimas prioritarias (5 y 6), ubicación de la

víctima fallecida. Los socorristas de la Sociedad Nacional asumen la dirección de la atención; el equipo de la ONG sigue prestando apoyo en la zona verde.

- **10:40**: circula el rumor de un segundo artefacto. El punto focal de seguridad ordena la retirada del equipo. La Sra. N. comprueba que todos los miembros están presentes e informa a los socorristas de la Sociedad Nacional antes de marcharse.

### El registro de evacuación

| N.º | Categoría a la salida | Vehículo | Hora de salida | Destino | Acompañante |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Rojo | Vehículo ONG 1 | 10:15 | Hospital de Doran | Sr. S. |
| 1 | Rojo (torniquete 10:01) | Vehículo ONG 1 | 10:15 | Hospital de Doran | Sr. S. |
| 5 | Rojo | Ambulancia SN 1 | 10:26 | Hospital de Doran | Sociedad Nacional |
| 6 | Rojo (torniquete 10:04) | Ambulancia SN 1 | 10:26 | Hospital de Doran | Sociedad Nacional |
| 4, 7, 8 | Amarillo | Ambulancia SN 2 | 10:35 | Hospital de Doran | Sociedad Nacional |

### Lo que muestra este ejemplo

- La decisión de seguridad precedió a toda intervención y la enmarcó hasta la retirada.
- La coordinadora no atendió a nadie: eso es lo que permitió la clasificación completa en menos de diez minutos, la alerta con cifras y el retriaje.
- El criterio «obedece órdenes» puede verse falseado por una sordera debida a la explosión; el retriaje corrigió un sobretriaje.
- Las horas de los torniquetes se transmitieron dos veces (por radio y en la transmisión oral) y figuraban en los propios torniquetes.
- El traspaso a la Sociedad Nacional fue explícito y el equipo supo retirarse.

## Después del suceso: apoyo al personal, lecciones aprendidas y herramientas

### El apoyo al personal: un método en tres tiempos

Quienes intervienen en una afluencia masiva de víctimas están expuestos a escenas graves, a decisiones de triaje difíciles y, a veces, a un peligro personal. La Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial, las recomendaciones de la OMS y las directrices de la Fundación Antares sobre la gestión del estrés de los trabajadores humanitarios coinciden en un enfoque gradual, sin debriefing psicológico impuesto.

| Momento | Acciones | Responsable |
|---|---|---|
| El mismo día | Comprobar que todos están a salvo e ilesos; necesidades prácticas (descanso, comida, contacto con la familia); primeros auxilios psicológicos; información clara sobre lo que va a ocurrir; atención inmediata a cualquier exposición a sangre | Jefe de equipo, jefe de base |
| Los días siguientes | Espacio de intercambio voluntario centrado en las necesidades y el apoyo mutuo, sin obligación de contar lo ocurrido; reducción de la carga de trabajo; información sobre las reacciones habituales y sobre el acceso a apoyo psicológico confidencial | Jefe de base, referente de recursos humanos o de bienestar |
| Las semanas siguientes | Seguimiento individual discreto; derivación a un profesional si las dificultades persisten o se agravan (trastornos del sueño, reexperimentación, evitación, irritabilidad, consumo de alcohol, dificultades en el trabajo) | Recursos humanos, proveedor de apoyo psicológico |

Este apoyo abarca a todo el personal, incluidos el personal nacional, los conductores, los guardias y los voluntarios, a menudo más expuestos y con menos seguimiento. La CHS (compromiso 8) y el deber de cuidado lo exigen.

### El análisis operativo de lecciones aprendidas

Distinto del apoyo psicológico, el análisis de lecciones aprendidas se centra en la organización y el material. Se realiza en los días siguientes, con un facilitador que, si es posible, no haya dirigido la intervención.

1. ¿Qué debía ocurrir según el plan?
2. ¿Qué ocurrió realmente (cronología factual, a partir de los registros)?
3. ¿Por qué hubo diferencias?
4. ¿Qué mantener, qué cambiar, quién se encarga y para cuándo?

