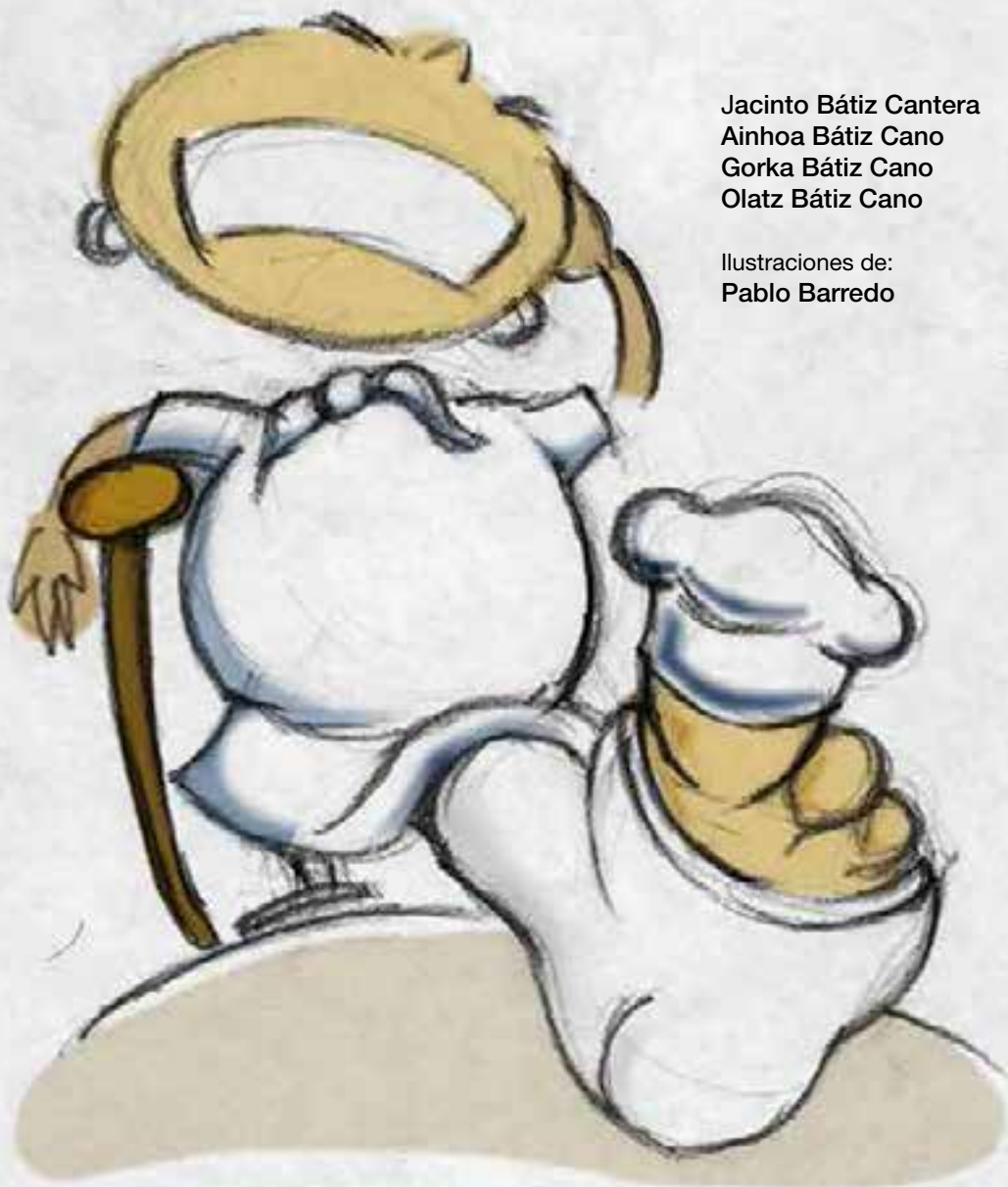


Prevención y primeros auxilios en hostelería

Jacinto Bátiz Cantera
Ainhoa Bátiz Cano
Gorka Bátiz Cano
Olatz Bátiz Cano

Ilustraciones de:
Pablo Barredo



Con la colaboración de:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN DE
LA SEGURIDAD SOCIAL

Plan de actividades preventivas de la Seguridad Social



BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO



OSALAN
Laneko Segurtasun eta
Osasunerako Eusko Erakundea
Instituto Vasco de
Seguridad y Salud Laborales



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

Con la colaboración de:



Plan de actividades preventivas de la Seguridad Social



Prólogo

Introducción

Capítulos

1. Intoxicaciones *(pág. 14)*.
2. Intoxicación etílica aguda *(pág. 20)*.
3. Quemaduras *(pág. 23)*.
4. Lesiones provocadas por el frío *(pág. 32)*.
5. Descargas eléctricas *(pág. 37)*.
6. Heridas *(pág. 42)*.
7. Esguinces y luxaciones *(pág. 52)*.
8. Fracturas *(pág. 58)*.
9. Traumatismos craneales *(pág. 63)*.
10. Traumatismos de la columna vertebral *(pág. 68)*.
11. Hemorragias *(pág. 74)*.
12. Cuerpos extraños *(pág. 80)*.
13. Convulsiones *(pág. 86)*.
14. Pérdida de conocimiento *(pág. 92)*.
15. Angina de pecho e infarto de miocardio *(pág. 96)*.
16. Abdomen agudo *(pág. 100)*.
17. Dificultad respiratoria *(pág. 103)*.
18. Dificultad circulatoria *(pág. 108)*.
19. Accidentes en el medio acuático *(pág. 112)*.
20. Traslado de las víctimas *(pág. 117)*.
21. La prevención en hostelería *(pág. 120)*.
22. El dolor de espalda en el profesional de hostelería *(pág. 124)*.
23. Las varices en las piernas del profesional de hostelería *(pág. 129)*.
24. Dermatitis en las manos del profesional de hostelería *(pág. 133)*.
25. El estrés en el profesional de hostelería *(pág. 136)*.
26. Prevención de alergias alimentarias en hostelería *(pág. 143)*.

Bibliografía

Prólogo

Hace ya casi un año, Pablo Barredo y el Dr. Jacinto Batiz me comentaron que estaban trabajando en un proyecto cuyo objetivo era la confección de un manual de prevención y primeros auxilios en hostelería, manifestando su deseo de que yo elaborase el prólogo.

Me sorprendió el proyecto puesto que no le situaba yo al Dr. Batiz en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. Él es un Facultativo que desarrolla su profesión como médico generalista en el IMQ y es, además, Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios en Santurtzi (Bizkaia). Es conocido su prestigio como experto en bioética, y en la actualidad preside la sección de esta disciplina en la Academia de Ciencias Medicas de Bilbao. Como digo, no le encontraba yo a mi querido colega relación con asuntos de Salud Laboral, pero pensé que el que vale, vale para todo, o para casi todo; así que acepté de buen grado el encargo, aún sin conocer el producto final.

Les escuché atentamente. Curiosamente el que mas entusiasmo comunicativo mostraba era Pablo Barredo, autor de la ilustración del texto, conocido publicista, persona que me es muy cercana, y que derrocha imaginación y buen humor en sus realizaciones gráficas.

Me fui de la reunión un poco escéptico, pensando que igual era un proyecto superfluo y redundante, ya que en el área educativa de la formación profesional se impartían en nuestro país muchos cursos relacionados con la prevención de riesgos laborales a un costo de cinco euros de media por hora lectiva.

Me suele gustar conocer las motivaciones por las cuales la gente se decide a emprender una tarea. En este caso la edición de un manual que sirva para que los ciudadanos eviten dañarse o morir por el hecho de irse a ganar el pan nuestro de cada día, o por la circunstancia de estar disfrutando -como clientes-, de los servicios prestados en la hostelería.

Evidentemente, las razones de los autores de este proyecto estaban impregnadas del profundo sentido de ese vocablo, tan descuidado, denominado ética, y que

Sabater define como *“el arte de vivir, el saber vivir, por lo tanto el arte de discernir lo que nos conviene (lo bueno) y lo que no nos conviene (lo malo)”*. Siempre resulta conveniente saber mas sobre todo lo que beneficie a la salud del prójimo. Pero hay una motivación añadida, que a mi me resulta enternecedora: Gorka, el hijo del Dr. Batiz, es un prestigioso restaurador que trabaja en México. Qué mejor regalo de un padre a un hijo, trabajador de la hostelería, que un manual que le ayude a que su tarea se realice con garantías de seguridad.

El asunto no es baladí. En efecto, en 2013 se contabilizaron -oficialmente- 23.204 accidentes de trabajo con baja laboral en Euskadi; 128 graves y 26 mortales. Ciertamente es que la siniestralidad laboral está mejorando, pero no es menos cierto que la crisis, que venimos padeciendo desde 2007, ha provocado tal precariedad en el empleo que la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo afirmó: *“La crisis financiera puede llevar a las compañías a ignorar o a minimizar la importancia de la seguridad y salud en el trabajo. Se corre el riesgo, incluso, de que las empresas se planteen recortar las inversiones en seguridad y salud en el ámbito laboral”*.

Volviendo a las cifras: en Euskadi, el año pasado, hubo 163 accidentes en establecimientos hoteleros, afortunadamente ninguno de gravedad. En restaurantes y bares se contabilizaron 1048, dos de ellos graves. Estos datos corresponden a percances ocurridos entre los trabajadores del sector, y las estadísticas nada cuentan de lo ocurrido a los clientes de la hostelería.

El 13 de Diciembre de 2013, en un conocido restaurante de la localidad de Ermua (Bizkaia), mi suegro, mientras comía, se sintió indispuesto. Los familiares y amigos que participaban del ágape pensaron que le estaba sobreviniendo

un probable evento vascular -infarto versus ictus-, dada la edad. Se celebraba la festividad de Santa Celicia, patrona polivalente de invidentes, modistillas, fotógrafos etc... Habría unos ciento y pico comensales en el local. Nadie, absolutamente nadie interpretó que lo que le estaba ocurriendo a Juan Mari era un atragantamiento al deglutir un trozo de solomillo. El pobre se desplomó. Cuando llegaron los servicios de emergencia nada pudieron hacer: estaba muerto. La autopsia judicial reveló: *“asfixia por obstrucción de la vía aérea”*. Si alguien le hubiese practicado la Maniobra de HEIMLICH de forma inmediata, probablemente se hubiese salvado.

Comprenderán, queridos lectores, que a las motivaciones de los autores a la hora de llevar a cabo el proyecto que tienen en sus manos , se añade una poderosa razón por mi parte: no podemos admitir que la gente ignore lo que hay que hacer -como primeros auxilios-, ante cualquier percance. Como señalan los artífices de este manual: *La maniobra de HEIMLICH, que sirve para socorrer al que ha sufrido un atragantamiento, ha salvado muchas vidas y es obligatorio su conocimiento en escuelas y restaurantes de mas de veinte estados en los EEUU.*

Así las cosas, ha sido para mi una honorable obligación prologar este manual. Tras leerlo, ya acabado e ilustrado, puedo afirmar que no es un texto mas sobre la prevención de riesgos laborales en el sector de la hostelería. Es una guía útil y necesaria no solamente para los trabajadores de estos establecimientos -prevención y auxilio-, sino para el público en general, usuario de los mismos, que puede verse inmerso en un accidente fortuito. Conocer lo que hay que hacer -y lo que no hay que hacer-, en cada caso es una conducta muy ética, pues ayuda a salvar vidas.

Rectifico mi escepticismo inicial. Este manual tan bien elaborado en sus contenidos, tan claro en su exposición, tan bonitamente ilustrado, con una visión holística de los riesgos de ese sector que nos aloja, nos da de comer y beber y que, en definitiva, nos ayuda a vivir mejor y a divertirnos, solo podía ser escrito por un médico generalista y especialista en bioética. Un guiño a la importancia de la pluridisciplinaridad y al conocimiento transversal.

Ricardo Franco Vicario
Doctor en Medicina

Especialista en Medicina Interna
Profesor titular de la UPV/EHU
Presidente de la ACMB



Introducción

Aunque este título no atraiga mucho al profesional de Hostelería, creemos que después de resaltar la importancia del contenido del libro puedan considerarlo interesante como complemento a su profesión.

El profesional de Hostelería deberá tener presente que, en más de una ocasión, se verá o se habrá visto implicado en situaciones donde la vida de un compañero de trabajo o de un cliente está comprometida.

Tal vez le sirvan para ilustrarlo algunos ejemplos:

- El ayudante de cocina de su Restaurante se ha cortado con el cuchillo el dedo y presenta una hemorragia intensa. ¿Qué podrá hacer usted para que no sangre hasta que se le pueda trasladar a un centro sanitario?
- En la habitación del Hotel donde usted trabaja, un cliente nos avisa que a su esposa la ha dado un mareo y está inconsciente. ¿Qué deberá hacer usted hasta que venga el médico?
- En su Restaurante, una señora mayor se ha atragantado con un hueso de carne y tiene dificultades para respirar. ¿Cómo podrá ayudarla para que no se asfixie hasta ser atendida por un sanitario?
- Un comensal, después de tomar un alimento al que no sabía que era alérgico, presenta un enrojecimiento de la cara y presenta además sensación de ahogo. ¿Qué deberá hacer usted hasta que sea atendido debidamente en un centro sanitario?

Les aseguramos que estas situaciones son reales. Y también les podemos asegurar que si en ese momento cualquiera de los trabajadores de los establecimientos que hemos citado conociera cómo actuar, las víctimas hubieran llegado en mejores condiciones sanitarias. Por eso, creemos que es importante que el profesional de Hostelería se familiarice con las técnicas de urgencia a tomar como son **LOS PRIMEROS AUXILIOS PARA SALVAR LA VIDA**. De esta manera podrá ser muy útil, además de buen profesional de la Hostelería.

Este libro no pretende formar sustitutos de médicos o de personal sanitario, pero sí pretende que los trabajadores de Hostelería adquieran los conocimientos básicos en Primeros Auxilios para poder ayudar en determinados casos asistiendo una urgencia hasta que lleguen los profesionales sanitarios, así como para no cometer errores que podrían ser fatales para la víctima. También pretende hacerles conocer criterios de prevención ante posibles accidentes, y también de ciertas

enfermedades propias de la profesión de Hostelería como pueden ser las varices, las lumbalgias, la dermatitis de manos.

Les invitamos a recorrer el contenido de este libro para que sean ustedes los que valoren su importancia.

Las intoxicaciones

En Hostelería se pueden presentar accidentes: por intoxicaciones; por ingestión de cáusticos como lejía, derivados del petróleo, medicamentos...; por inhalación de gases y humos o debido a la impregnación en la piel de sustancias tóxicas. Algunos ejemplos de estos posibles accidentes pueden ser:

- Un compañero de trabajo ingiere accidentalmente lejía. Ante esta situación hay que actuar rápidamente. ¿Cómo lo haría usted?
- En la cocina se ha iniciado un incendio y uno de los cocineros se ha desvanecido por una posible intoxicación por el humo. ¿Cómo le podría ayudar usted para que no se asfixie antes de que llegue el personal sanitario o se le pueda trasladar a un Hospital?
- La empleada de la limpieza del Restaurante ha sufrido un accidente; se ha derramado la botella de lejía sobre su cuerpo cuando iba a alcanzarla en una estantería elevada. ¿Cómo le va a poder ayudar para que las lesiones no se agraven?
- Encontrarse con situaciones de Intoxicación Etilica Aguda es bastante habitual. Es muy importante conocer cuál debe ser nuestra conducta ante un cliente en esta situación.

Las quemaduras

Tanto los cocineros, los camareros, como cualquier otro empleado de un hotel puede ser víctima o socorrista ante cualquier accidente por quemaduras. La cocina es uno de los lugares más propicios para las lesiones por quemaduras. Ejemplo de ello son las pequeñas quemaduras con la placa de la cocina o las quemaduras por aceite hirviendo.

El transporte de alimentos y líquidos calientes es una situación que puede ocasionar con mucha frecuencia el derrame de una sustancia a temperaturas elevadas que pueden suponer una lesión importante en la piel. En las habitaciones de los hoteles se suelen ocasionar accidentes de quemaduras en la cama por un cigarrillo que se cae del fumador dormido.

Las congelaciones

También se pueden dar accidentes provocados por el frío en Hostelería. En la cocina se manipulan alimentos que están sometidos a congelación y si esta manipulación es duradera y repetida en el tiempo, pueden provocar lesiones por el frío, llamadas congelaciones, en los dedos de los cocineros. Las cámaras del frío o congelación pueden ser lugar también de accidentes por enfriamiento general si dentro de una de ellas, se queda atrapado accidentalmente un cocinero o ayudante.

Algunos hoteles están situados junto a estaciones de invierno donde se practican deportes en la nieve y donde se pueden producir accidentes de congelaciones o enfriamiento general. A estas situaciones se suma la circunstancia de que en estos hoteles suelen estar situados a bastante distancia de los centros médicos y además con la inclemencias del tiempo pueden estar dificultadas las comunicaciones por carretera con los centros sanitarios más próximos. Por eso es preciso que conozcamos cómo actuar ante cualquiera de estos accidentes provocados por el frío.

Las descargas eléctricas

En las cocinas de los restaurantes se trabaja habitualmente con máquinas por alimentación eléctrica que en muchas ocasiones han causado accidentes por descargas eléctricas. También se observan accidentes por descargas eléctricas en clientes de los hoteles, que no adoptan medidas adecuadas cuando emplean secadores eléctricos o maquinillas de afeitar en el baño, descalzos sobre un charco de agua salpicada de la ducha. Y como en otros centros de trabajo, cuando se están realizando labores de mantenimiento, se pueden producir accidentes de estas características.

Las heridas

Los cortes con la vajilla de loza o cristal por caídas cuando son transportadas por el camarero o cuando las limpia el personal de cocina; las heridas producidas con los cuchillos o con los diversos utensilios de corte que se emplean en la cocina. Todas estas situaciones son bastante frecuentes en el medio hostelero por lo que va a ser muy útil conocer cómo se debe actuar ante cualquiera de estos accidentes.

Lesiones provocadas por caídas y traumatismos

Los resbalones y las caídas son uno de los riesgos principales en Hostelería. Son motivados por los suelos de las cocinas y fregaderos que suelen estar grasientos, mojados y resbaladizos. Estas condiciones adversas pueden provocar: esguinces, luxaciones, fracturas, hemorragias... Por eso es preciso mantener los suelos escrupulosamente limpios y bien conservados. La superficie del suelo en sí es

muy importante, por eso la mejor medida preventiva para estas lesiones es la de conservarlo en las mejores condiciones posibles de limpieza y de conservación.

Los cuerpos extraños

El atragantamiento con un trozo de carne u otro alimento es un accidente que tiene que ver mucho con la Hostelería. Existen muchas víctimas cuyo escenario es el comedor de un restaurante. Para comprender la alta incidencia de este accidente hay que recordar que la Maniobra de HEIMLICH, que sirve para desatragantar a la víctima, ha salvado muchas vidas y es obligatorio su conocimiento en escuelas y restaurantes de más de veinte estados de los EEUU. Este ha sido uno de los principales motivos que nos impulsó a escribir este libro.

Las convulsiones, los síncope y lipotimias, la angina de pecho, el infarto de miocardio, el dolor abdominal, la dificultad respiratoria y la dificultad circulatoria.

Todas estas situaciones también se pueden dar en el ámbito de la Hostelería y poder ayudar va a suponer una gran satisfacción profesional. Por eso se describen las distintas técnicas de primeros auxilios en cada una de estas situaciones.

Los accidentes en el medio acuático

Relacionar este tipo de accidentes con la cocina, con las habitaciones, puede ser a primera vista poco posible, pero si tenemos en cuenta que muchos hoteles cuentan entre sus instalaciones unas apetecibles piscinas o están ubicados junto a las playas, podremos comprender cómo en ocasiones puede ser posible que los profesionales de Hostelería tengan que prestar sus primeros auxilios a alguien que accidentalmente se ha caído a la piscina y no sabía nadar sufriendo un ahogamiento o que imprudentemente se ha bañado inmediatamente después de comer no respetando el periodo de digestión. También ha podido ocurrir que se ha introducido en la ducha con agua fría cuando estaba haciendo la digestión y en estos dos últimos casos ha sufrido un accidente por hidrocución o más conocido con el nombre de “corte de digestión”. Por último, también se puede dar que alguien haya sufrido un accidente al saltar del trampolín de la piscina.

La Medicina Preventiva en Hostelería

En Hoteles y Restaurantes existen riesgos de accidentes y riesgos contra la salud que no podemos obviarlos. Ya se ha explicado en los apartados anteriores algunas situaciones de accidentes que se pueden dar en el ambiente hostelero, tanto en los propios trabajadores como en los usuarios de sus servicios. Pero también debemos recordar algunos riesgos contra la salud para los trabajadores de Hostelería.

Los barman y taberneros están especialmente expuestos al alcoholismo. Los camareros, porteros, personal de recepción y otras personas obligadas a permanecer largas horas de pie pueden verse afectados por enfermedades circulatorias y de las articulaciones. Los limpiadores y detergentes utilizados en la limpieza de las habitaciones o en fregaderos pueden causar enfermedades de la piel. Algunos trabajadores pueden ser alérgicos a ciertos alimentos y vegetales que tiene que manipular. Por tanto, las varices, las lumbalgias y el eczema de manos son enfermedades que pueden evitarse o al menos retrasar su aparición si se llevan a cabo las medidas preventivas adecuadas. Con estas medidas no vamos a salvar la vida pero sí vamos a proteger nuestra salud.

El estrés en el profesional de hostelería

No podríamos terminar este libro sin abordar un tema que afecta también a la salud del profesional de hostelería y que a la vez influye negativamente en su actividad profesional, como es el estrés profesional.