Las conclusiones alimentan la actualización del plan, la reposición (torniquetes, apósitos, tarjetas), las necesidades de formación y el informe de incidente enviado a la sede y, según los acuerdos, al donante.

### Herramienta 1: registro de triaje y evacuación

| N.º | Sexo, edad estimada | Categoría y hora | Maniobras y horas | Retriaje | Evacuación (vehículo, hora, destino) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

### Herramienta 2: lista de verificación del botiquín para afluencia masiva de víctimas

- Torniquetes comerciales en número adaptado al riesgo, y torniquetes de entrenamiento separados.
- Vendajes compresivos de emergencia, gasas, apósitos hemostáticos si el personal está formado.

- Guantes en gran cantidad, protección ocular.
- Mantas aislantes.
- Tarjetas de triaje o cintas de cuatro colores, rotuladores indelebles.
- Camillas flexibles, linternas frontales, chalecos de identificación para el coordinador y el clasificador.
- Registros de triaje y de evacuación, ficha recordatorio START.

### Errores frecuentes

- Intervenir antes de evaluar la seguridad y exponer al equipo a una segunda explosión.
- El coordinador que se pone a atender a la primera víctima y pierde la visión de conjunto.
- Quedarse mucho tiempo junto a una víctima durante la clasificación, o intentar una reanimación prolongada en detrimento de las demás.
- No hacer retriaje, o evacuar según el orden de llegada y no según la prioridad.
- Enviar a todos los heridos al mismo centro sin avisar, cuando otro tiene capacidad.
- Torniquetes sin hora, ocultos bajo las mantas.
- Dejar que la zona verde invada la zona roja.
- Imponer un debriefing colectivo en el que cada uno debe contar lo ocurrido.

### Variaciones según el contexto

**Crisis repentina** (terremoto, derrumbe): víctimas atrapadas, polvo, réplicas; coordinación con los equipos de búsqueda y rescate. **Conflicto prolongado**: sucesos repetidos, desgaste de los equipos y de las existencias; simulacros periódicos y rotación del personal. **Campamento**: incendios, avalanchas humanas durante las distribuciones; plan conjunto con el gestor del emplazamiento y los socios de salud. **Medio urbano**: numerosos actores, riesgo de desorganización; integrarse en el dispositivo de las autoridades en lugar de crear un circuito paralelo. **Gestión a distancia**: el personal nacional y los socios asumen la respuesta; deben disponer de la misma formación, el mismo material, el mismo seguro y el mismo apoyo. **Socios con baja capacidad**: presupuestar la formación, los botiquines y los simulacros, y organizar la formación con la Sociedad Nacional.

### Qué examinan los evaluadores y los donantes

- Existencia de un plan para afluencia masiva de víctimas probado en simulacros y articulado con los centros de salud y los demás actores.
- Formación del personal en primeros auxilios en contextos de conflicto y en triaje.
- Existencias preposicionadas revisadas.
- Informes de incidentes, análisis de lecciones aprendidas y seguimiento de las acciones.
- Apoyo psicosocial accesible a todas las categorías de personal.

## Preguntas de entrevista y referencias clave

**1. «Oye una explosión cerca de su equipo. ¿Qué hace en los cinco primeros minutos?»**

Una respuesta sólida empieza por ponerse a cubierto y hacer el recuento del equipo, contactar con el punto focal de seguridad, alertar a la base, evaluar el riesgo de una segunda explosión y, después, decidir si se interviene o no según la política de la organización. El candidato no se precipita hacia las víctimas.

**2. «Explique el triaje START y sus límites.»**

Describe la secuencia (marcha, respiración, frecuencia respiratoria, pulso radial o relleno capilar, obediencia a órdenes), las dos maniobras autorizadas, la necesidad del retriaje y los límites: umbrales para adultos, criterios falseados por la sordera, el frío o la poca luz, sobretriaje e infratriaje. Insiste en el uso de un método común y practicado.

**3. «¿Cómo atiende a un herido de bala en el tórax mientras espera la evacuación?»**

Controla primero una hemorragia masiva en otra parte del cuerpo, busca todas las heridas, también en la espalda, deja la herida torácica al aire o la cubre con un apósito no oclusivo conforme a las recomendaciones actuales, coloca a la víctima en la posición que le facilite la respiración, la protege del frío, la vigila y transmite la información.