Antes de iniciar la lectura de este libro deseáramos que tuvieran en cuenta lo siguiente:

Socorrer a alguien ante una situación de urgencia significa prestar los primeros cuidados que necesita el accidentado o el enfermo repentino; hacerlo en el lugar de los hechos hasta la llegada del personal especializado que complete la asistencia. Hay que tener presente que de estos primeros cuidados depende, en muchos casos, la evolución posterior de la víctima.

El objetivo como socorrista sería doble: no agravar el estado de la víctima y asegurar su traslado a un centro sanitario en condiciones adecuadas. Para que el acto de socorrismo sea eficaz el que lo realiza debiera poseer algunas características: hacerlo con tranquilidad, hacerse una buena composición de lugar de lo que está ocurriendo, deberá dominar la situación. Ha de hacer sólo aquello de lo que esté seguro y deberá evitar actuaciones intempestivas.

El esfuerzo que le suponga comprender los conceptos de cada uno de los capítulos de este libro, así como sus recomendaciones, tendrá su compensación cuando compruebe que ha podido ayudar a un compañero de trabajo o cliente a conservar su salud y, en muchos casos, salvar sus vidas. Además, sin duda alguna, le ayudará a evitar que su profesión pueda ser responsable del deterioro de su propia salud.

Los autores



Intoxicaciones

1

En Hostelería se pueden presentar accidentes por intoxicaciones debido a la ingestión de cáusticos como lejía, derivados del petróleo, medicamentos..., debido a la inhalación de gases y humos o debido a la impregnación en la piel de sustancias tóxicas.

Algunos ejemplos de estos posibles accidentes podrán ser:

- Un compañero de trabajo ingiere accidentalmente lejía. Ante esta situación hay que actuar rápidamente. ¿Cómo lo debemos hacer?
- En la cocina se ha iniciado un incendio y uno de los cocineros se ha desvanecido por una posible intoxicación por el humo. ¿Cómo se le podría ayudar para que no se asfixie antes de que llegue el personal sanitario o se le pueda trasladar a un Hospital?
- La empleada de la limpieza del restaurante ha sufrido un accidente; se le ha derramado una botella de lejía sobre su cuerpo cuando iba a cogerla de una estantería. ¿Cómo le vamos a poder ayudar para que las lesiones no se agraven?

Estas situaciones pueden ser reales en su quehacer profesional. Es muy importante que usted pueda ser útil en esos momentos. La víctima se lo va a agradecer y usted se encontrará satisfecho.

Generalidades de la intoxicación

Intoxicación es la situación producida por la ingestión, inyección, inhalación o contacto externo con multitud de sustancias llamadas tóxicos o venenos, entendiendo por tóxico todo agente que es capaz de producir en un órgano una serie de lesiones, ya sea en su estructura o en su funcionamiento, que puede conducir a la muerte.

Hay que tener en cuenta que muchas sustancias no producen efectos tóxicos si son correctamente utilizadas. Un ejemplo puede ser que una persona puede tomar una aspirina sin intoxicarse, pero si toma el tubo entero sí sufrirá una intoxicación. Por ello, podemos decir que prácticamente no hay sustancias inocuas, sino que hay maneras adecuadas de usar dichas sustancias.

El grado de intoxicación depende de ciertos factores como pueden ser el peso, la edad, la resistencia de la víctima, el tiempo de exposición al tóxico, el estado del estómago en el caso de las intoxicaciones por vía oral (estómago vacío o después de la ingesta de alimentos), de la velocidad en aplicar el tratamiento, de la letalidad del tóxico y de otros múltiples factores: como la dosis total del tóxico, la vía de entrada, y si la víctima se encuentra en estado de debilidad o de enfermedad.

Vías de entrada del tóxico

La penetración de un tóxico en el organismo de una persona, puede tener lugar por una de estas tres vías:

- Por la boca: a lo que se denomina INTOXICACIÓN POR INGESTIÓN.
- Por el aparato respiratorio: a lo que se denomina INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN.
- A través de la piel por inyección, por mordedura u por fricción o contacto: a lo que se denomina INTOXICACIÓN POR INOCULACIÓN.

Tratamiento general de las intoxicaciones

Ante una sospecha de intoxicación hay que actuar rápidamente, siendo los objetivos prioritarios los siguientes:

- 1º. La reanimación de la víctima.
- 2º. Actuar según sea la naturaleza del tóxico y la vía de entrada del mismo.
- 3º. Traslado a un centro sanitario.

1.- La reanimación de la víctima

La reanimación de la víctima es esencial y prioritaria. Se debe seguir el siguiente orden:

- a. VÍAS RESPIRATORIAS: Las vías respiratorias deben permanecer libres de obstáculos y para ello se vigilará que la lengua no caiga hacia atrás impidiendo la entrada del aire. También se deberá extraer cualquier

cuerpo extraño que pueda estar alojado en la cavidad bucal como dentadura postiza, resto de materia vomitada, etc... Se deberá colocar al enfermo en una posición de decúbito lateral izquierdo en un ligero plano inclinado.

- b. APARATO CARDIO-RESPIRATORIO: Si es preciso, por existir parada cardiaca, se le practicará masaje cardiaco externo. Deberá vigilarse el ritmo cardiaco ya que éste nos dará una idea del estado del paciente y de la urgencia del traslado.
- c. ESTADO DE SHOCK: Este estado se reconoce en el paciente por frialdad, sudoración abundante, desorientación, agitación, angustia, apatía, cianosis (coloración azulada de la piel y de las partes acras como las orejas, dedos...) y taquicardia. En caso de shock se deberá aplicar oxígeno, si se dispone de él.

2.- Actuación según la naturaleza y la vía de entrada del tóxico

a. TÓXICO CÁUSTICO POR VÍA ORAL.

Estos tóxicos suelen ser ácido como el ácido nítrico y álcalis o bases como la lejía. Si el paciente ha ingerido lejía se le dará un ácido débil diluido en agua como, por ejemplo, vinagre o zumo de limón; en los demás casos se le dará agua albuminosa (se prepara con 6 claras de huevo mezcladas y batidas con un litro de agua).

Se podrán administrar analgésicos ya que los cáusticos queman el esófago y la boca produciendo mucho dolor. También se les puede dar antieméticos (antivomitivos) para evitar el vómito.

Seguidamente se llevará a cabo el traslado urgente a un centro sanitario. En este tipo de intoxicación nunca se debe provocar el vómito ya que al salir el cáustico, se pueden producir nuevas lesiones. Tampoco es conveniente darle leche pues son más específicos los ácido débiles (zumo de limón diluido o vinagre) para la intoxicación por lejía y el agua albuminosa para la intoxicación por ácidos.

b. DERIVADOS DE PETRÓLEO Y POR VÍA ORAL.

El ejemplo más habitual es la gasolina.

Si la víctima ha ingerido gasolina, nunca se le provocará el vómito. Se le podrá dar nata montada o leche, helados o trocitos de hielo para chupar ya que de esta forma se evitarán los vómitos.

c. TÓXICO NO CÁUSTICO POR VÍA ORAL

Normalmente se trata de medicamentos que han podido ser ingeridos de forma accidental o de forma intencionada con el fin de suicidarse. En este caso se deberá actuar de la forma siguiente:

1º. Se deberá provocar el vómito, pero sólo en los siguientes supuestos:

- Cuando el tiempo transcurrido desde la ingesta del tóxico es inferior a dos horas.
- Siempre que haya certeza de que no haya depresión neurológica, es decir, que no está inconsciente o tenga convulsiones, ya que el material vomitado podría pasar al pulmón.

NUNCA se provocará el vómito si el producto es oleaginoso (aceitoso) o un derivado de petróleo o cáustico.

Para provocar el vómito se dará agua tibia con mucha sal (2 ó 3 vasos de agua salada) o bien se le harán toques en la parte posterior de la faringe o en la campanilla. Se deberá recoger una muestra del vómito para que los profesionales lo puedan analizar.

2º. Si han transcurrido menos de 8 horas desde la ingestión del tóxico, se provocará diarrea excepto si hubiera hipotensión (tensión baja). Para ello se empleará Agua de Caravana y no otro tipo de purgantes.

3º. Finalmente, se administrará un absorbente neutralizante del tóxico, siendo el preparado universal el Carbón Activado o Carbón Vegetal (3 ó 4 cucharadas disueltas en agua). La leche tiene fama de absorbente y antídoto universal, pero no lo es en absoluto y muchas veces lo que hace es facilitar la absorción del tóxico, por lo que su empleo no es aceptable en todos los casos.

NUNCA se dará nada por boca a un intoxicado si éste ha perdido el conocimiento o presenta convulsiones, ya que puede producir asfixia al pasar al pulmón.

d. TÓXICOS POR VÍA RESPIRATORIA

Los tóxicos por vía respiratoria son los gases y humos. En estos casos hay que actuar de la forma siguiente:

- Sacar a la víctima del ambiente tóxico.
- Aflojarle las prendas.

- Reanimarlo con oxígeno, respiración boca a boca o/y masaje cardíaco.
 - Se le cubrirá con mantas y se le mantendrá en reposo absoluto.
 - Se le trasladará urgentemente a un Centro Sanitario.
- e. **TÓXICOS POR VÍA CUTÁNEA**
- En estos casos habría que actuar de la manera siguiente:
- Quitar toda la vestimenta.
 - Lavar toda la superficie corporal con agua y jabón.
 - Trasladarlo a un Centro Hospitalario.

3.- Traslado a un Centro Sanitario

El traslado se debe efectuar después de haber tomado las medidas ya explicadas.

El intoxicado deberá ir en posición de decúbito lateral izquierdo (es decir, tumbado de costado sobre el lado izquierdo) con un ligero plano inclinado.

Deberá acompañarlo una persona para que pueda explicar todas las medidas de primeros auxilios que se le han practicado y que lleve muestras del material vomitado, de orina y del tóxico, si se dispone de ellas.

Medidas preventivas para evitar las intoxicaciones

1. No se deben dejar los medicamentos al alcance de los niños (por ejemplo, en las mesillas de noche). Es conveniente conservar el resto de los medicamentos en el envase original para no confundirlos más tarde.
2. Los productos de limpieza se deben guardar fuera del alcance de los niños: Normalmente se encuentran debajo del fregadero, y su potencial tóxico y corrosivo es muy elevado. Se deben almacenar en aquellos lugares a los que no pueden llegar.
3. No se deben emplear recipientes de productos alimenticios o de bebidas para introducir sustancias tóxicas. Los recipientes que contengan cualquier producto tóxico deberán estar visiblemente etiquetados.
4. Es conveniente revisar regularmente el estado de funcionamiento de todos los aparatos de combustión como calentadores, estufas, etc... así como la instalación del gas.
5. No se deben bloquear ni tapar las rejillas de ventilación.



Intoxicación etílica aguda

2

En la profesión de hostelería es bastante habitual encontrarse con situaciones de Intoxicación Etílica Aguda.

Antes de conocer cuál debe ser nuestra conducta ante un intoxicado por alcohol es conveniente que conozcamos algunos conceptos importantes sobre esta intoxicación.

¿Qué es la alcoholemia?

La tasa de alcohol en la sangre se denomina alcoholemia y se expresa en gramos de alcohol por litro de sangre. La alcoholemia alcanza su máxima concentración entre la media hora y las dos horas que siguen a la ingestión, y es tanto más elevada cuanto más alcohol se haya consumido sin ingerir alimentos. Por otro lado, la absorción se incrementa al aumentar la concentración de la bebida.

El alcohol es quemado en el organismo con lentitud (poco más de 10 cc por hora) por lo que sus efectos nocivos se mantienen durante mucho tiempo.

Grados de Intoxicación Etílica

Sobrepasando un cierto límite, el alcohol es un tóxico. Se pueden distinguir diversos niveles de alcoholemia que suponen también diversos grados de riesgo para el organismo:

- Una tasa de alcoholemia entre 0,5 y 0,8 nos indica que está en **fase de alarma** y produce unos efectos de euforia.
- Entre 0,8 y 1 entramos en una **fase tóxica** con efectos de borrachera/embriaguez.
- Entre 1 y 3 sigue siendo una **fase tóxica** con efectos de borrachera grave.
- Entre 3 y 4 entramos en una **zona mortal** con efectos de coma y peligro de muerte.

Síntomas de embriaguez

Puede presentar diversos grados de excitación. Presenta locuacidad, euforia, pérdida o disminución de la autocrítica. Tiene lenguaje rápido, atropellado. Presenta descoordinación de los movimientos y de la marcha (paso vacilante). Tiene irritabilidad y enrojecimiento del rostro. Presenta una respiración jadeante. Tiene aliento con olor a alcohol. Puede también presentar vómitos y en casos graves inconsciencia y estupor.

PRIMEROS AUXILIOS ANTE UNA PERSONA EMBRIAGADA

1.- VIGILANCIA

Hay que estar muy pendiente de la persona que está bajo los efectos del alcohol y atenderla debidamente si fuera necesario.

No hay que dejarse persuadir por ella, aunque manifieste estar perfectamente: También debe evitarse que se ponga al volante o que desarrolle actividades peligrosas.

2.- PROVOCAR EL VÓMITO

En caso de embriaguez grave, es necesario tratar de provocar el vómito de la persona afectada, aunque ésta ya lo haya hecho, metiéndole los dedos en la garganta o haciéndole ingerir agua caliente con bicarbonato sódico o una solución de agua salada (una cucharadita de sal disuelta en un vaso de agua).

3.- REANIMACIÓN

Para reanimar al embriagado se le puede dar a oler amoníaco o sales.

4.- ACOSTARLE

Hay que tumbarle con la cabeza ligeramente elevada y vuelta hacia un lado para evitar que, en caso de que vomite, el vómito se introduzca en sus vías respiratorias.

5.- EVITAR EL FRÍO

Conviene mantener caliente y apartada de las corrientes de aire a la persona afectada.

6.- DAR A BEBER CAFÉ

A quien se encuentre en este estado se le puede ofrecer varias tazas de café cargado y caliente, con azúcar.

7.- TRASLADAR A UN CENTRO SANITARIO

Si la intoxicación etílica es realmente seria y el enfermo se encuentra inconsciente hasta el punto de que resulta del todo imposible despertarle, es necesario trasladarle a un centro sanitario, puesto que puede necesitar líquidos intravenosos que le ayuden a restablecer el equilibrio hídrico del organismo y precisar vigilancia médica durante una horas.

El gremio de la Hostelería es uno de los gremios que más sufre este tipo de accidentes.

La cocina es uno de los lugares más propicio para estas lesiones. Ejemplo de ello son las pequeñas quemaduras con la placa de la cocina o las quemaduras por aceite hirviendo que sufren los que trabajan en ese lugar.

El transporte de alimentos y líquidos calientes es una situación que puede ocasionar con mucha frecuencia el derrame de una sustancia a temperaturas elevadas que pueden suponer una lesión importante en la piel.

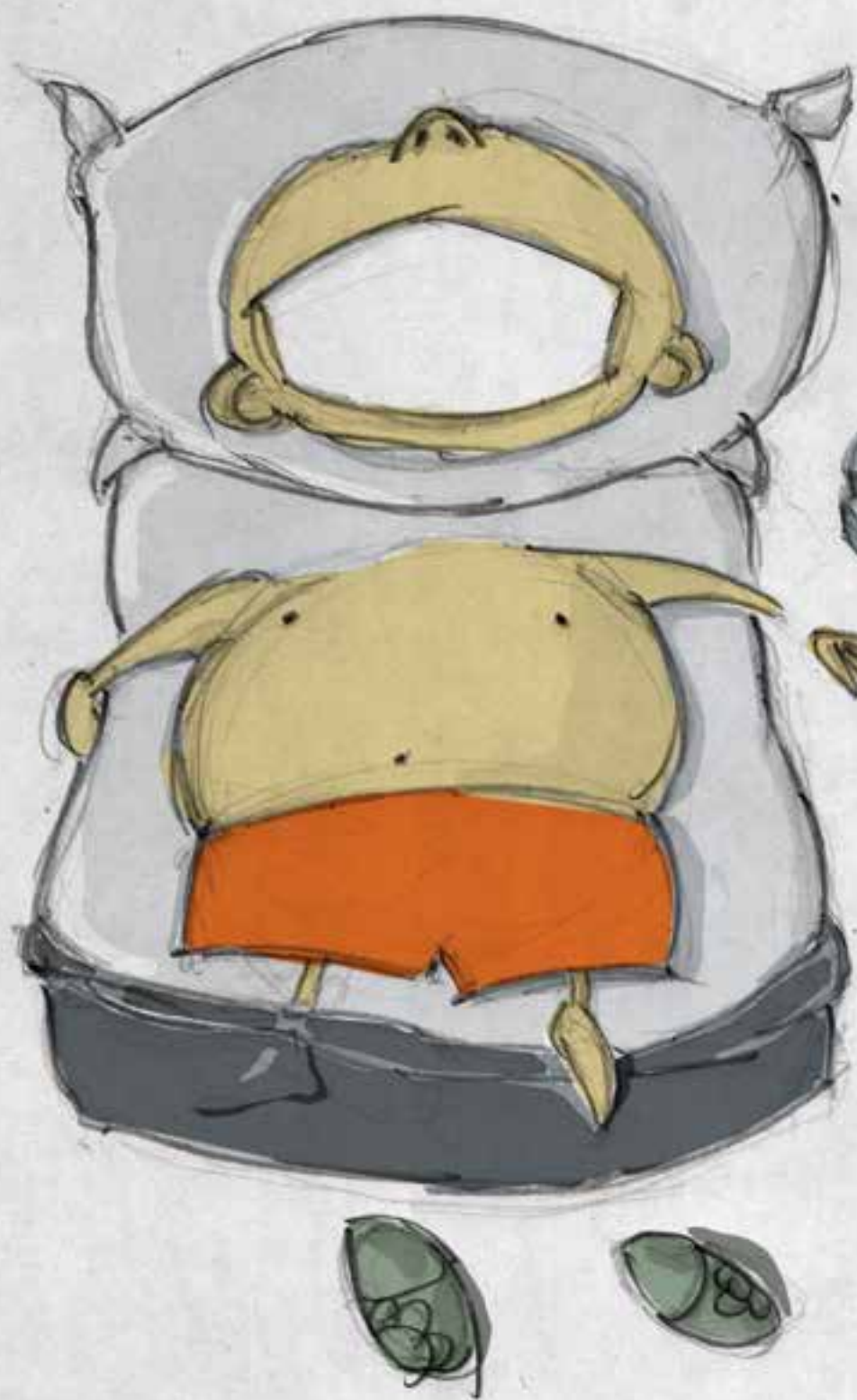
En las habitaciones de los hoteles se suelen dar accidentes de quemaduras en la cama por un cigarrillo que se le cae al fumador dormido.

Como podemos ver, tanto los cocineros, los camareros como los empleados de un hotel pueden ser víctimas o socorristas ante cualquier accidente por quemaduras. Por eso es importante que conozcamos las Técnicas de Primero Auxilios en Quemaduras y algunos consejos para evitar estos temidos accidentes.

Primeros auxilios a personas quemadas

Es muy importante la primera actuación ante una persona quemada haga quien la haga. Por eso, es fundamental conocer cómo se debe tratar a una persona que haya sufrido quemaduras para poder ayudar con nuestra actuación a que el tratamiento que posteriormente se seguirá en el Hospital sea continuación del que hayamos realizado nosotros y que no tengan que retrasar su actuación por haber empeorado sus lesiones.

Desde la constitución de Unidades de Quemados en los Hospitales se ha generalizado la idea de que el mejor tratamiento es remitir a la persona accidentada/quemada con la mayor rapidez a la Unidad de Quemados que tengamos más próxima.



Insistimos que de los primeros auxilios que prestemos a la persona que haya sufrido quemaduras va a depender la evolución posterior e incluso la supervivencia de la persona quemada.

Cuando estamos ante una persona que está sufriendo una quemadura podemos estar influenciados por circunstancias emocionales, por ello debemos establecer una metodología de asistencia con prioridades definidas:

1. NEUTRALIZAR EL AGENTE AGRESOR SI TODAVÍA ESTUVIERA ACTUANDO.
2. LLEVAR A CABO LAS MEDIDAS DE REANIMACIÓN INMEDIATAS QUE FUERAN NECESARIAS.
3. CLASIFICAR LAS LESIONES EN ORDEN A SU TRATAMIENTO Y FORMA DE EVACUACIÓN.
4. APLICAR EL TRATAMIENTO ADECUADO, ASEGURANDO SU CONTINUACIÓN DURANTE LA EVACUACIÓN.

Asistencia inmediata. Neutralización del agente agresor.

- En las QUEMADURAS POR LLAMA hay que impedir que la persona quemada permanezca de pie o corriendo. Se le debe arrojar al suelo y apagar las llamas con mantas, ropa o agua si no se dispone de extintores. No tratar de remover las prendas quemadas ya que se arrancaría la piel quemada adherida a ellas.
- En la QUEMADURAS POR LÍQUIDOS CALIENTES es conveniente enfriar con agua o alcohol. Se debe retirar las ropas de inmediato.
- En las QUEMADURAS QUÍMICAS se debe neutralizar inmediatamente con el agente correspondiente, si se dispone de él. Si no fuera así, se debe emplear agua a chorro durante más de 20 minutos a excepción de las quemaduras por cal viva en las que antes debe tratarse de eliminar el polvo. La neutralización debe continuar hasta su llegada al Centro Hospitalario.
- En las QUEMADURAS CON CAMELO LIQUIDO O PLÁSTICO ADHERIDO A LA PIEL no se debe intentar retirarlo sin disponer de hielo para enfriarlo y endurecerlo. Una vez frío y endurecido se podrá retirar.
- En las QUEMADURAS OCULARES no se debe aplicar ningún tipo de pomadas. Estas quemaduras requieren un cuidadoso y continuado lavado de los ojos con agua hasta que se pueda efectuar el tratamiento en un centro sanitario. Para evitar el dolor se podrá aplicar algún colirio anestésico.

Casos que precisan urgentes medidas de reanimación

1.- Los que hayan sufrido choque eléctrico con eventual parada cardiorrespiratoria deben recibir respiración artificial boca a boca, o por medio de Ambú, combinada con masaje cardíaco externo al menos durante 2 horas antes de considerarlos irreversibles. Esta medida debe ser aplicada también a los accidentes eléctricos con respiraciones inferiores a 4 ó 5 por minuto ya que tenderán a la parada cardiorrespiratoria.

2.- Personas quemadas cuyo accidente ha sucedido en un ambiente cerrado sufriendo quemaduras en la cara o en zonas periorales y que producen esputos negruzcos y tienen algún signo de dificultad respiratoria. Estas personas quemadas deben recibir oxígeno humidificado con una saturación entre el 40% y el 100% y un flujo de 5 a 6 litros por minuto.

Clasificación de las quemaduras

Una vez que hemos conseguido neutralizar el agente agresor y hemos asegurado que la persona quemada no tiene ningún riesgo de sufrir una parada cardiorrespiratoria, debemos clasificarla con el fin de realizar la evacuación y el tratamiento adecuados. Esto tendrá importancia cuando el accidente haya provocado varias víctimas ya que en este caso sería preciso establecer las prioridades de evacuación según la importancia de las lesiones.

Grupo 1º

A este grupo pertenecen los accidentados que deben ser remitidos de inmediato a la Unidad de Quemados. Estos quemados reúnen algunas de las siguientes circunstancias:

- Su extensión es superior al 10% en los niños, superior al 15% en los ancianos y superior al 20% en los adultos. (Para poder calcular de forma rápida, la superficie de la mano de la víctima que vamos clasificar corresponde al 1%).
- Cuando se ha provocado la quemadura en un espacio cerrado; cuando se ha provocado por quemaduras eléctricas o por quemaduras químicas.
- Cuando presenta lesiones asociadas como fracturas, heridas con hemorragias...
- Cuando presenta grave proceso patológico previo al accidente: enfermedades del corazón o de las vías respiratorias...

Grupo 2º

Estos quemados deben ser evacuados al Hospital pero sin la urgencia del grupo 1º. A este grupo pertenecen:

- Aquellos quemados que presente quemaduras de 1º, 2º y 3º grados inferiores al 10% en niños, 15% en ancianos y 20% en adultos, si se localizan en la cara, en las manos, en los pies o genitales.
- Los quemados que tengan quemaduras de 3º grado superiores al 10% sea cual sea su localización.
- Los quemados que tengan una patología previa que aconseje su vigilancia en un centro sanitario como son las mujeres embarazadas, los minusválidos y los epilépticos.

Grupo 3º

A este grupo pertenecen los quemados que pueden ser tratados ambulatoriamente y remitidos a un centro sanitario para revisión según su evolución. Sería todos aquellos quemados que tengan quemaduras de 1º y 2º grados de extensión inferior a las mencionadas en los grupos anteriores y ninguna circunstancia agravante.

Tratamiento de urgencia de las quemaduras

El tratamiento médico de las víctimas quemadas deberá tener los siguientes objetivos:

- Sedar el dolor y calmar la ansiedad de la víctima convenciéndole de que se está efectuando todo lo necesario para su curación o traslado.
- Iniciar de inmediato, si fuera necesario, la reposición de líquidos y electrolitos para que no se establezca un shock irreversible.
- No traumatizar ni contaminar las superficies quemadas con curas inconvenientes o mal realizadas por falta de medios.

Para las víctimas de los grupos 1º y 2º se debe tener en cuenta las siguientes pautas:

- NO DAR LÍQUIDOS POR BOCA.
- NO INYECTAR NADA POR VÍA INTRAMUSCULAR.

¿Cómo actuar con las víctimas del Grupo 1º?

Si el lugar donde se ha producido el accidente de estos quemados está tan cerca de un centro sanitario como para poder realizar la evacuación en menos de una hora, bastará con envolver a la víctima con una sábana limpia y evacuarlo, garantizando la reanimación en el caso de quemaduras eléctricas o las complicaciones producidas por inhalación de humo. Se deberá continuar neutralizando el agente que provocó la quemadura en el caso de las quemaduras químicas.

REPOSICIÓN DE LIQUIDOS: Una buena reposición de líquidos se consigue con el Suero Ringer Lactato, pero para ello también se puede utilizar Suero Fisiológico o cualquier solución electrolítica de bajo contenido en potasio.

La administración de líquidos es preferible realizarla por medio de catéteres endovenosos situados en venas de miembros superiores, pero si carece de medios se puede utilizar cualquier vena insertando abocats que por su flexibilidad garantizan mayor permanencia que las agujas metálicas.

CONTROL DEL DOLOR: La persona quemada suele tener un gran trastorno emocional que intensifica su dolor y que cederá notablemente si la víctima percibe que se encuentra bien atendido. Una medida que frecuentemente calma el dolor de casi todas las quemaduras es la aplicación de agua, alcohol u otro agente que enfríe la quemadura, pero su efecto sólo será eficaz durante unos 15 ó 20 minutos.

TRATAMIENTO LOCAL DE LAS QUEMADURAS: Es preciso cubrir a la persona quemada con sábanas limpias, mantas o sábanas metálicas para evitar la pérdida de calor. No se deberá aplicar cremas ni pomadas de ningún tipo. La evacuación de la víctima no debe ser retrasada por la administración de ningún otro medicamento o por la realización de la prevención del Tétanos que se efectuará rutinariamente en el centro sanitario.

¿Cómo actuar con las víctimas del Grupo 2º?

Las persona que tengan quemaduras moderadas con extensiones próximas al límite establecido para las más graves, atendidas en lugares a larga distancia del centro sanitario, serán evacuadas con más seguridad si se obtiene una vena por la que se inyecten líquidos a un ritmo moderado de 20 gotas por minuto en niños y 60 gotas por minuto en adultos.

Aliviado el dolor con la inyección endovenosa de un analgésico se efectuará una limpieza de la quemadura con suero fisiológico o agua estéril, siempre que se disponga de material para efectuarla, y se aplican tules engrasados colocando un vendaje oclusivo que inmovilice la parte lesionada.

En las QUEMADURAS DE LA CARA se realizará tratamiento previo de las lesiones oculares como ya se ha explicado anteriormente. Ante la menor sospecha de inhalación de gases hay que instaurar la administración de oxígeno. No es preciso hacer tratamiento oclusivo de las quemaduras. Se hace una cura de exposición, simplemente al aire, o, si tiene mucho dolor, aplicarle una crema de corticoides.

En las QUEMADURAS DE LA MANO será preciso hacer un vendaje sin compresión de ninguna clase; tampoco será preciso esforzarse en mantener los dedos separados, pues no se producirán sinequias en las primeras horas de la quemadura. La mano y la muñeca deberá estar en posición funcional. El miembro estará elevado por encima del nivel del corazón.

En las QUEMADURAS DEL PERINÉ hay que evacuar a la víctima con las lesiones en exposición; si no fuera posible por algún motivo, se extenderá sobre la superficie quemada alguna crema de corticoides (si la extensión no rebasa el 10%) o mejor una crema de Sulfadiacina de Plata. En las quemaduras genitales sería conveniente realizar un sondaje uretral, siempre que se haga en condiciones de asepsia.

¿Cómo actuar con las víctimas del Grupo 3º?

Las quemaduras de estas víctimas pueden ser tratadas fácilmente en régimen de ambulatorio.

Curación de las pequeñas quemaduras

En el tratamiento ambulatorio es preferible realizar vendajes oclusivos a excepción de los casos que se han explicado anteriormente (cara, genitales...).

En primer lugar, se efectuará una limpieza de la herida con suero fisiológico o agua estéril, éter si se trata de alquitrán o plástico adherido. Si es posible, afeitar o cortar el vello o cabello según las zonas.

Las ampollas que tengan piel muy fina o presenten alguna perforación pueden ser recortadas y eliminadas, a menos que se pueda tratar en condiciones asépticas, pues realmente son protectoras de la zona subyacente al evitar la desecación y evitar el daño celular. Si se trata en las palmas de las manos y plantas de los pies, hay que respetarlas, al menos en las primeras horas, hasta que presenten síntomas de infección.

Hay que limpiar la quemadura, aplicar tul graso, adicionado o no de corticoides según el dolor, y de antibióticos que no sean de uso parenteral para no crear resistencias, si se observa algún síntoma de infección.

Cubrir con gasas o compresas quirúrgicas estériles y un apósito voluminoso que garantice algo de compresión para evitar los espacios muertos y que además pueda absorber las secreciones.

La segunda cura se puede realizar a las 48 horas y las sucesivas curas según la evolución de la quemadura.

Evacuación de una víctima quemada

El principal cuidado que debe atenderse en la evacuación de una víctima quemada grave (Grupo 1º) es que durante la evacuación no se debe interrumpir el tratamiento.

El gran quemado debe ir siempre acompañado de personal cualificado para mantener permeable, o renovarla si fuera necesario, la vía o vías venosas, mantener libres las vías respiratorias y administrar oxígeno.

Tratándose de víctimas por quemaduras eléctricas que hayan sufrido shock o víctimas quemadas con lesiones por inhalación implica la posibilidad de tener que realizar una reanimación cardiorrespiratoria que sólo es posible con dos personas y disponen como mínimo de posibilidades de intubación y aplicar un Ambú. En estos casos es preferible retrasar la evacuación perfundiendo sueros, hasta que se garantice la evacuación en condiciones adecuadas.

Es aconsejable establecer contacto telefónico con la Unidad de Grandes Quemados tanto para preparar la recepción de la víctima como para recibir eventuales ayudas.

Si se dispone de tiempo, se deberá redactar una breve nota con datos personales de la víctima, hora y tipo de accidente y cualquier tipo de tratamiento que se hay realizado.

Ante una víctima quemada NO SE DEBE HACER NUNCA:

- ARRANCAR LA ROPA PEGADA A LA PIEL.
- ROMPER LAS AMPOLLAS DE LA PIEL.
- APLICAR POMADAS SOBRE LA SUPERFICIE QUEMADA.
- DARLE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.
- RETRASAR EL TRASLADO DEL QUEMADO AL HOSPITAL.

Prevención de las quemaduras

La prevención de los accidentes provocados por quemaduras es un tema para el que están especialmente sensibilizados todos los encargados de la asistencia de los quemados. Cuando hablamos de la prevención, tanto de los accidente provocados por quemaduras como de cualquier otro tipo de accidente, es preciso recordar que en la mayoría de los casos son fruto de imprudencias o descuidos en el manejo de elementos que están cotidianamente presentes en nuestro medio.

Por eso teniendo en cuenta cuáles han sido las causas que han provocado las quemaduras a las víctimas que se han atendido, se aconsejan las siguientes medidas preventivas:

- Es preciso hacer revisiones periódicas de las instalaciones eléctricas. Proteger adecuadamente los enchufes. Separar adecuadamente las tomas de corriente de las tomas de agua.
- Vigilar las condiciones de almacenamiento de combustible y gases. Revisar periódicamente las conducciones de estos combustibles y gases.
- Procurar que las instalaciones de los fogones de las cocinas sean fijas. Mantener la cocina lejos de la puerta de entrada.
- Reducir, mejor eliminar, el número de elementos decorativos de alta inflamabilidad.
- No conectar muchos aparatos en el mismo enchufe ya que existe peligro de recalentamiento e ignición.
- Desconectar cualquier aparato eléctrico después de su uso.
- Evitar ponerse vestidos amplios y de mangas colgantes cuando realice tareas en la cocina o cerca de fuentes de calor.
- No utilizar agua para sofocar las llamas procedentes del aceite de una sartén; se deberán apagarse mejor por sofocación con la tapadera o con una manta.
- Vigilar el estado de los filtros de las campanas extractoras ya que son el origen frecuente de incendios.
- Es conveniente emplear recipientes con protectores en las asas para evitar quemarnos las manos al asirlos.



Lesiones provocadas por el frío

4

Los accidentes provocados por el frío en Hostelería

En Hostelería también se pueden dar accidentes provocados por el frío. En la cocina se manipulan alimentos que están sometidos a congelación y si esta manipulación es duradera y repetida en el tiempo, puede provocar lesiones por frío, llamadas congelaciones, en los dedos de los cocineros. Las cámaras de frío o congelación pueden ser lugares también de accidentes por enfriamiento general al quedar atrapado accidentalmente un cocinero o ayudante.

Algunos hoteles están situados junto a estaciones de invierno donde se practican deportes en la nieve y donde se pueden producir accidentes de congelaciones o enfriamiento general. A estas situaciones se suma la circunstancia que estos hoteles suelen estar situados a bastante distancia de centros médicos y además con las inclemencias del tiempo pueden estar dificultadas las comunicaciones por carretera con los centros médicos más próximos. Por eso es preciso que conozcamos cómo actuar ante cualquiera de estos accidentes provocados por el frío.

CONGELACIONES

Son lesiones locales provocadas por el frío. En estos casos la temperatura corporal se mantiene constante. La acción del frío afecta a los vasos sanguíneos lo que supone que la evaluación de la congelación en cuanto a extensión y profundidad no puede hacerse hasta que hayan transcurrido de 4 a 6 días. Las congelaciones al igual que las quemaduras, se clasifican en grados:

Congelaciones de Grado 1

Estas congelaciones se caracterizan porque existe una isquemia o falta de circulación sanguínea en la zona afectada debido a la vasoconstricción (cierre de los vasos sanguíneos) que se produce para evitar la pérdida de calor.

La piel presenta cambios de coloración que van desde una intensa palidez hasta un amoratamiento. No hay dolor sino insensibilidad que puede ser peligrosa ya que la víctima puede no percibirlo y entonces la congelación avanza a grados más peligrosos.

Al recalentarse la zona aparece un enrojecimiento de la piel, debido a la vasodilatación, con dolor y salida del plasma de los vasos sanguíneos produciéndose un edema local con sensación de tensión en la zona.

Cuando las lesiones se han curado pueden quedar zonas pigmentadas en la piel y picor al calentar súbitamente esa zona. También pueden aparecer sabañones y alteraciones en el crecimiento de las uñas.

Congelaciones de Grado 2

En las congelaciones de segundo grado aparecen flictenas o ampollas cuyo contenido está teñido de sangre. Estas ampollas se rompen espontáneamente al cabo de unas horas o días. Hay un edema local. La curación es más lenta y pueden quedar como secuelas un edema o inflamación crónica y úlceras que tardarán en cicatrizar.

Congelaciones de Grado 3

En estas congelaciones la coloración de la zona afectada es muy azulada o negruzca, debido a una necrosis o muerte del tejido, que se encuentra claramente separada de la zona sana por un surco; dicha zona afectada aparece seca, como momificada, originándose en este caso una infección con aspecto pútrido en la zona. Existen muchos casos de amputaciones espontáneas de los dedos de los pies y hay riesgos de infecciones generales y de Tétanos.

Como secuelas que pueden aparecer al cabo del tiempo de sufrida la congelación (meses e incluso años), hay que citar atrofas musculares y cutáneas, úlceras que no consiguen cicatrizar, trastornos nerviosos sensitivos con dolores intensos por neuritis, o zonas anestésicas y trastornos circulatorios con arteritis (inflamación de las arterias) que conlleva a una disminución del riesgo sanguíneo a la zona afectada.

Primeros auxilios en congelaciones

En las congelaciones de Grado 1º es muy importante que la víctima se de cuenta e intente recalentar la zona: si es un dedo, introducirlo en la boca; si son las manos, colocarlas en las axilas; si son los pies, masajearlos con las manos, etc...

Además, se debe realizar una actividad muscular local abriendo y cerrando las manos, o moviendo los pies, lo que estimula la formación de calor (termogénesis) y aumenta el riego sanguíneo a la zona.

El tratamiento en sí de las congelaciones consiste en el recalentamiento, prevención de las infecciones y facilitar la eliminación de los tejidos necrosados (muertos). El recalentamiento debe ser mediante una descongelación lenta y progresiva ya que pueden aparecer también lesiones por recalentamiento.

Las partes afectadas deben someterse a un masaje con nieve o baño de agua helada, pero sin que la temperatura sea superior a 10° C. Cuando se comprueba que la zona ha aumentado de temperatura y tiene mejor color, se sigue aumentando lenta y progresivamente la temperatura del agua.

Hay que conseguir el recalentamiento general de la víctima mediante baños calientes parciales y administración de infusiones calientes (té, manzanilla, etc...) si la víctima está consciente.

El tratamiento general consistirá en profilaxis antitetánica, tratamiento del shock, tratamiento con antibióticos para evitar las infecciones, tratamiento con analgésicos para aliviar el dolor, tratamiento con medicamentos vasodilatadores para favorecer la circulación sanguínea... En las congelaciones del Grado 3° hay que retirar los tejidos muertos para evitar así la infección que éstos pueden provocar.

Durante los primeros días sólo se darán antibióticos y se vigilará a la víctima procurando que esté cómoda y sin dolores. Transcurrido este tiempo se va a poder valorar bastante bien el alcance de la congelación y podrá proceder a las amputaciones (en ocasiones no se puede esperar y hay que hacerlas antes).

ENFRIAMIENTO GENERAL

El enfriamiento general es cuando se mantiene la temperatura del cuerpo por debajo de los 35°C (medida en el recto). También se denomina a este cuadro HIPOTERMIA. Es preciso distinguir entre Enfriamiento Agudo y Enfriamiento Crónico.

Enfriamiento Agudo: El enfriamiento agudo se presenta cuando la víctima pasa muy rápidamente de una temperatura corporal a otra muy inferior. Por ejemplo, cuando una persona se cae en un pozo de agua helada o cuando es atrapada por un alud de nieve.

Enfriamiento Crónico: Este tipo de enfriamiento se presenta cuando la víctima está sometida durante varias horas a bajas temperaturas y se va enfriando progresivamente. Una persona sometida a un enfriamiento agudo, con aspecto de haber muerto de frío, puede ser reanimada con éxito, y sin embargo, una persona sometida a un enfriamiento crónico encontrada con vida puede morir fácilmente.

En el enfriamiento agudo se produce un cese del riego sanguíneo al cerebro con disminución del oxígeno (hipoxia) que al cabo de un tiempo produce lesiones irreversibles. Paradójicamente, cuanto más baja es la temperatura corporal, existe más tiempo hasta la aparición de las lesiones irreversibles, y así a 28°C de temperatura corporal tenemos unos 7 a 10 minutos hasta la aparición de esas lesiones irreversibles; a 25°C de 10 a 15 minutos, y a 10°C unos 35 a 40 minutos.

Cuando la temperatura del organismo (medida en el recto) desciende por causa de un ENFRIAMIENTO AGUDO a 34°C la víctima permanece lúcida apareciendo temblor o tiritona, tiene sensación de dolor, existe aumento de la frecuencia de las respiraciones y de los latidos cardiacos, así como palidez de la piel.

De 34°C a 27°C la víctima presenta apatía, desorientación, disminución de los latidos cardiacos por minuto, disminución del número de respiraciones por minuto y la piel presenta un color pálido azulado.

De 27°C a 22°C la víctima se encuentra en coma y con palidez de piel que toma un aspecto céreo. Es lo que se denomina fase paralítica.

Si la temperatura corporal desciende a 34°C a causa de un ENFRIAMIENTO CRÓNICO aparece un estado de atontamiento con un habla en tono muy bajo y prácticamente ininteligible. También aparece incontinencia de esfínteres con emisión involuntaria de orina y heces.

De 34°C a 27°C de temperatura corporal debido a un enfriamiento crónico aparece un colapso o fracaso circulatorio con irregularidad del ritmo cardiaco (arritmia) y disminución de los latidos cardiacos por minuto. La respiración es lenta y superficial.

Primeros auxilios en las situaciones del enfriamiento general

Hay que evitar las lesiones por recalentamiento. Es preciso retirar las ropas mojadas o húmedas y abrigarle con mantas.

En el caso de parada respiratoria se le practicará la respiración boca a boca, pero cuidando antes de que no tenga cuerpos extraños en las vías respiratorias.

Posteriormente se colocará a la víctima progresivamente en ambientes más cálidos. También se le puede colocar en un baño e ir aumentando poco a poco la temperatura del agua hasta los 40°C, pero hay que hacerlo con cuidado para evitar el recalentamiento brusco.

El tratamiento definitivo se hará en un centro sanitario donde se le inyectarán por vía venosa sustancias que le repongan el volumen de sangre circulante.

Descargas eléctricas

5

Los accidentes por descargas eléctricas en Hostelería

En las cocinas de los restaurantes se trabaja habitualmente con máquinas de alimentación eléctrica que en muchas ocasiones pueden causar accidentes por descargas eléctricas.

También se observan accidentes por descargas eléctricas en los clientes de los hoteles que no adoptan las medidas adecuadas cuando emplean, por ejemplo, secadores eléctricos o máquinas de afeitar en el baño descalzos sobre un charco de agua salpicada de la ducha.

Y como en otros centros de trabajo, cuando se están realizando labores de mantenimiento, se pueden producir accidentes de estas características.

Si tenemos claro qué es lo que tenemos que hacer ante un accidentado por una descarga eléctrica, podremos posiblemente salvar una vida.

Accidente por descargas eléctricas de Alta Tensión

La víctima casi nunca queda en contacto con el conductor causante, sino que suele ser despedido a varios metros de distancia, salvo en los que sea el suelo el que se ha hecho conductor o las instalaciones impidan la proyección del cuerpo de la víctima.

La mayoría de las veces mueren instantáneamente por fulguración de centros vitales o fibrilación ventricular y el cuerpo de la víctima presenta graves quemaduras en los puntos o zonas de entrada y salida de la corriente, además de las originadas por el incendio de sus ropas.

En ocasiones la víctima no muere, aunque aparentemente pueda parecerlo por la supresión de la respiración y la pérdida del conocimiento, encontrándose su cuerpo sin vida y gravemente quemado y con sus ropas ardiendo.