**4. «¿Cómo prepara una base para una afluencia masiva de víctimas?»**

Cita el plan escrito (activación, seguridad, zonas, funciones, centros y capacidades, transportes, existencias, coordinación con el clúster de salud, el CICR y la Sociedad Nacional, apoyo al personal), la formación, los simulacros y los análisis de lecciones aprendidas.

**5. «¿Cómo apoya a su equipo después de un suceso traumático?»**

Describe el enfoque gradual: necesidades prácticas y primeros auxilios psicológicos el mismo día, intercambio voluntario sin obligación de contar lo ocurrido, reducción de la carga de trabajo, seguimiento, derivación a un profesional si las dificultades persisten, atención al personal nacional, a los conductores y a los voluntarios. Menciona que no se recomienda el debriefing psicológico impuesto.

**6. «Un grupo armado exige que atienda primero a sus combatientes. ¿Cómo responde?»**

Recuerda el principio de imparcialidad y la protección de los heridos y enfermos por el derecho internacional humanitario, sin distinción desfavorable, la prioridad fijada únicamente por la urgencia médica, la seguridad del equipo y el recurso a la negociación y al apoyo de la coordinación y, en su caso, del CICR.

## Referencias clave


- *Directrices internacionales de primeros auxilios, reanimación y educación* (2020): FICR.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), capítulo «First Aid»: Consejo Europeo de Resucitación.
- *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia*: CICR.
- *Cirugía de guerra* (volúmenes 1 y 2): CICR.
- *Mass Casualty Management Systems: strategies and guidelines for building health sector capacity* (2007): OMS.

- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured* (Atención básica de emergencia): OMS y CICR.
- *Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams* (Clasificación y normas mínimas para los equipos médicos de emergencia): OMS.
- Iniciativa *Asistencia de salud en peligro*: Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.
- Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales, disposiciones relativas a los heridos y los enfermos.
- *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* (2007); *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo* (OMS, 2011).
- *Managing Stress in Humanitarian Workers: guidelines for good practice*: Fundación Antares.
- *Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas* (CHS), compromiso 8.

Recordatorio: este curso en línea no sustituye una formación práctica certificada en primeros auxilios ni las formaciones especializadas en triaje y en primeros auxilios en zonas de conflicto. Solo el entrenamiento práctico y los ejercicios de simulación preparan realmente para una afluencia masiva de víctimas.

## Ejercicio: su plan de afluencia masiva de víctimas

Para su base, redacte un plan de una página: quién organiza, zona de reagrupamiento, material adicional que almacenar, estructuras de salud y capacidad quirúrgica, medios de transporte, contactos de urgencia y procedimiento de apoyo al equipo después del incidente.

## Para recordar

- Múltiples víctimas: el responsable organiza y no atiende; primero la seguridad.
- START: verde camina, negro no respira, rojo si respiración > 30, sin pulso radial o no obedece, si no amarillo.
- Durante el triaje: solo torniquete y posición lateral de seguridad.
- Guerra: primero la hemorragia catastrófica, luego vía aérea, respiración, circulación, hipotermia.
- Después: intercambio voluntario, apoyo psicológico, lecciones aprendidas, reposición.

## Cuestionario

1. En un incidente con múltiples víctimas, el papel del responsable del equipo es sobre todo:
   A. Atender al herido más grave
   B. Tomar fotos
   C. Responder a los medios de comunicación
   D. Organizar: seguridad, alerta, triaje, distribución de los socorristas, registro
2. Durante el triaje START, ¿qué gestos se realizan?
   A. Perfusiones
   B. Ningún gesto
   C. Solo detener las hemorragias catastróficas y la posición lateral de seguridad
   D. Toda la atención necesaria para cada víctima
3. ¿Por qué cubrir a un herido que sangra, incluso con calor?
   A. Para ocultarlo
   B. Para que duerma
   C. Porque se enfría rápidamente y la hipotermia agrava la hemorragia
   D. No es necesario

**Respuestas del cuestionario :** 1. B · 2. B · 3. B