Además, pueden existir casos en que la víctima sólo haya sufrido la acción del arco y conserva el conocimiento, pero siempre sufre quemaduras graves y extensas por acción directa del arco y de la ignición de sus vestidos.

Accidentes por descargas eléctricas de Baja Tensión

La víctima por descargas eléctricas de baja tensión puede quedar en alguna de las siguientes situaciones:

- a. Muerto y en contacto o separado del conductor.
- b. Con pérdida del conocimiento y supresión de las funciones vitales de circulación y respiración, en contacto o separado del conductor.
- c. Consciente, pero aterrorizado y con las manos atenazadas y agarrando convulsivamente al conductor.
- d. Consciente, quemado y separado del conductor.
- e. Ileso.

Factores que influyen en la gravedad de las lesiones

Las lesiones provocadas por la corriente eléctrica pueden ser, como hemos podido ver en el apartado anterior, desde formas leves como es el clásico “calambre” hasta las formas mortales por electrocución.

La gravedad de estas lesiones va a depender de los siguientes factores:

INTENSIDAD DE LA CORRIENTE: De ella depende, en gran medida, la peligrosidad de la corriente. Hemos de recordar que la intensidad que se mide en amperios es “la que mata”.

TENSIÓN O VOLTAJE: La tensión es “la que quema”. Las más peligrosas son las comprendidas entre 300 y 800 voltios.

RESISTENCIA DEL SUJETO: Es variable de unas personas a otras, así como de las circunstancias en las que se produce el contacto con la corriente eléctrica, pues depende de múltiples factores como es el grosor de la piel, de su humedad, si su calzado está seco o no lo está, también del tipo de suela del calzado (goma, metal, etc...). Incluso hay personas más sensibles que otras a la corriente eléctrica.

TIEMPO DE CONTACTO: Cuanto mayor sea más graves serán las consecuencias del paso de la corriente.

TRAYECTO: La corriente eléctrica atraviesa el organismo por el camino más corto y si este trayecto pasa por el corazón, las probabilidades de que se produzca una parada cardíaca son muy altas. Para que pase la corriente eléctrica es preciso que la víctima esté en contacto con dos puntos que tengan tensión eléctrica, o también si el contacto se realiza sólo en un punto, pero hay otro contacto con tierra.

LESIONES PRODUCIDAS POR DESCARGAS ELÉCTRICAS

Las lesiones más importante para el que vaya a socorrer a la víctima son, de menor a mayor gravedad, las siguientes:

1.- Quemadura eléctrica

Su apariencia es prácticamente similar a la que ofrece una quemadura de tercer grado. Son quemaduras que afectan a todo el espesor de la piel y por supuesto son mucho más graves que las de primer y segundo grados. Se caracteriza porque la superficie quemada se transforma en una costra acartonada (escara) de color negruzco.

2.- Parada respiratoria

Se produce por alteración de los centros de la respiración y/o de los músculos respiratorios (diafragma, intercostales...). La víctima tiene síntomas de asfixia (amortamiento de piel y labios) y no se perciben movimientos respiratorios.

3.- Parada cardíaca

Se produce por la llamada fibrilación ventricular, que consiste en que los latidos del corazón se convierten en movimientos finos, como de “aleteo”, incapaces de bombear la sangre que precisa el organismo. Esta situación se caracteriza por un estado de muerte aparente y la ausencia de pulso.

Primeros auxilios en las descargas eléctricas

La primera actuación del que va a socorrer a un accidentado por una descarga eléctrica debe ser la de desconectar la corriente, evitando así que ésta continúe actuando sobre la víctima.

Si no es posible desconectarla se intentará separar a la víctima, para lo que es de vital importancia que el socorrista adopte todo tipo de precauciones con el fin de no verse afectado él también por la corriente. Por ello, nunca se intentará apartar al lesionado con las manos, ni utilizando objetos conductores de la electricidad (barra

de hierro, por ejemplo), sino que se hará siempre con objetos no conductores como puede ser un palo, una cuerda.

Se deberá tener la precaución de no coger al accidentado pasándole los brazos por las axilas ya que al estar húmedas por el sudor pueden actuar como un medio de conducción eléctrica.

Una vez aislado de la corriente, los primeros auxilios variarán de acuerdo con el tipo de lesión sufrida:

En el caso de **Quemaduras Eléctricas** hay que tener en cuenta que este tipo de quemaduras no suelen ser extensas. Se deberán tratar de la misma manera que las quemaduras de Grado 3º, cubriendo la zona quemada con gasas o telas limpias y posteriormente trasladar a la víctima a un centro sanitario.

Cuando se produzca una **Parada Respiratoria** se iniciarán inmediatamente las maniobras de Respiración Artificial.

Cuando se produzca una **Parada Cardíaca** se iniciará con la mayor urgencia el Masaje Cardíaco. Externo. Antes de comenzar a realizarlo se descargarán 2 ó 3 palmadas fuertes sobre la región cardíaca, en la cara anterior del pecho. Estos golpes deben descargarse desde unos 30 cm de altura y, si así no se reanuda el pulso, se comenzará inmediatamente el masaje cardíaco. Este masaje no debe ser interrumpido hasta la recuperación del electrocutado o hasta que se constate su muerte.

Medidas preventivas a adoptar

- Mantener los aparatos eléctricos en buen estado: hay que evitar tener cables pelados, placas o clavijas de enchufes rotas o quemadas.
- No se debe conectar aparatos eléctricos que se hayan mojado, hasta tener la seguridad de que están completamente secos (incluso en su interior).
- Es recomendable desconectar la instalación eléctrica con el interruptor general cuando se vaya a hacer una reparación o a manipular en cualquier parte de la instalación (se debe advertir a los demás que no se conecte hasta que se avise que se ha terminado la reparación).
- No es recomendable hacer reparaciones de aparatos eléctricos a menos que sepa realmente hacerlas. Y en todo caso se deben adoptar todas las precauciones posibles.
- No se debe tocar con las manos mojadas aparatos eléctricos que estén conectados, ni clavijas o bases de enchufes ni interruptores.
- No se debe tocar aparatos eléctricos estando descalzo, especialmente si el suelo está húmedo.



Las Heridas en Hostelería

Son muchas las situaciones que se dan en Hostelería en la que alguien ha sufrido una herida:

Los cortes con la vajilla de loza o cristal por caídas cuando son transportadas por el camarero o cuando las limpia el personal de cocina; las heridas con los cuchillos o con los diversos utensilios de corte que se emplean en la cocina.

Estas situaciones son bastante frecuentes en el medio hostelero por lo que va a ser muy útil conocer cómo se debe actuar ante cualquiera de estos accidentes.

¿Qué son las heridas?

Las heridas son lesiones producidas por traumatismos en las que el agente causal rompe la continuidad de la piel y abre los tejidos al exterior con la posibilidad de infección inmediata.

En las heridas hay que tener en cuenta los siguientes factores:

- El tipo de agente productor.
- La postura del herido en el momento del accidente.
- La movilidad o inercia del herido en el momento del golpe.
- La violencia y la velocidad del agente productor en el momento del choque contra el cuerpo y los efectos de roce y de calor sobre los tejidos vecinos.
- La posible contaminación de la herida que varía según el agente y el lugar del accidente (clavo roñoso, estercolero, etc...).
- El tiempo transcurrido desde el accidente hasta el examen médico. Toda herida vista de 8 a 12 horas después del traumatismo debe considerarse infectada.

¿Ante que tipo de heridas nos podemos encontrar?

Pueden ser heridas simples porque se limitan a la pérdida de continuidad de los tejidos de revestimiento de nuestro cuerpo. Pero pueden ser también herida complicadas o complejas porque además de la sección de la piel provocan lesiones en los tejidos que están debajo como son los tendones, los nervios, los huesos, etc... Además estas heridas complejas son graves y se producen con frecuencia en accidentes de circulación. Las víctimas de estas heridas suelen ser politraumatizados que necesitan un tratamiento general inmediato antes del tratamiento local de la propia herida.

Las heridas pueden estar infectadas o no infectadas. Según la forma de las heridas, según el mecanismo que las ha producido o el objeto que las provocado pueden ser: Heridas punzantes, heridas incisas, heridas contusas y heridas mixtas.

1.- HERIDAS PUNZANTES

Son las producidas por un agente provisto de punta aguda, es decir, por instrumentos perforantes terminados en punta más o menos larga y afilada, de cierta longitud y de pequeño diámetro, que pueden ser naturales como espinas de pescado, aguijones de insectos... o pueden ser artificiales como clavos, agujas, etc...

Estas heridas tienen un orificio de entrada que es más pequeño que el diámetro del objeto que las causó debido a la elasticidad de los tejidos. Tienen también un trayecto y a veces un orificio de salida.

Como el agente causante es de poco diámetro es difícil que lesione algún vaso sanguíneo grande, por lo que suelen sangrar poco. La gravedad de estas heridas depende de si es superficial o profunda y de si lesionan o no órganos internos.

Todas las heridas son susceptibles de una profilaxis antitetánica, pero lo son mucho más ya que si el agente productor estaba contaminado con el bacilo tetánico éste penetrará en el fondo de la herida. Además al ser la herida también muy estrecha no entra el oxígeno en el fondo de la misma y el bacilo comienza a multiplicarse produciendo la toxina tetánica (estos bacilos no pueden vivir en contacto con el oxígeno por lo que se encierran en una cápsula cuando están en contacto con el aire).

2.- HERIDAS INCISAS

Son las producidas por agentes de bordes lisos y afilados, es decir, por instrumentos cortantes como cuchillos, navajas, cristales, etc... Suelen ser de poca profundidad a no ser que combinen los mecanismos de incisión con los de penetración denominándose en este caso HERIDAS INCISO-PUNZANTES.

El mecanismo de producción es generalmente de dos maneras: por deslizamiento y por presión simple (cortar rebanadas de alguna pieza de alimento o pisar un cristal). Hay dos tipos especiales de heridas incisas:

- Colgajo, si el agente penetra de forma oblicua.
- Herida mutilante, que desprende íntegra o parcialmente una de las partes del organismo (un dedo, una oreja...)

Las heridas incisas suelen tener los bordes limpios, con muy poca destrucción celular, siendo la reacción inflamatoria muy limitada y en una zona de muy pocos milímetros. Sangran mucho debido a que se cortan muchos vasos sanguíneos y la cicatriz residual queda muy disimulada.

La gravedad de este tipo de heridas dependerá de la extensión, profundidad y del tejido afectado (tendones o vasos sanguíneos importantes) ya que puede dejar inutilidades o producir hemorragias graves.

3.- HERIDAS CONTUSAS

Se denominan así cuando una contusión se complica con la rotura de la piel. Son producidas por objetos duros y romos. Estas heridas se infectan fácilmente ya que suelen estar sucias de tierra, grasa, etc... Además, en su interior se encuentran incrustados restos de tela de las ropas de los accidentados y otros cuerpos extraños. En este tipo de heridas se produce también espasmo de las arterias y cierre de los capilares, lo que dificulta el riego a la zona produciendo una necrosis y facilitando la infección.

Debido a este cierre de las arterias y capilares, estas heridas sangran poco. El aspecto que presentan es el de heridas feas, de forma irregular, con los bordes aplastados, machacados, etc...

4.- HERIDAS MIXTAS

Son las que tienen características de más de uno de los tipos anteriores como son: heridas inciso-cortantes, heridas contuso-punzantes que suelen ser producidas por instrumentos punzantes gruesos que hieren con fuerza.

Dentro de este tipo de heridas mixtas hay tres clases especiales:

- **Heridas por arrancamiento de extremidades:** en estas heridas suele haber un gran colgajo de piel que termina siempre necrosándose. Este colgajo se suele utilizar para hacer injertos del muñón.
- **Heridas por mordedura:** estas heridas pueden ser graves ya que al desgarrar y a la contusión que producen se añade la posible inoculación de los gérmenes que viven en la boca del agresor (animal o humano) y que pueden producir graves enfermedades como la rabia, el tétanos, infecciones graves...

- **Heridas por arma de fuego:** Estas heridas pueden ser provocadas también por otro agente propulsado a alta velocidad. En estas heridas la energía que lleva el proyectil tiene un efecto muy destructivo. El proyectil, al entrar en contacto con los tejidos y debido al rozamiento con ellos, produce calor y mortificación celular que no se aprecia en los primeros momentos. La gravedad de la herida depende de los órganos afectados. Hay que tener en cuenta que la energía que lleva el proyectil se transmite a los tejidos y así la bala choca en un hueso y las astillas (fragmentos) de este hueso son proyectadas con cierta velocidad y producen otras lesiones dentro del organismo. También influyen en estas heridas el tipo de proyectil (las balas explosivas provocan mayor destrucción de tejidos).

Características de las heridas

DOLOR

El dolor va a depender del número de terminaciones nerviosas que se vean afectadas por la herida. Es en la piel en donde hay mayor número de terminaciones nerviosas.

Las heridas más profundas duelen menos y las que llegan al hueso duelen debido a que afecta al periostio. También son dolorosas las que afectan a las articulaciones.

En cuanto al mecanismo de producción, las más dolorosas son las heridas inciso-contusas (golpe contra el canto de una mesa, mordedura, etc...), es decir, las heridas en las que además de cortar o rasgar el tejido hay aplastamiento o contusión de los tejidos. En orden decreciente de dolor: heridas contusas (pedradas), heridas incisas y heridas punzantes.

En el dolor intervienen la sensibilidad personal de cada individuo y la circunstancia en que se produjo como un emoción intensa, una borrachera, etc...

HEMORRAGIA

La hemorragia va a depender de los vasos a los que afecte la herida y de que la zona sea poco o muy poco vascularizada. Si afecta a una arteria, la sangre saldrá a borbotones, con los latidos del corazón. Si quien está afectada es una vena, la sangre fluirá de manera continua. Si quienes están afectado son los capilares, la sangre saldrá en pequeñas cantidades.

SEPARACIÓN DE BORDES

Esta separación de los bordes se debe a la elasticidad de los tejidos. Al separarse la cubierta protectora que es la piel, los tejidos que están debajo quedan al descubierto y están expuestos a la infección.

Primeros auxilios a las víctimas con heridas

Los fines prioritarios en los primeros auxilios de las heridas son:

- 1º. Cohibir la hemorragia.
- 2º. Evitar la infección.
- 3º. Calmar el dolor.
- 4º. Procurar unas buenas condiciones de cicatrización.

Ante cualquier herida simple sin hemorragia, lo primero que hay que hacer es extraer los cuerpos extraños visibles que observemos en la herida. Posteriormente se lavará con agua y jabón y se desinfectará con los antisépticos habituales (Betadine).

Si la herida es importante y se supone que precisará tratamiento quirúrgico posterior, no se desinfectará con antisépticos coloreados como el mercurocromo, ni se aplicarán polvos o pomadas ya que van a dificultar la labor posterior de los profesionales.

Las heridas no se deben cubrir con algodón ya que se queda adherido y al retirarlo por puede provocar sangrado además de quedar restos del algodón en la propia herida siendo muy difícil limpiarla. La sutura (coser la herida) no es una urgencia, por lo que procede realizarla precipitadamente ya que de esta manera se suele realizar en malas condiciones. Lo que sí es una urgencia es la hemorragia por lo que hay que hacer rápidamente la hemostasia.

En las heridas profundas, contusas, con gran maceración de tejidos, extensas, en zonas delicadas como en los ojos y la boca y con cuerpos extraños no extraíbles, se evitará el manipularlas mucho y una vez hecha la hemostasia se cubrirá con un apósito o gasa estéril, se inmovilizará el miembro donde esté localizada la herida y se evacuará rápidamente el herido al hospital.

HEMOSTASIA: La hemostasia es la primera medida a tomar en las heridas. Ante toda hemorragia externa, ya sea **arterial**, en la que la sangre sale a gran presión y de forma intermitente, coincidiendo con los latidos del corazón, o **venosa**, en la que fluye de manera constante, se intentará cortar la pérdida de sangre mediante una compresión manual con un paño limpio o compresas estériles si se disponen de ellas, y si no sólo con los dedos.

Luego se colocará un vendaje compresivo que consiste en colocar sobre la compresa que cubre la herida capas de algodón, hasta conseguir un espesor de unos 15 cm haciendo luego un vendaje encima, de manera que se disminuya a la mitad el espesor de la capa de algodón. La presión del vendaje debe ser

uniforme y cuando se hagan en las extremidades se dejarán al descubierto los dedos para comprobar la circulación ya que los cambios en su coloración nos indicarán si el vendaje está excesivamente apretado.

Si la hemorragia ocurre a nivel de una extremidad, se elevará ya que así disminuye ligeramente la presión arterial y con ella la hemorragia.

Si estas medidas fallan y no se consigue detener la hemorragia, se intentará la hemostasia haciendo compresión en los puntos arteriales; es decir, en aquellos puntos en los que las arterias periféricas más importantes están más superficiales y además descansan sobre planos óseos contra los cuales pueden comprimirse. Los puntos arteriales más frecuentemente comprimidos son:

- Para las hemorragias de las extremidades inferiores el **punto femoral**, que se encuentra en la ingle, por donde pasa la arteria femoral, y en el **punto poplíteo**, que se encuentra en el hueco poplíteo, en la parte posterior de la rodilla (corva) por donde pasa la arteria poplíteo.
- Para las hemorragias de las extremidades superiores el **punto subclavio** que se encuentra por encima de la clavícula por donde pasa la arteria subclavia, y el **punto axilar**, en la parte interna de los brazos, en la parte más superior, debajo de la axila por donde pasa la arteria axilar (se puede comprobar fácilmente donde se encuentran estos puntos haciendo una ligera presión en los lugares indicados y notando el pulso de la arteria).

En los casos de hemorragia, al hacer esta compresión de puntos arteriales se comprueba si esta compresión es eficaz y está bien realizada mediante la toma del pulso periférico; es decir que si comprimimos bien el punto axilar no debe haber pulso radial en la muñeca.

La utilización de TORNQUETES es un tema universalmente discutido. No se aconseja su aplicación salvo en algunos casos como los siguientes:

- Cuando la víctima ha sufrido un síndrome de aplastamiento, es decir, cuando tiene una extremidad aplastada o aprisionada (en los casos de terremotos, derrumbamientos, etc...). Siempre se deberán colocar torniquetes en estos casos antes de liberar la extremidad atrapada. De no hacerlo, la víctima podrá morir de un fallo renal al cabo de unos días, de la misma manera que si se tiene aplicado un torniquete durante cierto tiempo y se retira bruscamente.
- Si hay una sección importante o una amputación de un miembro.
- Si el rescate de la víctima es muy difícil y el traslado va a ser lento y dificultoso.

- Si la víctima se encuentra sola y en un lugar aislado y es él mismo el que tiene que trasladarse hasta lugares alejados.
- En los casos en que el socorrista se encuentra con dos víctimas, una con una hemorragia importante y otra con riesgo vital más urgente como puede ser un paro respiratorio. En este caso se colocará un torniquete al sangrante y practicará la respiración artificial a la otra víctima.

El torniquete se colocará en la raíz de los miembros y por poco tiempo ya que si se mantiene durante mucho tiempo puede producir gangrena de la extremidad. Deberá aflojarse en tiempos porque si se hiciera bruscamente podría ser peligroso y podría provocar la muerte súbita del accidentado. Es por eso porque habría que realizar el aflojamiento lentamente, y a ser posible en un centro sanitario. Deberá colocarse a una presión superior a la arterial y la superficie de presión deberá ser ancha ya que si no se producen lesiones nerviosas y vasculares irreversibles. Por ello la banda de compresión del torniquete debe tener más de 5 cm. Lo ideal es utilizar el manguito de un aparato de tensión.

No se deberá colocar el torniquete directamente sobre la piel, sino sobre un vendaje previo para no dañar las partes blandas. Se deberá poner una nota con la hora de aplicación del torniquete y mejor aún pintar una T en la frente de la víctima con hora de su aplicación para que no pase desapercibido.

La colocación del torniquete produce dolor en la extremidad debido a la falta de riego, por lo que se puede aplicar frío localmente (bolsas de hielo, paños de agua helada) que anestesián ligeramente la extremidad y que incluso favorecerá la hemostasia por producir una vasoconstricción debido al frío.

Después de la hemostasia se hace un lavado y desinfección de la herida, se coloca un apósito y se venda con un vendaje ligeramente compresivo.

Antes de enviar a la víctima al centro sanitario se escribirá una nota en la que indicarán todas las maniobras que se la han practicado (lo que se administró, la hora en que se le aplicó el torniquete en el caso de que se le hubiera puesto).

Después hay que enviar a la víctima a un centro hospitalario para hacer una cura definitiva, que en la mayoría de los casos consistirá en la sutura de la herida y la prevención contra el Tétanos. Esta prevención contra el Tétanos es conveniente hacerla en todas las heridas, pero sobre todo en las heridas anfractuosas o provocadas por instrumentos contaminados como pueden ser clavos roñosos o herramientas de remover estiércol, o producidas en lugares sospechosos de estar contaminados por el bacilo tetánico, como caminos transitados por animales, estercoleros, etc...

Tipos especiales de heridas

HERIDAS EN CUELLO QUE AFECTAN A LA ARTERIA CARÓTIDA: Estas heridas producen la muerte por hemorragia en un periodo de tiempo muy breve. El tratamiento de urgencia inmediato es intentar detener la hemorragia mediante la aplicación de los cuatro dedos de la mano sobre la arteria sangrante y comprimir con fuerza contra la columna cervical a nivel de la laringe.

HERIDAS TORÁCICAS CON PERFORACIÓN DE PULMÓN: Se suelen producir en las heridas punzantes tipo puñalada o por proyectiles. Al perforarse el pulmón escapa el aire de su interior produciéndose un neumotórax. Asimismo, la sangre de la herida puede producir un hemotórax. Si solo hay neumotórax (no hay sangre) la víctima va a mejorar al tapar herméticamente la herida externa y al situarle en posición de semisentado. Pero si hay hemotórax (hay sangre) no conviene cerrar herméticamente la herida ya que la sangre se sigue acumulando dentro del hemitórax afectado haciendo que se desplace el mediastino (corazón y grandes vasos) al otro lado, comprimiendo el otro pulmón sano.

HERIDAS ABDOMINALES: Lesionan vísceras y producen grandes hemorragias que provocarán tardíamente una peritonitis.

Es frecuente que salgan las vísceras al exterior, como por ejemplo asas intestinales. En estos casos no se intentará volverlas a introducir al interior del abdomen sino que se protegerán con toallas grandes y se trasladará al paciente boca arriba con las piernas flexionadas ya que así disminuirá el dolor. Por supuesto, no se le dará nada para beber.

Primeros auxilios en las amputaciones

La asistencia de urgencia ante una persona que ha sufrido una amputación debe seguir los siguientes pasos:

1º. DETENER LA HEMORRAGIA

Para ello se colocará un vendaje compresivo y se elevará la extremidad amputada. Si no cede la hemorragia se debe utilizar un manguito neumático (por ejemplo, el manguito del aparato de tomar la tensión arterial, si es que se dispone de él). Sólo en último caso se debe ligar o pinzar el vaso sanguíneo lo más distalmente posible. Es preciso evitar el uso del torniquete.

2º. INMOVILIZAR

Si el segmento amputado no está del todo separado, se deben colocar gasas estériles sobre la herida e inmovilizar la extremidad lesionada con una férula, respetando todas las conexiones existentes y evitando la torsión de los vasos sanguíneos que no estén lesionados.

3º. PREPARAR LA ZONA AMPUTADA

Si el segmento amputado está completamente separado, se le envolverá en gasas estériles (o en un paño limpio), introduciéndolo en una bolsa de plástico bien cerrada, que a su vez se coloca en un recipiente con agua fría o hielo. La temperatura ideal es de 4 grados, sin que se moje o toque el hielo directamente.

4º. TRASLADO URGENTE A UN CENTRO HOSPITALARIO

Se debe trasladar de forma inmediata al lesionado que no debe ingerir nada que pueda dificultar la anestesia. No se debe perder el tiempo explorando la herida haciendo radiografías, medidas que se realizarán en el Centro Hospitalario.

5º. INFORMAR AL CENTRO HOSPITALARIO QUE SE REMITA

Es preciso llamar de inmediato al Centro Hospitalario informando de la edad y sexo del lesionado, el nivel y tipo de amputación, el mecanismo que la ha provocado, la existencia de lesiones asociadas y cualquier otro dato de interés.

Medidas preventivas para evitar las heridas:

- Se debe eliminar para el uso: platos, tazas o vasos rotos o descascarillados.
- Eliminar los clavos sobresalientes de las paredes o maderas.
- Recoger inmediatamente del suelo (o de superficies de apoyo) las chinchetas, tachuelas u otros elementos punzantes que caigan sobre él.
- No dejar las puertas de los armarios o los cajones abiertos.
- Los cuchillos o cualquier otro instrumento de corte deben ser manipulados con sumo cuidado.



Esguinces y luxaciones

7

Los esguinces y las luxaciones en Hostelería

Los resbalones y las caídas son uno de los riesgos principales en Hostelería. Son motivados por los suelos de las cocinas y fregaderos que suelen estar grasientos, mojados y resbaladizos. Por eso, es preciso mantener los suelos escrupulosamente limpios y bien conservados. La superficie del suelo en sí es muy importante, por eso la mejor medida preventiva para estas lesiones es la de conservarlo en las mejores condiciones posibles de limpieza y de conservación.

LOS ESGUINCES

Un esguince o torcedura se produce en una articulación cuando, con un movimiento forzado, ésta se “abre” más de los límites fisiológicos. Las superficies articulares pierden su contacto sólo de modo pasajero y, una vez desaparecida la fuerza que ha actuado, recobran su posición primitiva. Pero en este desplazamiento se lesionan siempre partes blandas como son los ligamentos, los tendones, la cápsula de la propia articulación, etc.

¿Cuáles son sus síntomas?

Dolor en el lugar de la articulación luxada. Inflamación por el derrame que se produce en su cavidad. Inflamación de las partes blandas que recubren la articulación. Signos de equimosis o “cardenal” debido a la rotura de vasos sanguíneos.

¿Cómo hemos de actuar como Primeros Auxilios?

Mantener en reposo la articulación afectada y a poder ser elevada para evitar el hinchazón. Aplicar compresas frías o bolsas de hielo sobre la zona inflamada. Poner un vendaje compresivo.

Si no cede el dolor o la inflamación, el esguince o torcedura puede ser intenso o lo que se denomina “esguince grave” por la rotura de algún ligamento o incluso acompañado de pequeños arrancamientos óseos. En este caso se debe:

- Inmovilizar con vendajes blandos.
- Procurar asistencia médica lo antes posible.

LUXACIONES

Se produce una luxación cuando existe la pérdida de contacto permanente entre dos superficies articulares. Para que se produzca esta pérdida de contacto es necesario que las estructuras que forman y sujetan la articulación como son la cápsula, ligamento o ambos, se rompan.

¿Cuáles son sus síntomas?

Dolor en la zona de la articulación luxada. Deformidad del miembro afectado ya que el hueso está fuera de su sitio. Limitación de los movimientos de la articulación afectada.

La complicación más importante de las luxaciones es la compresión de los vasos sanguíneos y de los nervios vecinos por el hueso luxado pudiendo provocar parálisis del miembro afectado por la luxación.

Tipos de luxaciones

Desde el punto de vista de su tratamiento hayo dos tipos:

- Las LUXACIONES RECIENTES que suelen ser fáciles de reducir por maniobras manuales.
- Las LUXACIONES ANTIGUAS, en las que suele ser más difícil reducir manualmente debido a las contracturas musculares y a la formación de un tejido fibroso que ocupa la cavidad articular. En este tipo de luxaciones la reducción se suele realizar mediante intervención quirúrgica.

¿Cuáles son las luxaciones más habituales y sus Primeros Auxilios?

El tratamiento de esta lesiones consiste en su reducción. Es decir, tratar de volver a colocar el hueso en su lugar. Una vez reducida, es preciso inmovilizarla para que sanen las estructuras lesionadas como pueden ser la cápsula y/o ligamentos.

Posteriormente precisará rehabilitación para que el miembro recupere la normal actividad funcional.

Nuestra intervención como socorristas deberá conseguir su reducción y posterior inmovilización para que sean los sanitarios los que prosigan con el resto del tratamiento.

LUXACIÓN DEL HOMBRO

Esta luxación es la más frecuente. Se suele producir frecuentemente por una caída sobre la mano extendida, por un traumatismo directo sobre el hombro desde atrás hacia adelante o por una caída hacia atrás con el brazo extendido.

El lesionado presenta una actitud propia de los traumatizados del miembro superior: adaptación inclinación de la cabeza hacia el lado luxado y se sostienen el brazo lesionado en ángulo recto con la mano sana.

Los síntomas de esta luxación suelen ser: dolor intenso, hombro en charretera (en ángulo recto, imitando a las charreteras de los uniformes militares), se palpa una zona deprimida ya que el lugar donde debiera estar la cabeza del húmero está vacío.

El brazo está separado, con el codo separado del cuerpo y es imposible aproximarlos apareciendo dolor muy intenso al intentarlo. Se aprecia el llamado “signo del hachazo” consistente en una depresión en ángulo obtuso en el tercio superior del brazo.

Si se palpa el hueco axilar se puede apreciar la cabeza del húmero. El lesionado presenta una impotencia funcional absoluta (no puede mover el brazo). Mediante radiografías se comprobará que la cabeza de húmero se encuentra fuera de la cavidad articular en la que debiera estar.

Pueden existir complicaciones como las lesiones vasculo-nerviosas, debido a que la cabeza del húmero al salirse de su cavidad articular pueden comprimir vasos sanguíneos y nervios.

¿Cuál es el tratamiento de una luxación de hombro?

Es importante conocer el tratamiento de esta luxación para que nuestra actuación como socorristas facilite el posterior tratamiento por los sanitarios.

En el lugar del accidente se deberá inmovilizar al lesionado en la posición más cómoda posible, que suele ser con el codo flexionado en un ángulo de 90°, con el antebrazo pegado al cuerpo y sujetando el miembro con un vendaje en

cabestrillo. Luego se le enviará a un centro sanitario con la máxima rapidez, ya que cuando antes se intente la reducción más fácilmente se conseguirá, ya que al cabo de una hora se producen contracturas musculares que impiden la reducción manual simple, siendo preciso entonces anestesiar al lesionado y aplicarle relajantes musculares para vencer las contracturas.

La reducción deberá hacerse por personal entrenado ya que aunque no es difícil conseguirla, se pueden producir lesiones vasculo-nerviosas y fracturas.

El mejor procedimiento en una luxación reciente es el MÉTODO ARTL, también llamado MÉTODO DE LA SILLA que no precisa anestesia y que consiste en colocar al lesionado sentado en una silla colocando la axila del brazo luxado sobre el respaldo de la silla bien acolchado, realizando tracción del antebrazo que se encuentra en flexión de 90°, y al cabo de 2 ó 3 minutos se suele percibir el chasquido que produce la vuelta de la cabeza del húmero a la cavidad de la articulación. En ocasiones, es preciso efectuar ligeros movimientos de rotación al brazo a la vez que se realiza la tracción.

En el caso de que la reducción no se consiga, será preciso anestesiar al lesionado. Una vez anestesiado, se realiza la MANIOBRA DE HIPÓCRATES que consiste en colocar al paciente tumbado boca arriba en una superficie dura, colocando el médico el talón de su pie en la axila del lesionado, tirando a la vez del brazo luxado, imprimiendo al principio un pequeño movimiento de rotación externa y luego de rotación interna. Otro método es pasar una sábana por debajo de la axila, tirando un extremo de ella y otro del brazo del lesionado.

Una vez reducida la luxación hay que hacer una exploración para comprobar que no existen lesiones nerviosas ni vasculares y para ello se verificará la existencia de pulsos en la muñeca que nos indicará si las arterias del brazo están intactas; también se deberá comprobar la movilidad y sensibilidad de los dedos ya que esto nos indicará si los nervios están afectados.

Inmediatamente después se deberá inmovilizar el miembro lesionado con un vendaje circular que adapte el brazo al tórax y se colocará un cabestrillo para sujetar el antebrazo manteniendo la movilización durante unos 14 días, comenzando después la rehabilitación.

LUXACIÓN DEL CODO

En la luxación del codo aparece una deformidad del codo consistente en una abultamiento en su parte posterior. El codo se encuentra fijo, sin posibilidad de flexionarlo o extenderlo y si se intenta hacerlo aparece un dolor intenso.

El brazo y antebrazo forman un ángulo de unos 130°. También se pueden producir lesiones vasculares o nerviosas. El tratamiento va a consistir en la reducción de la luxación lo antes posible por personal sanitario.

Después se realiza una inmovilización con vendaje de escayola durante por lo menos unas 3 semanas, para comenzar después la rehabilitación funcional de la articulación.

LUXACIÓN DEL MAXILAR INFERIOR

En ocasiones, al bostezar, al tratar de morder algún objeto grande y duro puede producirse esta luxación.

Cuando una persona ha sufrido esta luxación se puede observar que tiene imposibilidad de cerrar la boca, incapacidad de tragar saliva, tiene dificultad en el habla y además se puede observar una depresión manifiesta delante del conducto auditivo externo.

Los Primeros Auxilios que se deberá adoptar en este tipo de luxación son los siguientes:

- No tratar nunca de subir el mentón y cerrar la boca, por el peligro de originar graves lesiones.
- Se pueden introducir nuestros dedos pulgares, bien protegidos por gasas, en la boca del paciente y colocarlos sobre los últimos molares inferiores, realizando una tracción firme hacia abajo y hacia atrás.
- Si se reduce, es preciso inmovilizar con un pañuelo o unas vueltas de venda que pasen por debajo del mentón y por encima de la cabeza, como si hiciéramos un círculo.
- En ocasiones, es mejor no actuar y trasladar al lesionado a un centro sanitario.



Concepto de fractura

Se llama fractura a la solución de continuidad en un hueso o, para decirlo más sencillamente, a la rotura de un hueso. Esa rotura puede ser total o parcial; cuando es parcial se denomina fisura.

Tipo de fracturas

Según exista o no una herida que comunique el hueso roto con el exterior, las fracturas se dividen en:

- **FRACTURAS CERRADAS** cuando no hay herida y, por tanto, el hueso se encuentra protegido del exterior por la piel.
- **FRACTURAS ABIERTAS** cuando hay una herida que permite la comunicación del hueso con el exterior.

Todas las fracturas abiertas deben considerarse contaminadas por gérmenes, por lo que su gravedad es mayor que las de las fracturas cerradas, ya que sobre aquellas gravita el peligro de infección.

Síntomas generales de las fracturas

- Dolor provocado por la irritación de los nervios periféricos y por la contractura muscular.
- Dolor provocado por la presión, acusado sobre el lugar de la fractura.
- Deformidad, siempre existente y tanto mayor cuanto más desviación tengan los fragmentos.
- Desdibujo del miembro, debido en gran parte al derrame hemático.

- Acortamiento, síntoma que se aprecia en ocasiones y un miembro parece más corto que otro.
- Movilidad anormal que puede presentarse en las fracturas totales. El miembro se puede doblar por un lugar que normalmente no le corresponde. Este síntoma nunca deberá ser explorado por el socorrista.
- Crepitación o sensación característica auditiva y táctil que produce el roce de los fragmentos al desplazarlos lateralmente. Tampoco el socorrista deberá explorar este síntoma.
- Otro síntoma, aunque más tardío, es la inflamación y la aparición de hematomas (colecciones de sangre debajo de la piel) y equimosis o cardenales (manchas en la piel por rotura de pequeños vasos sanguíneos capilares).

Tratamiento de las fracturas

La primera cura hay que hacerla en el momento y lugar del accidente. Consiste en calmar el dolor. De esta manera se va a prevenir la aparición del shock por dolor.

Hay que inmovilizar el miembro fracturado que también va a calmar el dolor y por tanto ayudará a prevenir la aparición del shock, y también evitará que aparezcan daños mayores como pueden ser lesiones vasculares y nerviosas, debido a que los fragmentos de los huesos, si no se inmovilizan, pueden lesionar tejidos blando e incluso convertir una fractura cerrada en abierta.

Al mover al lesionado sin inmovilizarle el miembro fracturado se le produce mucho dolor que agrava o hace que aparezca un shock, por lo que es muy importante la inmovilización, que se podrá hacer con lo que se tenga más a mano (bastones, tablas, etc.).

En las fracturas abiertas hay que detener la hemorragia mediante una compresión o taponamiento de la herida.

Después se deberá hacer una limpieza y desinfección de la herida para evitar la infección que podría retrasar la consolidación de la fractura.

Una vez que el lesionado haya sido trasladado a un centro sanitario se le podrá realizar el tratamiento de la fractura que tendrá como fin conseguir la consolidación lo antes posible.

Este tratamiento consiste en la reducción, es decir, en colocar enfrentados los extremos de la fractura y la inmovilización que consiste en mantener enfrentados

estos extremos el tiempo necesario hasta que se produzca la consolidación ósea.

Esta inmovilización debe ser ineficaz, ininterrumpida y deberá durar hasta que se haya producido dicha consolidación.

Tras la consolidación será necesario realizar un tratamiento rehabilitador para intentar conseguir la misma movilidad del miembro que tenía antes de sufrir la fractura.

Tratamiento conservador

Este tratamiento consiste en la reducción manual o por maniobras externas de la fractura. Es decir, sin que sea preciso la intervención quirúrgica, inmovilizando posteriormente con un vendaje de escayola en la posición más funcional posible (la posición que permita más comodidad y la utilización de su miembro al escayolarlo).

La inmovilización deberá comprender las articulaciones superior e inferior del hueso fracturado.

Tratamiento quirúrgico

Este tratamiento consiste en la reducción cruenta de la fractura fijando el foco de fractura con una osteosíntesis metálica. Es decir, mediante agujas, clavos, tornillos, placas atornilladas, etc.

La osteosíntesis metálica debe ser lo suficientemente sólida como para que no sea necesario un posterior vendaje de escayola y para permitir comenzar la rehabilitación precozmente en cuanto se haya producido la cicatrización de la herida quirúrgica.

Primeros auxilios ante un fracturado

Ante una persona que haya sufrido una fractura hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Impedir que el accidentado realice ningún tipo de movimiento con la zona fracturada.
- Inmovilizar el miembro tal como se encuentra la fractura.
- Nunca se deberá tratar de reducir la fractura. Sobre todo, nunca se debe realizar tracciones laterales de los fragmentos.

Siempre se tendrá en cuenta los puntos anteriores para evitar que, por movimientos fuera de lugar, se pueda complicar una fractura convirtiendo una fractura cerrada en abierta al rasgar los fragmentos óseos de los tejidos o seccionando los vasos sanguíneos importantes, originando grandes hemorragias o lesionando los nervios con los fragmentos o esquivarlas óseas.

Ante un fracturado hay que inmovilizar siempre, como mínimo, las dos articulaciones más próximas al foco de fractura; por ejemplo, si resulta fracturado el húmero (hueso del brazo) se inmovilizará el hombro y el codo; en el caso de fractura de pierna se inmovilizará la rodilla y el tobillo por la misma razón y así ante todas las posibilidades.

El motivo para realizar una inmovilización extensa es para evitar en todo momento la posibilidad de realizar cualquier movimiento que agrave la fractura.

Una buena inmovilización se puede conseguir con tablas alargadas, pañuelos sencillos, pañuelos grandes triangulares.

Traumatismos craneales

9

Introducción

Golpearse con la cabeza ante una caída puede ser un accidente que se puede dar en cualquier establecimiento de Hostelería: en el comedor, en una habitación, en una escalera, en el parking... Por eso es conveniente que los profesionales de Hostelería tengan algunos conocimientos, aunque sean someros, sobre lo que ocurre y le puede ocurrir a quien sufra este tipo de accidente.

Importancia de los traumatismos craneales

La gravedad de los traumatismos craneales reside en la posibilidad de que se lesionen los vasos sanguíneos que se encuentran dentro del propio cráneo (en las meninges o en el propio cerebro).

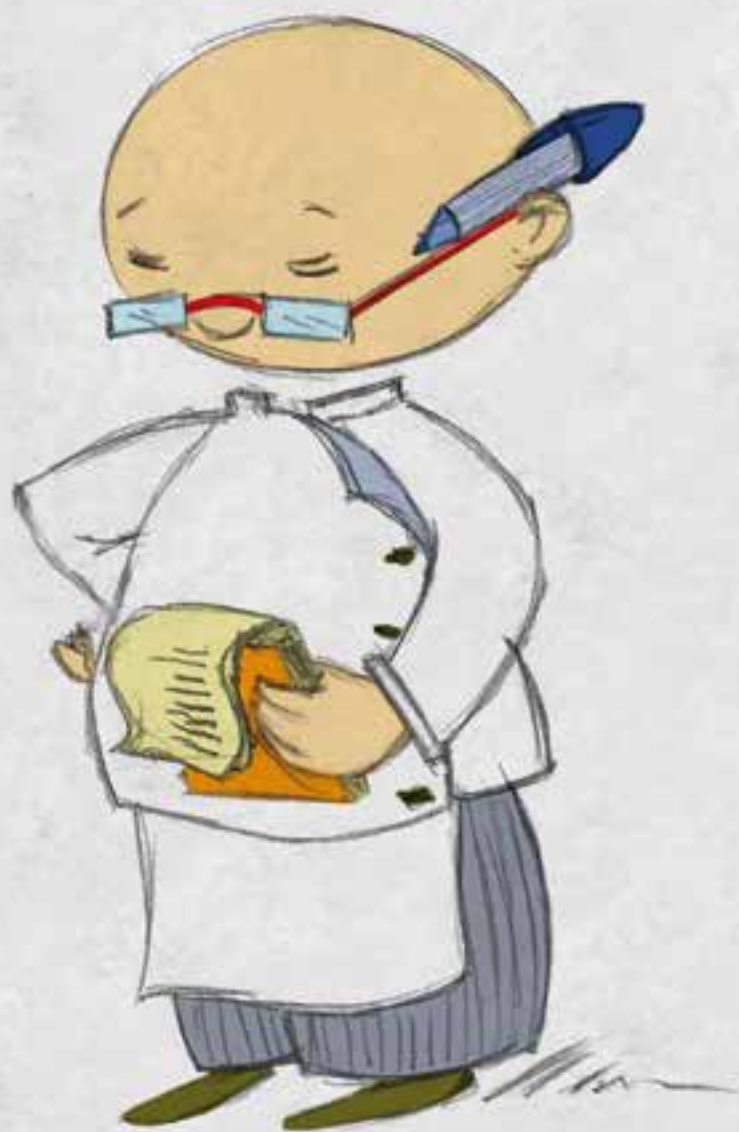
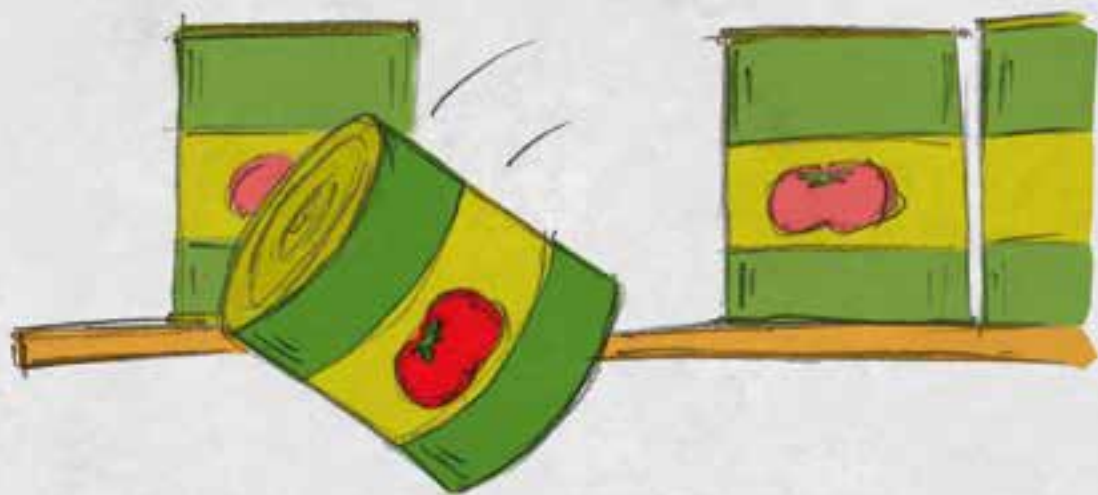
No hay relación directa entre la intensidad del traumatismo y la magnitud del daño producido en el cerebro. Por eso, todo traumatizado craneal deberá permanecer en vigilancia hospitalaria o domiciliaria, según el caso, de 24 a 48 horas.

Tipos de traumatismos craneales

1.- FRACTURAS SIMPLES DE LA BÓVEDA CRANEAL

Estas fracturas son las que no provocan hundimiento del hueso, ni compresión ni desplazamiento del cerebro. Suelen ser las más frecuentes. No producen síntomas. Estas fracturas se descubren cuando se hace una radiografía.

No suelen presentar gravedad, salvo si la línea de fractura ha cortado un vaso sanguíneo. En este caso provoca una hemorragia que puede comprimir



gravemente el cerebro porque se estaría acumulando la sangre provocada por la hemorragia entre el hueso y la membrana externa del cerebro.

Este hematoma se suele manifestar clínicamente al cabo de un cierto tiempo y así es típico que el paciente que haya sufrido un traumatismo craneal quede obnubilado o haya perdido el conocimiento durante unos minutos recuperándose totalmente después y rehusando el ingreso por encontrarse sin ninguna molestia. Pero al cabo de un tiempo variable, que suele comprender desde media hora hasta más de 24 horas, comienza a instalarse un cuadro que consiste en obnubilación cada vez más intensa, llegando hasta el coma profundo, acompañado de otros síntomas como parálisis de medio cuerpo con dilatación de la pupila del lado contrario.

El tratamiento del hematoma es la trepanación o perforación del hueso craneal aspirando los coágulos formados y realizando después la detención de la hemorragia de los vasos sangrantes mediante la electrocoagulación u otros medios quirúrgicos que el neurocirujano considere más indicados.

2.- FRACTURA DE LA BÓVEDA CON HUNDIMIENTO

Son aquellas fracturas de la bóveda del cráneo en que un fragmento óseo se hunde comprimiendo y lesionando el cerebro. En estos casos hay que intervenir inmediatamente para reducir la fractura y liberar la compresión del cerebro.

En este tipo de fracturas también existe grave riesgo de hematomas.

3.- FRACTURAS DE LA BASE DEL CRANEO

Este tipo de fracturas producen con gran frecuencia lesiones nerviosas ya que por los orificios de la base del cráneo salen nervios muy importantes.

La mayor complicación de estas fracturas es la infección ya que ponen en comunicación el cerebro con los orificios naturales como la nariz y oído. Pueden aparecer hemorragias o salida de líquido cefalorraquídeo por estos orificios, considerándose estas fracturas “abiertas” y pueden ser la causa para que se produzcan con frecuencia infecciones meníngeas llegando a provocar lo que se conoce como meningitis.

Las secuelas que pueden quedar tras una fractura de base de cráneo son:

- Parálisis facial, sordera y alteraciones del equilibrio cuando se ha producida una fractura del peñasco, que es una parte del hueso temporal.
- Pérdida de olfato (anosmia) cuando se ha producido la fractura del hueso llamado etmoides.

4.- CONMOCIÓN CEREBRAL

La conmoción cerebral es debida al choque del cerebro contra las paredes de la caja ósea (cráneo) que lo contiene.

El accidentado suele perder el conocimiento por un periodo breve de tiempo. Al recuperarlo, el accidentado queda obnubilado, en un estado de somnolencia con momentos de agitación.

Si se le pregunta algo con energía e insistencia suelen responder, pero con gran esfuerzo y desgana y brevemente, volviendo a caer en la somnolencia.

Si hubiera un punto de contusión cerebral pueden existir trastornos en el lenguaje o una parálisis del mismo lado.

Si existe hemorragia meníngea incipiente, se puede observar una cierta rigidez.

5.- CONTUSIÓN CEREBRAL

En estos casos hay lesión cerebral que suele ir acompañada de un edema cerebral (encharcamiento que inflama la zona contundida).

El accidentado no recupera el conocimiento, encontrándose en coma de profundidad variable, pudiendo presentar alteraciones en las funciones vitales.

COMA SUPERFICIAL en el que el accidentado no contesta a las preguntas insistentes, pero ante estímulos fuertes como pellizcos, aparece un ligero despertar con muecas de dolor y gestos defensivos lentos e imprecisos.

COMA PROFUNDO en el que el accidentado, sólo ante estímulos muy intensos, presenta respuestas tardías e inadaptadas. Los estímulos dolorosos provocan posturas en hiperextensión.

Las alteraciones de las funciones vitales que pueden acompañar a la contusión cerebral son trastornos respiratorios que pueden producir la muerte.

Primeros auxilios ante una persona que ha sufrido un traumatismo craneal

Ante todo traumatismo debe ser remitido a un centro sanitario:

- Si existe pérdida de conciencia, por pequeño espacio de tiempo que se haya mantenido.
- Si existe evidencia o duda de que existe una posible fractura (por ejemplo, si se observa que sangra por un oído).
- Si existe algún déficit neurológico como puede ser dificultad para realizar algún movimiento, dificultad para hablar, para tragar, etc.
- Por supuesto, en todos los casos en que exista estupor o inconsciencia, agitación, convulsiones o graves heridas.

Si el accidentado estuviera inconsciente se debe actuar de la siguiente manera:

- Colocarle en postura de seguridad para mantener permeables las vías respiratorias.
- Si es preciso, habrá que tirar de la lengua hacia fuera para que no se obstruyan las vías respiratorias.
- Si se presentará alguna hemorragia en los tejidos blandos (en el cuero cabelludo) y ésta fuera intensa, se debe comprimir la zona sangrante para detenerla.
- Proteger la herida del modo más sencillo posible y siempre sin movilizar si existiera algún resto de hueso visible ni presionar sobre ella.
- Fijarse en el estado de conciencia: si la ha perdido del todo o no y cuánto tiempo.



Traumatismos de la columna vertebral

10

Introducción

En el entorno en el que se desarrolla la actividad del profesional de Hostelería se pueden dar situaciones en que alguien, un cliente o un compañero de trabajo, pudiera sufrir un traumatismo en su columna vertebral.

Estas lesiones se puede producir por caídas desde una altura de espalda o sobre los pies, por caídas sentados, o por recibir golpes directos sobre la columna. También se pueden producir por movimientos violentos sobre el cuello.

Importancia de los traumatismos de la columna vertebral

Lo más importante de los traumatismos vertebrales son las fractura vertebrales. Estas fracturas son delicadas y requieren un extremo cuidado, dado que pueden lesionar la médula espinal (provocando su sección o compresión) y agravar la lesión propia del traumatismo provocando parálisis de las extremidades, incluso pueden provocar la muerte del lesionado.

Siempre será necesario, ante un accidentado que haya sufrido un traumatismo vertebral, tener en cuenta que puede tener una fractura y por ello deberá ser manejado con sumo cuidado ya que si se dobla la espalda al transportarlo se le puede provocar lesiones irreversibles.

Traumatismos de la COLUMNA CERVICAL

FRACTURA POR COMPRESIÓN CON ACUÑAMIENTO DEL CUERPO VERTEBRAL.

Esta fractura se produce por un mecanismo de flexión forzada. Su tratamiento suele consistir en inmovilizar el cuello con un collarín cervical durante unos meses para evitar el dolor.

FRACTURA CON APLASTAMIENTO DEL CUERPO VERTEBRAL.

En este caso, el cuerpo de la fractura estalla en múltiples fragmentos que con frecuencia lesionan la médula. También en este caso, si no se ha producido lesión medular, se le aplicará un collarín cervical para inmovilizar el cuello y evitar el dolor.

FRACTURA-LUXACIÓN.

Cuando la fractura vertebral se acompaña de su luxación (cuando los cuerpos de las vértebras se desplazan) pueden llegar a producir compresiones de la médula e incluso sección completa de la médula.

Tratamiento del TRAUMATISMO CERVICAL

En estos casos se debe actuar con gran cuidado al transportar al lesionado para evitar que produzcan desplazamientos de las vértebras y así aumenten o aparezcan lesiones o secciones medulares.

Una vez en el Centro Sanitario, los profesionales procederán a hacer una reducción (colocar todas las vértebras en su sitio) mediante complicadas técnicas y bajo control radiológico para no lesionar la médula. Una vez hecha la reducción le inmovilizarán con un corsé de escayola.

Si hubiera una lesión medular el tratamiento sería distinto. En los casos en que la reducción no se consiga o cuando la inmovilización con vendaje escayolado no es seguro que pueda ser eficaz, procederán a intervenir quirúrgicamente.

Traumatismos de la COLUMNA DORSAL

FRACTURA POR COMPRESIÓN CON ACUÑAMIENTO DEL CUERPO VERTEBRAL.

Estas fracturas tienen el mismo mecanismo como el que hemos explicado en los traumatismos de la columna cervical. Su tratamiento, en este caso, no consiste en la tracción porque no es necesaria. El lesionado deberá guardar cama durante 3 ó 4 semanas. Tampoco precisará corsé escayolado a no ser que presente dolores intensos.

FRACTURA CON APLASTAMIENTO DEL CUERPO VERTEBRAL.

En esta caso se produce estallido del cuerpo vertebral saliendo múltiples fragmentos óseos en todas las direcciones pudiendo lesionar la médula. El tratamiento será el mismo que en el caso anterior si no está lesionada la médula.

FRACTURA-LUXACIÓN.

En este tipo de fractura, la vértebra se desplaza lesionando la médula y produciendo en muchas ocasiones la sección completa de la médula. El tratamiento consiste en la reducción de la fractura y la inmovilización con un corsé de yeso por los profesionales. En ocasiones, esta lesión precisa de una intervención quirúrgica para poder reducir la vértebras desplazadas y fijarlas con placas y tornillos. Si hay lesión medular el tratamiento será distinto.

Traumatismos de la COLUMNA LUMBAR

El tipo de fracturas es el mismo que hemos descrito en los traumatismos de columna cervical y dorsal, pero en esta zona de la columna no hay lesión medular ya que la médula sólo llega hasta el disco intervertebral entre la primera y la segunda vértebra lumbar. Sí se pueden lesionar las raíces nerviosas, pero estas lesiones son menos peligrosas que las lesiones medulares.

LESIONES MEDULARES

Las lesiones medulares debidas a fracturas vertebrales pueden producir parálisis (lo que se denomina paraplejías): en la región cervical se puede producir sección completa o incompleta de la médula; en la región dorsal las fracturas-luxaciones suelen producir sección medular completa y, en la región lumbar se producen, como hemos dicho, lesiones de raíces nerviosas.

Cuando la sección medular es completa aparece una parálisis total de los músculos por debajo de la lesión con pérdida completa de sensibilidad y reflejos, incontinencia de esfínteres (no hay control de la emisión de orina ni de heces). Al principio la parálisis muscular es flácida (músculos relajados), pero poco a poco se vuelve espástica (músculos contracturados).

Cuando la sección medular es incompleta hay una conservación de la fuerza motora voluntaria y de la sensibilidad por debajo de la lesión o en el caso de que ésta se haya perdido se recupera en corto periodo de tiempo.

Tratamiento de las lesiones medulares

Ante una lesión medular se debe ingresar inmediatamente al lesionado en un centro sanitario especializado en parapléjicos.

El tratamiento tendrá como objetivo prevenir las complicaciones precoces, como son los trastornos respiratorios, las infecciones urinarias debido a las retención de orina en la vejiga, las úlceras de la piel por el apoyo continuado

por el encamamiento y la prevención de la posible aparición de embolias y trombosis debido a la inmovilidad de los miembros inferiores.

Para ello hay que vigilar la respiración instalando, si fuera necesario, ventilación asistida. Se deberá sondar la vejiga y administrara antibióticos para prevenir las infecciones de orina. Se le inmovilizará cambiándolo de posición cada tres horas masajeando las zonas de apoyo para prevenir las úlceras que se pueden producir en la piel por el apoyo prolongado. Será preciso dar medicamentos anticoagulantes para prevenir las embolias y las trombosis. Se le harán movimientos pasivos de las articulaciones de las extremidades para conservar la movilidad articular y prevenir las posturas o actitudes rígidas que provoquen dolor.

Datos de sospecha de fracturas de columna vertebral

Si el lesionado, además de sufrir el dolor del traumatismo en cualquier punto de su columna vertebral, no puede mover las piernas, o no las siente o tiene la sensación de acorchamiento u hormigueos, es posible que haya sufrido una fractura de columna vertebral en la zona dorsal. Si estas sensaciones las percibe también en los brazos y manos, la fractura de columna vertebral puede estar localizada en el cuello, en la zona cervical.

Primeros auxilios ante un paciente con fractura de columna vertebral

La actuación como socorristas se debe reducir a no efectuar maniobras que hagan doblar la espalda del lesionado, hasta tal extremo, que habrá que dejarlo en el suelo sin moverlo hasta contar con los medios adecuados de transportarle. Cuando no haya más remedio que moverlo se hará en bloque, manteniendo el eje cabeza-cuello-tronco para lo que se necesitarán más de tres personas.

Por tanto, la sospecha de una fractura de columna vertebral obliga rotundamente a realizar el traslado del lesionado acostado sobre un plano duro, boca abajo o boca arriba, pero siempre acostado, evitando que flexione su columna vertebral, ni pueda flexionarla durante el traslado, porque un simple movimiento de este tipo podría acarrearle lesiones irreparables en la médula espinal e incluso la muerte si la fractura es a nivel de columna cervical. Por estas razones, al lesionado debe dejársele acostado o tendido en el suelo, incluso sin moverle la cabeza hasta tanto pueda disponerse de una camilla fabricada o improvisada con tablones o una puerta para su traslado. Como es obvio, una camilla no puede introducirse en un automóvil de turismo, por lo que, de no disponer de una ambulancia, el traslado deberá hacerse en camión o furgoneta.

Esto que en teoría parece fácil, en la práctica es extraordinariamente difícil por varias razones: una de ellas es que el diagnóstico de fractura de columna

vertebral no es fácil de establecer ni para un traumatólogo experimentado, y aunque al socorrista nadie le va a exigir que lo realice, no le es fácil valorar los síntomas guía que hemos señalado en este capítulo, porque es muy raro que en accidentes que puedan producir una fractura de columna vertebral no existan además otras lesiones en piernas y brazos de las que igualmente se queje el lesionado, sin que él mismo pueda distinguir si es insensibilidad, acorchamiento u hormigueo o dolor lo que percibe. Por otro lado el disponer de camillas y ambulancias para el traslado con relativa urgencia, solo suele ocurrir en grandes núcleos urbanos o algunas carreteras nacionales.

Sin duda la mayor dificultad con la que se encontrará el socorrista en estos casos derivará de la afluencia de curiosos que humanitariamente clamarán contra la medida de mantener una persona tendida en el suelo, sin asistencia aparente y propugnarán por trasladarla a un Centro Sanitario, sea como sea, en el primer automóvil que circule por el lugar del accidente.



Introducción

En el entorno profesional de la Hostelería se pueden presentar situaciones en las que un cliente o un compañero de trabajo sufra una hemorragia y ante la que podemos ofrecer nuestros primeros auxilios.

En este capítulo se describirán todas aquellas situaciones en las que se puede presentar una hemorragia. Ante alguna de ellas no podremos actuar directamente, pero sí aconsejar para que sea atendida por profesionales.

Conceptos de la hemorragia

La sangre está encargada de transportar el oxígeno y los nutrientes a todas las partes de nuestro cuerpo. Ésta circula por el interior de los vasos sanguíneos (a través de las arterias, de las venas y de los capilares) como si fueran unas cañerías que llegan a cualquier parte de nuestro cuerpo.

Cuando alguno de estos vasos se rompe, la sangre sale al exterior originando una hemorragia.

Nuestro cuerpo humano contiene aproximadamente unos 5 litros de sangre. Para que nuestro organismo funcione en perfectas condiciones, necesitamos el volumen total de ella. La gravedad de una hemorragia dependerá de la cantidad de sangre que se pierda (a mayor volumen, mayor gravedad), llegando incluso a amenazar la vida de una persona.

La hemorragia arterial presenta una sangre de color rojo brillante, saliendo por la herida a “borbotones” a modo de golpes que coinciden con los latidos del corazón. En la hemorragia venosa, la sangre es de color rojo oscuro y sale de forma continua (como el agua de un grifo). La hemorragia capilar presenta múltiples puntitos sangrantes.

Decimos que se trata de una hemorragia externa cuando la sangre sale al exterior y la vemos; hemorragia interna es cuando la sangre no la podemos ver. Las hemorragias externas se detectan fácilmente debido a la visualización de la sangre, pero las hemorragias internas son difíciles de diagnosticar y pasan fácilmente desapercibidas.

Todas las hemorragias importantes presentan una serie de síntomas y signos que nos puedan ayudar a hacer el diagnóstico de una hemorragia interna. Estos síntomas son:

- Palidez de piel y mucosas.
- Sudoración fría.
- Sensación de obnubilación o atontamiento del paciente.
- Aumento de la frecuencia de respiración.
- El pulso es débil y rápido.
- El paciente refiere tener sed.

Ante un paciente con estos síntomas y sin que se vea un foco sangrante, la actitud que debemos adoptar de urgencia es el traslado inmediato a un centro hospitalario.

¿Cómo actuar ante una hemorragia externa?

- 1º. Tranquilizar al lesionado ya que la sangre es aparatosa y alarmante.
- 2º. Colocar al lesionado acostado ya que si se mareara por la hemorragia se podría caer al suelo y golpearse. Además en esta postura favorecemos el riego sanguíneo al cerebro. Se deberá mantener elevada la zona de la hemorragia, ya que de esta manera disminuye algo la presión arterial y, por consiguiente, la hemorragia.
- 3º. Si la hemorragia es en las extremidades (en los brazos o en las piernas) habrá que mantenerlas elevadas, por encima del nivel del corazón, para reducir la presión de la sangre sobre la herida. Esto se podrá hacer en el caso de no se le produjera dolor por las fracturas que presenta.
- 4º. Si estas primeras medidas fallaran, habrá que presionar sobre la herida con lo que tengamos a mano (pañuelos limpios, gasas, etc.). Esta presión será preciso mantener sobre la herida durante unos minutos. Esta maniobra puede ser suficiente para que cese la hemorragia. Si mientras se está aplicando la presión sobre la herida las gasas o el material con lo que estamos presionando, se empapan de sangre, no habrá que quitarlas ya que se destruiría el coágulo que se estaba

formando y aumentaría la hemorragia. Lo que se debe hacer es colocar otras gasas o similares encima y continuar presionando.

- 5º. Si persistiera la hemorragia, habría que intentar otra maniobra de compresión como es la de comprimir los puntos arteriales importantes y que está sobre un plano óseo. Los puntos más utilizados son la ingle (arteria femoral), la parte posterior de la rodilla (arteria poplítea), la axila (arterial axilar) y la fosa supraclavicular (arteria subclavia).
- 6º. Si la hemorragia no cesa, será preciso aplicar un vendaje compresivo sobre las gasas que hemos puesto, sin retirarlas. Este vendaje se podrá hacer con una venda si disponemos de ella o en su defecto con un pañuelo o trapo limpio.

Hemorragias internas

En las hemorragias internas la sangre se vierte en el interior del cuerpo y normalmente no la podemos ver. Por lo que debemos prever este tipo de hemorragias, si el lesionado ha tenido un traumatismo en el abdomen o en el tórax.

Ante la sospecha de una hemorragia interna es preciso hacer un transporte inmediato a un centro sanitario. El mejor medio de transporte en estos casos es el más rápido posible y si es posible que tengan equipos de socorrismo y reanimación.

Hemorragias digestivas

Las hemorragias del aparato digestivo se manifiestan de tres formas:

HEMATEMESIS: Se denomina así cuando se expulsa la sangre por la boca, sola o mezclada con material gástrico, saliendo al exterior mediante los vómitos y generalmente precedida de náuseas. La sangre puede ser de color rojo o rojo negruzco dependiendo del tiempo que haya estado en contacto con ácidos del estómago.

MELENA: Se denomina así cuando se expulsa la sangre por el ano procediendo del tubo digestivo alto (esófago, estómago, duodeno), mezclada con las heces.

RECTORRAGIAS: Se denomina así cuando la sangre se expulsa por el ano procediendo del tubo digestivo bajo (colon, recto) y al no haber estado en contacto con el ácido clorhídrico del estómago es de color rojo brillante.

Toda persona que presente hematemesis o melenas deberá ser ingresado de urgencia en un centro hospitalario. Las rectorragias no supone una urgencia

vital, aunque, como es lógico, se deberá estudiar la causa de las mismas (hemorroides, cáncer de colon, pólipos...).

Hemoptisis

Se denomina así cuando la sangre se expulsa por la boca, procedente del aparato respiratorio, y que normalmente va precedida de un golpe de tos. La sangre es de color rojo y a veces va mezclada con mucosidad procedente del aparato respiratorio. Las diferencias más importantes con las hematemesis es que suele haber náuseas y vómitos, y el color de la sangre es menor vivo, pudiendo haber también restos de material gástrico (alimentos vomitados con sangre).

Hematuria

Se llama así cuando la sangre sale con la orina. Ante una supuesta hematuria lo primero que hay que hacer es confirmar que, en efecto, es sangre lo que da color rojo a la orina, ya que hay ciertos colorantes y medicamentos que dan también orinas rojizas.

También es importante saber si la sangre aparece al principio de la micción, al final o durante toda la micción, ya que con ello se puede sospechar el lugar del aparato urinario lesionado. Si la sangre sale al principio de la micción, siendo el resto de la orina normal, indica que la sangre procede de la porción baja del aparato urinario (uretra o cuello de vejiga). Si la sangre sale al final de la micción, siendo la orina normal al principio, indica que procede de la vejiga. Y si la hematuria es durante toda la micción, indica que la afectación es alta (uréteres o riñones).

Hemorragias genitales femeninas

La hemorragias genitales femeninas relacionadas con la menstruación normal de la mujer se denominan MENORRAGIAS. Si se da un aumento de la intensidad y duración de la hemorragia menstrual se llama HIPERMENORREA. La aparición de una hemorragia genital no relacionada con el ciclo menstrual se denomina METRORRAGIA. Este último tipo de hemorragias genitales femeninas tienen más importancia por la causa que pueden estar anunciando: embarazo, complicaciones del embarazo, toma irregular de hormonas, amenaza de aborto y cánceres uterinos.

Hemorragias nasales (Epistaxis)

La hemorragia nasal o también llamada APISTAXIS suele ser muy frecuente. Normalmente no suelen suponer un compromiso vital, pero alarman mucho a la persona que la sufre y a quienes están junto a él.

Puede aparecer en los adolescentes y en los niños en los periodos de crecimiento. Se suelen originar en la parte anterior del tabique nasal. Son frecuentes tras un traumatismo nasal. También hay enfermedades que pueden originar este tipo de hemorragias: cualquier enfermedad hemorrágica, enfermedades infecciosas, insuficiencia hepática grave, crisis de hipertensión arterial.

¿Cómo podemos aportar nuestra ayuda de socorristas en este tipo de hemorragia? Podemos detenerla comprimiendo las alas de la nariz contra el tabique nasal con el índice y el pulgar durante unos 10 minutos. Aconsejándole que eche la cabeza hacia delante, no hacía atrás.



Los accidentes por cuerpos extraños en Hostelería

La introducción de cuerpos extraños en los orificios naturales del organismo son cuadros muy frecuentes, sobre todo en niños pequeños y que alarman extraordinariamente a los familiares, aunque en la mayoría de los casos no constituyen una urgencia vital.

Sin embargo, existe un accidente por cuerpo extraño como el atragantamiento que tiene mucho que ver con la Hostelería.

Existen muchas víctimas cuyo escenario es el comedor de un restaurante. Para poder comprender la alta incidencia de este accidente hay que recordar que la MANIOBRA DE HEIMLICH, que sirve para desatragantar al que ha sufrido el atragantamiento, ha salvado muchas vidas y es obligatorio su conocimientos en escuelas y restaurantes de más de veinte estados de los EEUU.

Cuerpos extraños alojados en las fosas nasales

Este tipo de accidente suele ser muy frecuente en niños y en enfermos mentales.

Los síntomas que producen es la obstrucción de la fosa nasal afectada y la aparición de una secreción mucosa, en un principio acuosa, acompañada en muchas ocasiones de contenido sanguíneo (teñida de sangre). Si no se extraen pueden producir al cabo de uno o dos días rinitis (inflamación de la mucosa nasal) supurada con una secreción maloliente y purulenta.

Las complicaciones más importantes se producen al intentar extraerlo de cualquier manera y sin instrumental adecuado. No se suelen aconsejar la utilización de pinzas sino que se suelen extraer mediante ganchos encorvados cuya punta se pasa por encima del cuerpo extraño para posteriormente tirar hacia fuera.

En los niños pequeños puede ser preciso la utilización de anestesia general por lo que habrá que remitirlos a un centro hospitalario.

El riesgo de los cuerpos extraños nasales es que pueden caer a la faringe o laringe, pudiendo ser aspirados, llegando incluso a alojarse en los bronquios produciendo asfixias.

Cuerpos extraños alojados en los oídos

También este tipo de accidente es muy frecuente en los niños debido a la introducción accidental.

Los síntomas que suelen producir son: **dolor agudo** y muy violento si el cuerpo extraño está vivo, como puede ser un insecto. Sin embargo, en el caso de cuerpos extraños inertes puede no existir dolor; **zumbidos** que suelen ser más intensos cuando el cuerpo extraño es animado; también pueden aparecer **vértigos**. La **sordera** depende del tamaño del cuerpo extraño y de la obstrucción que éste pueda producir.

En el caso que el cuerpo extraño sea un insecto, lo primero que habría que hacer sería matarlo. Esto se consigue instalando en el conducto externo del oído aceite templado o aplicando un algodón empapado en éter o cloroformo. Posteriormente se extraerá como cualquier cuerpo extraño, cosa que lo debiera hacer un médico especialista. La extracción se intentará primeramente mediante un lavado de oídos.

Si el cuerpo extraño fuera de un material que pudiera hincharse con el agua como en el caso de legumbres, se instalarán unas gotas de alcohol que provocará la reducción de su volumen para hacer posteriormente el lavado.

Si el cuerpo extraño no saliera con el lavado, el especialista intentará su extracción mediante el uso de pinzas, ganchos, etc..., bajo control microscópico, para evitar introducirlo más y para evitar el riesgo de producir heridas o perforaciones timpánicas.

Cuerpos extraños alojados en la garganta (faringe)

Es frecuente observar cuerpos extraños puntiagudos enclavados en la garganta (faringe), como por ejemplo, espinas de pescado, esquilas óseas, etc. Normalmente se enclavan en las amígdalas o en los pilares del paladar. Suelen producir dolor y posteriormente pueden dar lugar a infecciones.

El tratamiento es la extracción mediante pinzas, aunque en ocasiones suele ser dificultosa debido a que el cuerpo extraño se encuentra en lugares que no se llegan a ver. Una vez extraídos se administrarán, si fuera necesario, antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios. Si el cuerpo extraño no fuere visible y no existiera riesgo de una asfixia, se confiará su extracción al especialista.

En los casos urgentes de asfixia hay que intentar la extracción del cuerpo extraño con los dedos, manteniendo la cabeza del paciente flexionada, mirando hacia el suelo.

Cuerpos extraños alojados en el aparato respiratorio alto (laringe, tráquea, bronquios)

Esta es la localización más aparatosa de los cuerpos extraños. Es una situación muy grave que puede ocasionar una asfixia inmediata produciendo la muerte del atragantado en pocos minutos y en muchas ocasiones antes de que llegue un médico a socorrerle. Ésta es la primera causa de muerte por accidente en niños menores de un año.

Cuando el cuerpo extraño está alojado en esta localización se suele producir lo que se denomina una sofocación agónica (el atragantado se queda ahogado sin poder hablar). Suele tener un acceso de tos fuerte, como intento de expulsar el cuerpo extraño e intenso dolor. La cara se le congestiona y los ojos aparecen inyectados existiendo una intensa angustia.

Esta situación suele ocurrir cuando se está comiendo. De forma repentina aparece la sofocación sin tos, falta del habla, se eleva la tensión arterial, la frecuencia cardíaca se enlentece y se produce una parada cardíaca. En estos casos se suele confundir con una parada cardíaca debida a un infarto de miocardio.

Una vez superado el periodo agudo de sofocación viene el periodo de tolerancia del cuerpo extraño en el que pueden existir síntomas respiratorios del tipo disnea (sensación de falta de aire) y tos, síntomas fonatorios como afonía o ronquera y dolor.

Actitud a seguir

En primer lugar, se intentará extraer con los dedos o con pinzas los cuerpos extraños que haya en la boca, garganta o faringe.

Si continúa en estado de sofocación debido a que haya más cuerpos extraños alojados profundamente o a que no se haya podido extraer con las pinzas o con los dedos, el personal no especializado sólo puede intentar dos maniobras:

1. Colocar cabeza abajo, suspendido en el aire o en un plano inclinado, al atragantado y dar golpes en la espalda entre los omóplatos (esta maniobra no suele ser muy efectiva en adultos por la dificultad que entraña colocar suspendido en el aire, cabeza abajo, a un adulto de gran peso). Sin embargo, en niños pequeños suele ser muy efectiva.
2. La segunda maniobra suele ser efectiva por igual en niños y adultos y es la llamada *MANIOBRA DE HEIMLICH*. Esta maniobra ha salvado muchas vidas. Su conocimiento es obligatorio en escuelas y restaurantes en más de 20 estados de los EEUU.

Esta maniobra consiste en elevar bruscamente la presión que hay debajo del diafragma para que el cuerpo extraño sea expulsado violentamente al exterior. La maniobra se puede hacer con el atragantado de pie, sentado o tumbado (en Japón la suelen hacer con el atragantado tumbado ya que comen en el suelo y la asistencia al accidentado en esta posición es más rápida para ellos).

Cuando se realiza la maniobra con el atragantado de pie o sentado el que le asista se coloca detrás de él, rodeando con los brazos su cintura, colocando uno de sus puños con el pulgar hacia dentro apoyado sobre la parte media y superior del abdomen. Con la otra mano el socorrista sujeta fuertemente su puño y efectúa una presión rápida que eleva el diafragma comprimiendo así los pulmones e impulsando el aire violentamente hasta la tráquea, consiguiéndose expulsar el cuerpo extraño la mayoría de las veces. Las compresiones abdominales deben ser breves, potentes, rítmicas y mantenidas el tiempo necesario.

Cuando el atragantado se encuentre de pie, el socorrista se colocará de pie detrás de él y cuando se encuentre sentado se colocará semiarrodillado detrás de él.

Con el atragantado tumbado en el suelo, el socorrista se arrodillará a caballo sobre él y colocará sus manos de plano, una sobre otra, en la parte media y superior del abdomen realizando compresiones breves, rítmicas y potentes.

Una vez expulsado el cuerpo extraño se procede a la reanimación, si fuera necesario, mediante respiración (boca a boca) y masaje cardíaco.

Cuerpos extraños alojados en el esófago

Los cuerpos extraños alojados en esta localización no suelen plantear problemas graves. Suelen ser fragmentos óseos u objetos metálicos.

La actitud ante un cuerpo extraño en el esófago radica en localizarlo, lo que se consigue mediante estudios radiológicos o mediante la práctica de una esófago-gastroscopia para posteriormente proceder a extraerlo.

Cuerpos extraños alojados en los ojos

Sólo intentaremos extraer el cuerpo extraño alojado en el ojo cuando sea fácilmente accesible. Para ello se debe hacer lo siguiente:

- Colocar al lesionado en un lugar con buena luz.
- No permitir que se frote los ojos.
- Utilizar una punta de un pañuelo limpio o una gasa. En el caso de cuerpos metálicos intentar la extracción con un imán. También se puede probar mediante un lavado con abundante agua tibia que previamente se ha hervido.

Si de esta manera no se lograra extraerlo se deberá enviar a un centro sanitario.

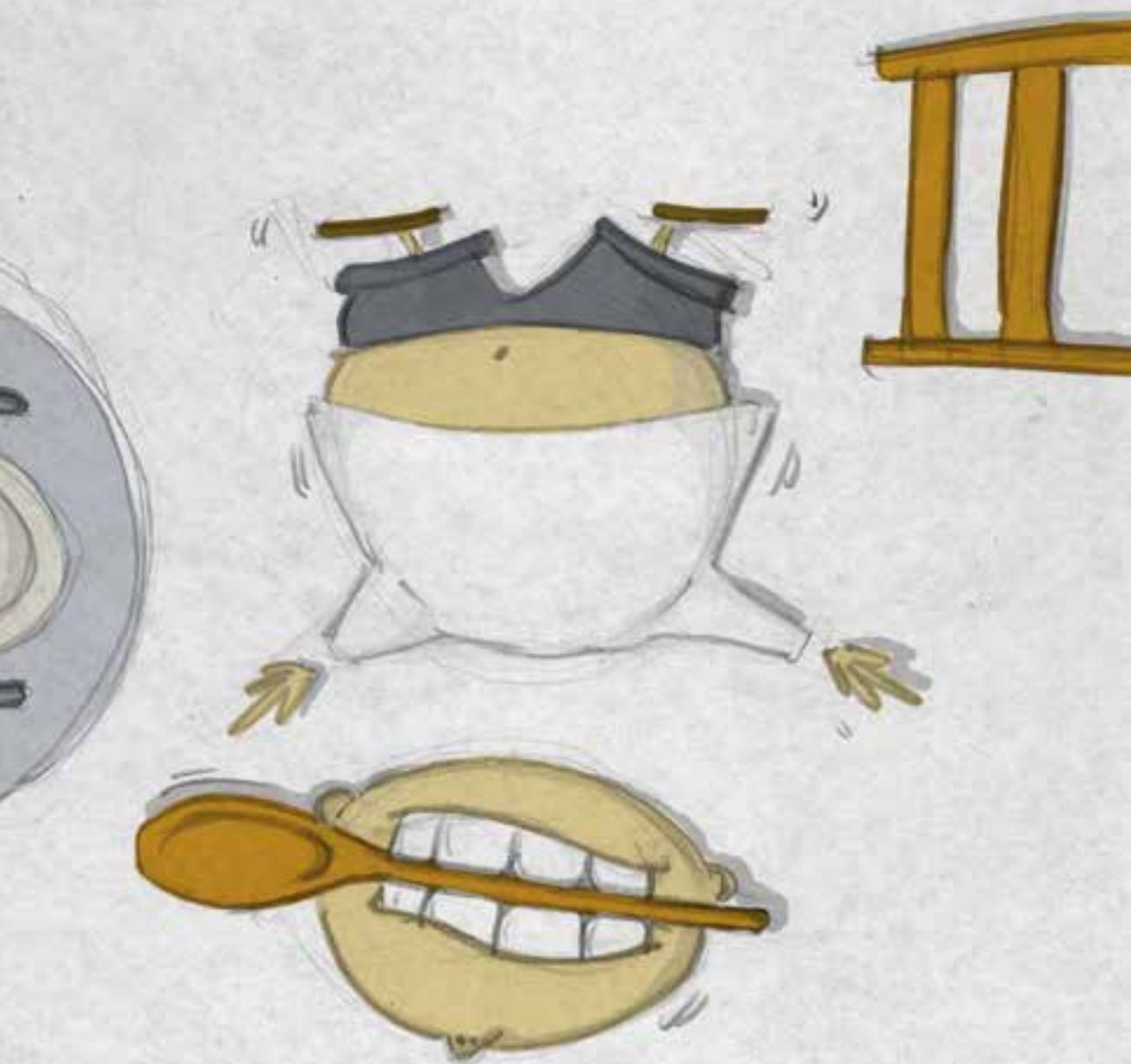
Cuerpos extraños enclavados en la piel

En la piel se pueden enclavar varios tipos de cuerpos extraños como cristales, astillas de madera, clavos. Uno de los cuerpos extraños más típicos que se enclavan en la piel suelen ser los anzuelos.

Cualquiera de estos cuerpos extraños se intentarán extraer cuando sean fácilmente accesibles. Para ello se procederá en primer lugar a limpiar la zona, con agua jabonosa, y después se intentará extraer con una pinza; si se consigue extraer se hará una cura normal aplicando, por ejemplo, Betadine.

En el caso de que el cuerpo extraño fuera un anzuelo se deberá proceder de la siguiente manera:

- Empujar el anzuelo hasta que asome el arpón.
- Cortar el arpón con un alicate.
- Retirar hacia atrás el resto del anzuelo que ha quedado enclavado.



Introducción

Cualquier situación ante una persona que está convulsionando es muy angustiosa por no saber bien cómo actuar. En Hostelería pueden darse estas situaciones entre sus clientes y entre los propios empleados. Tener unos conocimientos básicos de cómo actuar podrá ser muy útil para ayudar a quien presente alguno de los episodios que vamos a describir en este capítulo.

¿A qué llamamos convulsiones?

Son contracciones enérgicas e involuntarias de los músculos esqueléticos del organismo, secundarias a descargas cerebrales originadas por una irritación de los centros nerviosos motores cerebrales. Suelen tener un comienzo repentino y una duración breve. Estas convulsiones pueden ser de dos tipos:

CONVULSIONES TÓNICAS: Consisten en contracturas persistentes de los músculos o grupos musculares que cuando los tocamos da la sensación de estar endurecidos..

CONVULSIONES CLÓNICAS: Se suelen manifestar por unas contracciones amplias, extensas, normalmente rítmicas, que originan en las extremidades movimientos de flexión y de extensión.

En el ATAQUE EPILÉPTICO es frecuente que coincidan estos dos tipos.

Las convulsiones, por su extensión, pueden ser: generalizadas, unilaterales (cuando solo afectan a un lado del cuerpo) y parciales (cuando afectan solo a una región o sector del cuerpo).

La convulsión por si sola, no es una enfermedad, es solo la manifestación extrema o síntoma del trastorno paroxístico de la función cerebral.

Hay un gran abanico de procesos o enfermedades que pueden acompañarse de convulsiones como los siguientes:

- Infecciones del sistema nervioso central en los casos de meningitis, encefalitis, tétanos...
- Infección del cerebro por parásitos.
- Trastornos metabólicos como cifras baja de glucosa en sangre (hipoglucemias).
- Intoxicaciones por alcohol o plomo.
- Falta de oxígeno en el cerebro cuando éste se intoxica por monóxido de carbono o en asfixias.
- Alergias a medicamentos.
- Traumatismos cerebrales en la que se haya producido fracturas o hemorragias.
- Aumento notable de la temperatura corporal por fiebre elevada o por insolación.
- Enfermedades del sistema nervioso central como las epilepsias o tumores cerebrales.

Por todo ello, hay que tener en cuenta que toda convulsión, aunque haya cedido, deberá ser estudiada por los especialistas para poder realizar el diagnóstico y tratamiento definitivo.

Ataque epiléptico

La epilepsia es una enfermedad crónica, en la que en un porcentaje elevado no se encuentra la causa que la origine (epilepsias idiopáticas). En otros casos existe una lesión cerebral, microscópica o metabólica (epilepsias sintomáticas), lesión que es el foco de la descarga cerebral anormal.

Son muchas las maneras que tiene esta enfermedad de manifestarse, pero la que nos interesa desde el punto de vista de los Primeros Auxilios es el llamado **Ataque Epiléptico Típico**.

Los síntomas de este tipo de ataque son los siguientes:

- “Aura” o sensaciones premonitorias de la crisis (movimientos de masticación o chasquido de los labios, alucinaciones olfatorias o visuales, contracciones localizadas de algún músculo, etc.).
- Gesto inicial.
- Pérdida brusca de la consciencia.

- Caída fulminante al suelo (al carecer el enfermo en esos momentos de reflejos defensivos, puede herirse gravemente e incluso producirse fracturas).
- Convulsión tónica (uno o dos minutos): presenta estado de rigidez, detención breve de la respiración con aparición de color azulado en los labios y en la cara (lo que llamamos cianosis).
- Convulsión clónica (dos o cuatro minutos): sacudidas de los músculos de la cabeza, tronco y extremidades. Se golpea la cabeza contra el suelo. Abre y cierra los párpados. Contrae los músculos de la cara. Elimina espuma por la boca (al morderse la lengua puede sangrar). Presenta movimientos de las extremidades. Puede producirse incontinencia de orina y de heces.
- El ataque suele ir seguido de somnolencia, dolor de cabeza y dolor muscular.
- Al despertarse, el enfermo presenta amnesia, no recuerda nada de los que ha sucedido.

¿Cuál debe ser nuestra actitud ante una persona que presente un ataque epiléptico?

- En el momento del ataque es preciso dejar a la víctima acostada en el suelo porque si intentamos levantarla, entre su peso y las convulsiones, se nos caerá al suelo.
- No tratar de detener el ataque.
- Evitar que se autolesione. Para ello deberemos colocar un objeto blando debajo de la cabeza, así como retirar los objetos más cercanos (sillas, mesas, etc.). Se ha de colocar un objeto blando (si puede ser de goma mejor, o un pañuelo enrollado, por ejemplo) entre los dientes para que no se muerda. Nunca se deberán emplear objetos duros o resistentes para ello.
- Aflojar sus vestidos sobre todo en la zona del cuello y en la cintura.
- Si presentara vómitos será preciso que le coloquemos con la cabeza ladeada para evitar que aspire el material del vómito.
- Una vez que haya terminado el ataque se deberá trasladar a un Centro Sanitario ya que estos enfermos necesitan un estudio meticuloso por un especialista para confirmar su diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado o ajustar el que ya tenía.

A una persona que haya sufrido un ataque epiléptico típico se le debe aconsejar lo siguiente (hasta que sea visto por el médico):

- No tomar bebidas alcohólicas excitantes.

- No realizar trabajos que puedan conllevar riesgos (trabajos en la altura, andamios, con máquinas peligrosas...).
- No conducir ningún tipo de vehículos.
- No realizar ejercicios o pruebas deportivas con riesgo en lo que pueda sufrir golpes en el cráneo o inmersión en el agua, por ejemplo.

Ataque histérico

En ocasiones su puede presentar un ataque de tipo histérico en el que personalidad histérica presenta una inadecuación o desproporción entre sus conflictos subyacentes y la manifestación extrema de sus emociones. Esta desproporción explota en el llamado ataque histérico. Este tipo de ataque puede, en ocasiones, simular o parecer un ataque epiléptico.

Para poderlo diferenciar habrá que tener presente que en el **ataque histérico** puede existir:

- Grito inicial, generalmente de carácter más agudo que en el epiléptico.
- Caída al suelo de manera aparatosa. Se cae siempre delante de la gente, de manera cuidadosa para no lesionarse (por eso se dice que el histérico busca un sillón donde caer).
- Presenta convulsiones aparatosas, sin ritmo, para llamar la atención.
- No existe mordedura auténtica de lengua (en la lengua no hay herida ni tampoco sangra).
- No suele existir emisión de orina ni de heces.
- No hay periodo de somnolencia intensa (puede simular un desvanecimiento).
- En ocasiones termina el ataque con una crisis de risa histeriforme o llanto.

¿Cómo debiéramos actuar ante un ataque histérico?

- En el momento del ataque es preciso aislarle para que no se sienta protagonista.
- Si no se recupera, se le aplican aspersiones de agua fría en el rostro.
- Quien le atienda no deberá buscar puntos de presión dolorosos (compresión de los globos oculares o puntos ováricos). Tampoco deberá tomar a broma la causa que origina el ataque, pues aunque nos parezca mínima o pueril, para la persona es una verdadera situación conflictiva.
- Se le recomendará que consulte con su médico neuropsiquiatra.

Las convulsiones en los niños

El niño pequeño tiene casi una predisposición fisiológica a padecer convulsiones, más acentuada en los casos con tendencia al raquitismo. En el niño menor de dos años suelen ser debidas a trastornos tetánicos originados por falta de calcio y desencadenadas frecuentemente por infecciones, indigestiones, etc.

En los cuadros convulsivos de la primera infancia podemos distinguir dos tipos:

1.- CRISIS CONVULSIVAS ACCIDENTALES. Pueden ser debidas a:

- Fiebre elevada.
- Infecciones (Meningitis, encefalitis, otitis...).
- Alteraciones metabólicas como puede ser una cifra baja de calcio o hipocalcemias (solo en el recién nacidos); cifra baja de glucosa o hipoglucemia; falta de vitamina B6.
- Síncopes convulsivos debidos a dolor, emociones, etc.
- Espasmos del sollozo, secundarios a falta de oxígeno en las células cerebrales durante el llanto (suele existir una causa desencadenante como un susto o dolor). Hay llanto antes de la convulsión, poniéndose el niño primero pálido y luego azul.

2.- CRISIS CONVULSIVAS SINTOMÁTICAS. Suele ser secundarias a epilepsia. Las convulsiones infantiles que no son debidas a este grupo secundarias a la epilepsia suelen desaparecer espontáneamente sobre los tres años de edad.

¿Cuál debe ser nuestra actitud ante un niño con convulsiones?

- Dejar al niño en reposo.
- Aflojarle las ropas.
- Si se presentaran vómitos, se deberá ladear la cabeza.
- Si presenta fiebre elevada, se le deberá aplicar compresas con gua fría, o darle un baño de agua tibia o mojar con una esponja empapada en agua tibia.
- En el momento del sollozo del niño pequeño se le puede soplar al niño en la boca, cogerle en brazos (subir y bajarle). Es preciso tener en cuenta que es un proceso que suele ser banal.



Pérdida de conocimiento

14

Las pérdidas de conocimiento se suelen producir generalmente por una disminución del riego sanguíneo al cerebro. Se suele llamar *desmayo*, *lipotimia*, *desvanecimiento*, etc. Pueden ser muchas las causas que pueden originar la pérdida de conocimiento de una persona: la visión de sangre, un susto... pero las causas más frecuentes suelen ser: las cifras de tensión arterial bajas; la falta de alimento (por ejemplo, cuando se siguen dietas de adelgazamiento, periodos prolongados de ayuno); exceso de calor en un lugar cerrado; estar de pie durante un periodo de tiempo prolongado.

Cuando una persona ha perdido el conocimiento por algunas de estas causas presentará palidez de piel y de mucosas, sudoración fría, pulso débil y muy rápido y la pérdida de conciencia.

Pueden existir otras causas que provoquen una pérdida de conocimiento como los traumatismos craneales, hemorragias cerebrales, embolias o trombosis cerebrales, infarto de miocardio, etc. Pero en este capítulo abordaremos las dos causas de pérdida de conocimiento que el profesional de Hostelería se puede encontrar mientras está realizando su trabajo: *la lipotimia o desmayo y el síncope*.

Lipotimia (desmayo, mareo)

Es una disminución de riego sanguíneo al cerebro, pero que no reviste ninguna gravedad. La persona que sufre este tipo de pérdida de conocimiento se suele sentir débil (sensación de “flojera” en las piernas), palidece y pierde la posibilidad de ver (o tener sensación de ver los objetos que se duplican o que se mueven cuando deben estar quietos) u oír. La encontraremos con palidez de piel y mucosas, sudor frío, el pulso lo tendrá débil y rápido y habrá perdido la consciencia. Se caen al suelo.

Este cuadro lo pueden padecer aquellas personas que hacen un ayuno prolongado, que se exponen a calor muy agobiante, personas que están débiles

por convalecencia de enfermedades, olores penetrantes o aromáticos y falta de aireación. También pueden darse causas de origen psíquico como son las situaciones de terror, emociones, visión de sangre, etc.

La pérdida de conocimiento por lipotimia la podemos prevenir aireando bien los lugares cerrados, no permaneciendo de pie mucho tiempo en un sitio caluroso. Es preciso evitar el permanecer en ayuno prolongado. También se debe tener en cuenta que hay que levantarse despacio si hemos estado agachados o tumbados.

¿Cómo debemos actuar ante una persona que ha sufrido una lipotimia?

- Retirar a los curiosos que rodean a la víctima y que impiden que respire aire fresco.
- Abrir las vías respiratorias y comprobar si respira.
- Evitar la causa que produce la disminución del riego sanguíneo al cerebro colocando la cabeza por debajo del cuerpo.
- Si la persona desmayada está sentada, la colocaremos la cabeza entre las piernas aunque con esta postura debemos tener cuidado y evitar que la persona no vaya hacia delante o a los costado y caiga al suelo con lo que podríamos causarle una nueva lesión.
- Lo mejor que podemos hacer es tumbar a la persona boca arriba, con la cabeza ladeada y con los pies elevados. Le aflojaremos todo aquello que le pueda comprimir (corbata, cinturón, etc.) y le mantendremos abrigado.
- Mantener una buena aireación.
- Pasados unos minutos comprobaremos que haya recuperado el conocimiento. Si lo recupera, le podremos dar alguna tisana estimulante como manzanilla o té con azúcar y le aconsejaremos que acuda a su médico.
- En el caso de que no recupere el conocimiento, le colocaremos en posición lateral de seguridad, con las vías respiratorias abiertas y pediremos ayuda médica. Pudiera ser que la causa fuera de otra índole más grave.

Síncope

El corazón moviliza en cada minuto una determinada cantidad de sangre; a esto se le denomina volumen-minuto. El descenso repentino o caída de este volumen-minuto del corazón origina una pérdida brusca de consciencia, al ocurrir un déficit agudo de la sangre que llega al cerebro.

El síncope no es lo mismo que una lipotimia o desmayo. En la lipotimia se produce una alteración vasomotora periférica.

El síncope se origina por dos mecanismos distintos:

1.- Por parada cardíaca o fibrilación ventricular. Es decir, las fibras musculares del corazón se contraen de modo anárquico e independiente.

2.- Por aceleración extremada de las pulsaciones (lo que se llama taquicardia). Al latir muy deprisa el corazón (más de 180 pulsaciones por minuto), llega un momento en que el corazón late “en falso”, es decir, al no tener sangre dentro de él, no la puede impulsar y “cae” el volumen-minuto. Estas taquicardias se originan por distintas enfermedades como pueden ser inflamaciones del músculo del corazón (miocarditis), reumatismo cardíaco, infartos, etc.

La persona que sufre un síncope presenta una pérdida brusca de la consciencia, está muy pálido, presenta una sudoración generalizada y no se le puede coger el pulso por no tenerlo o por ser muy débil.

¿Cómo actuar ante una persona que ha sufrido un síncope?

- Colocar a la persona echada con la cabeza ladeada y los pies elevados en relación a la cabeza.
- Taparle para evitar que pierda su propio calor, pero no sobrecalentarle.
- Si existe parada cardíaca y/o respiratoria se debe realizar la reanimación cardiopulmonar básica.
- Si disponemos de oxígeno se le puede suministrar con mascarilla o gafas nasales.
- Trasladarle urgentemente a un Centro Médico, siempre acompañado por alguno de los que le hayan socorrido.



Angina de pecho e infarto de miocardio

15

La falta de riego al músculo del corazón por parte de las arterias coronarias produce un cuadro clínico de dolor torácico en ambos casos. La diferencia entre **angina de pecho** y el **infarto de miocardio** consiste en que mientras en la primera el déficit de oxígeno es temporal y relativo, en el caso del infarto es lo suficientemente intenso y duradero como para producir un daño estructural y permanente en el músculo cardíaco, con una zona que queda dañada para siempre.

Hay que tener en cuenta que una angina de pecho puede desembocar en un infarto de miocardio si la insuficiencia coronaria se hace absoluta, siendo su signo preocupante la repetición de episodios de dolor de angina en reposo.

Cada uno de nosotros podemos ser víctimas de estas situaciones que pueden tener consecuencias irreparables. Pero además, el ambiente hostelero suele ser escenario en ocasiones de situaciones como las que se van a describir en este capítulo. Por eso puede tener bastante utilidad el conocer cómo actuar ante un cliente o compañero de trabajo con una angina o un infarto, así como conocer y cumplir los consejos preventivos.

Causas desencadenantes

La causas pueden ser variadas, pero en general se produce cuando aumenta la demanda de oxígeno por parte del corazón, como al hacer algún esfuerzo o al estar sometidos a situaciones de estrés. También se puede producir después de hacer comidas copiosas en las que se produce un aumento del riego de sangre a la zona intestinal, disminuyendo su aporte al corazón. Generalmente se produce en ambientes fríos o corrientes de aire que provocan el cierre de los vasos sanguíneos de la piel y aumenta con ello el trabajo que debe realizar el corazón.

Otros factores que predisponen a padecer una angina o un infarto son la edad avanzada, el sexo masculino, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la obesidad, el aumento del colesterol y la Diabetes.

¿Cuáles son sus síntomas?

El síntoma principal es el dolor que está localizado en la zona central del tórax a nivel del esternón (zona de la corbata) que se irradia también al cuello, hombro, brazo y en ocasiones, al estómago, en muchas ocasiones con predominio en la zona izquierda del cuerpo.

El tipo de dolor puede ser variado. En ocasiones es agudo, de tipo punzante, otras veces consiste en una sensación de quemazón y casi siempre se presenta una sensación de opresión. En el caso del infarto, es más intenso en general y a diferencia de lo que sucede en la angina, no cede con vasodilatadores coronarios (la conocida cafinitrina).

La duración del dolor también es mayor en el infarto que en la angina; en la angina suele durar unos 10-20 minutos, mientras que en el infarto se puede prolongar durante horas. También la sensación de muerte y la angustia son mayores en el infarto de miocardio. De todos modos, es difícil en ocasiones, asegurar que un infarto no ha tenido lugar.

Además del dolor pueden aparecer otros síntomas como la ansiedad, la sudoración, debilidad intensa, náuseas y en ocasiones vómitos, disnea o sensación de falta de aire y angustia.

¿Cómo actuar ante una personas que sospechemos que está sufriendo una angina o un infarto?

La mayor parte de los casos en que se produce la muerte tras un infarto de miocardio, ésta tiene lugar por fibrilación ventricular producida en el transcurso de las 24 horas siguientes, de lo que se deduce que cuanto más temprano sea la vigilancia y el tratamiento, incluso antes de llegar al hospital, tanto más favorable va a ser la suerte que corra la persona que presente un cuadro de este tipo.

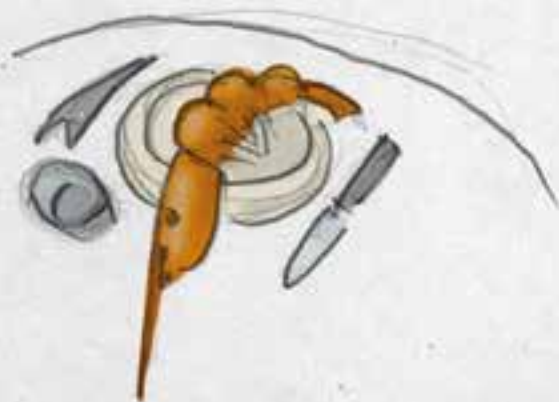
Las medidas que habría que poner en marcha inmediatamente son las siguientes:

- 1º. Mantenerle en reposo absoluto, en posición semi-sentado.
- 2º. Si se dispone de algún vasodilatador coronarios (por ejemplo, cafinitrina) ponérselo debajo de la lengua. Con ello se consigue que cese el dolor en los casos de que sea una angina, aunque no en los casos de que sea un infarto.
- 3º. Si fuera posible administrar oxígeno y si no se dispone de él procurar ventilar adecuadamente en lugar donde se encuentre.
- 4º. Trasladarlo inmediatamente a un centro sanitario.

¿Cuáles son las medidas preventivas que hemos de tener en cuenta?

La Medicina Preventiva, en estos casos, suele ser muy eficaz y puede evitar que se produzcan muchas de las situaciones que hemos descrito en capítulos anteriores. No hay duda que la prevención disminuye la incidencia de arterioesclerosis coronaria.

No podemos prevenir la edad, los antecedentes familiares, pero seguir una dieta baja en colesterol y grasas animales, no fumar, controlar la hipertensión, evitar el sedentarismo y la obesidad son medidas absolutamente necesarias y eficaces en la prevención de estas enfermedades.



Abdomen agudo

16

Con el nombre de **abdomen agudo** nos referimos a una serie de procesos que aunque tienen causas muy distintas presentan dos características en común: la de poner en peligro la vida de quien lo sufre y la de requerir normalmente una solución quirúrgica.

Estadísticamente la apendicitis representa el 50% de las urgencias abdominales quirúrgicas. Otras causas son la úlcera de estómago perforada, la hernia estrangulada, las roturas traumáticas del riñón, bazo e hígado.

¿Cómo podemos sospechar que se trata de un *abdomen agudo*?

Uno de los síntomas constantes es el dolor en el abdomen que puede estar más o menos localizado y su aparición puede ser brusca, pero que se prolonga durante varias horas. En ocasiones, existen dolores típicos de determinadas patologías, que orientan claramente al diagnóstico. Es frecuente que el dolor comience en un determinado punto y después se irradie a otras zonas, terminando por extenderse a todo el abdomen.

Es posible que la persona que sufra este cuadro haya tenido una serie de síntomas previos a la aparición del dolor como pueden ser sensación de digestión pesada o flatulencia (sensación de gases), además de vómitos, diarrea o por el contrario parálisis intestinal.

Podemos encontrarle en una posición característica para evitar el dolor con las rodillas encogidas y plegadas las piernas sobre el abdomen, con cierta afectación del estado general, incluso con algo de fiebre (décimas).

Si palpamos el abdomen lo encontraremos doloroso cada vez que presionemos con nuestra manos la pared del abdomen; lo encontraremos duro indicándonos que hay defensa de los músculos de la pared del abdomen, conociendo esta

dureza como “*vientre en tabla*”. La respiración suele ser superficial para evitar los movimientos excesivos del músculo del diafragma que aumentaría el dolor.

¿Cómo podríamos ayudar a quien se encuentre con un abdomen agudo?

Como hemos indicado en párrafos anteriores, el tratamiento de los cuadros de abdomen agudo es casi siempre quirúrgico por lo que el traslado a un centro hospitalario debe ser lo más rápido posible. Mientras la mortalidad en una perforación, por ejemplo, es del 5% si pasan menos de 6 horas hasta la intervención quirúrgica, es del 35% si transcurren 24 horas y se eleva hasta el 90% después de 48 horas.

Ante la simple sospecha de un abdomen agudo hay una serie de actitudes que debemos adoptar, como es disponer el traslado sin pérdida de tiempo y en la posición que resulte más cómoda para quien padece el dolor abdominal. Además hemos de:

1. No dar nada por boca. Cuando menos se aumente la movilidad del aparato digestivo, mejor. Además se facilitará la intervención quirúrgica posterior y se evitarán complicaciones.
2. No dar ningún analgésico. Lo único que conseguiríamos es los administráramos es suprimir el dolor, pero enmascarando los síntomas, sin curar la enfermedad que puede evolucionar hacia formas más graves porque parecería disminuir la necesidad de urgencia ya que el enfermo no tendría dolor.
3. No aplicar calor en la zona del abdomen doloroso.
4. No retrasar el traslado. Ya hemos comentado la importancia de una intervención quirúrgica practicada en las primeras horas y su incidencia sobre la mortalidad. Cualquier retraso puede resultar fatal.

La dificultad respiratoria representa la situación más urgente con la que se puede enfrentar un socorrista. Tan urgente es que, de no restablecerse la respiración, la persona que la padece no sobrevivirá si pasan unos pocos minutos.

La función del Aparato Respiratorio

Mediante el Aparato Respiratorio se realiza la respiración que es una función esencial para la vida que consiste en la introducción de aire en el interior de los pulmones para captar en ellos el oxígeno que dicho aire contiene y distribuirlo a todas las células del organismo a través de la circulación sanguínea.

A la fase de introducción del aire se denomina *fase inspiratoria o inspiración*, y va seguida de una segunda fase que se denomina *fase espiratoria o espiración* que consiste en la expulsión del gas anhídrido carbónico (CO₂) al exterior del organismo.

Para poder realizar estas funciones el Aparato Respiratorio cuenta con las vías respiratorias y los pulmones.

Asfixia

Se denomina asfixia a la situación en la que el organismo se ve privado del oxígeno necesario para la vida. Esto puede ocurrir debido a gran número de causas:

1. Por alteraciones en la composición del aire. Cuando se aspiran gases, humos, etc., se produce una asfixia por disminución del contenido de oxígeno, ya que estos gases desplazan el oxígeno del aire.
2. Por obstáculos en las vías respiratorias. Cualquier obstáculo en el interior de las vías respiratorias (cuerpos extraños, sangre, agua, etc.) impide el paso del aire al interior de los pulmones.



3. Por lesiones torácicas que impiden el normal desarrollo de los movimientos respiratorios. Las fracturas de costillas, las heridas profundas en la pared torácica, etc., pueden dificultar extraordinariamente la realización de los movimientos respiratorios.
4. Por aspiración de gases tóxicos.
5. Por alteraciones neurológicas. Existe un control de los movimientos respiratorios por el cerebro, de modo que, en situaciones de grave daño cerebral (coma profundo, traumatismo craneal grave, etc.) puede producirse una detención de los movimientos respiratorios.

En cualquiera de estas circunstancias la actuación del socorrista debe ser inmediata con el fin de evitar la muerte de quien está padeciendo la asfixia.

¿Cómo podemos encontrarnos una persona con dificultad respiratoria?

- a. Una persona que no respira y está inconsciente. No tiene movimientos respiratorios y la víctima no reacciona de ningún modo, ni hace movimiento alguno. Puede tener gran palidez de la cara o, por el contrario, tenerla de color negruzco o violáceo.
- b. Una persona inconsciente que respira con dificultad. Los movimientos respiratorios no son normales (a veces son muy rápidos y superficiales y otras veces los movimientos son muy lentos, menos de 10 por minuto). En muchas ocasiones se trata simplemente de la obstrucción respiratoria que se produce por la caída hacia atrás de la lengua, cosa que ocurre con frecuencia en los lesionados inconscientes. En estos casos, se oye con frecuencia un ruido de gorgoteo coincidiendo con los movimientos respiratorios.
- c. Una persona consciente que respira con dificultad. El lesionado está muy nervioso y hace esfuerzos por introducir el aire en los pulmones; no habla, y si lo hace se fatiga rápidamente. La mayor parte de las veces es el propio paciente que nos informa diciendo: “Me ahogo”.

¿Cómo hemos de actuar ante una persona con dificultad respiratoria?

Es un error pensar que todos los Primeros Auxilios que se pueden prestar a una persona que se está asfixiando se limitan a la realización de la respiración artificial. Por el contrario, hay una serie de pasos a seguir sin los cuales es más que dudoso el éxito de nuestros esfuerzos.

- 1º. Hemos de retirar al lesionado del peligro.
- 2º. Eliminar los obstáculos al paso del aire por las vías respiratorias. Para ello se debe realizar lo siguiente:
 - Aflojar todas las prendas de vestido que le aprieten el cuello y la cintura (cuello de la camisa, corbata, cinturón, etc.).
 - Echar con suavidad la cabeza de la víctima hacia atrás, para evitar que la caída de la lengua obstruya las vías respiratorias.
 - Extraer de la boca todo aquello que pueda taponar las vías respiratorias. Para ello se introduce el dedo índice en el interior de la boca de la víctima y con él se limpia de cuerpos extraños (dientes, dentadura postiza, etc.) que dificulten o taponen el paso del aire.

Una vez realizadas todas estas maniobras, si continúa con la misma situación de asfixia se realizará inmediatamente lo siguiente:

- 3º. Respiración artificial. Se practicará siempre que el lesionado no respire o lo haga con mucha dificultad. El método más eficaz para la mayoría de los casos es el llamado boca a boca, cuya técnica debe ser dominada por todos los socorristas.

La respiración boca a boca permite introducir a la víctima el aire que permanece en las vías respiratorias del socorrista, aire que tiene un contenido bastante bueno de oxígeno (alrededor del 20%).

¿Cómo se debe realizar la respiración boca a boca?

Al asfixiado se le debe colocar boca arriba y el socorrista se colocará arrodillado a su lado, a nivel de la cabeza.

- 1º. Echar suavemente la cabeza del asfixiado hacia atrás, con el fin de mantener libres las vías respiratorias, que podrían estar obstruidas por la caída hacia atrás de la lengua.
- 2º. Taponar la nariz para evitar que se escape por ahí el aire que vamos a insuflar.

- 3º. Aplicar la boca sobre la boca de la víctima e insuflar el aire con fuerza.
- 4º. Retirar la boca, con lo que se consigue la espiración pasiva del asfixiado.

Todo este ciclo debe ser realizado unas 16 veces por minuto, es decir, 1 insuflación de aire cada 4 segundos aproximadamente; y se deberá mantener este ritmo hasta que la víctima sea capaz de respirar por sí misma, o bien hasta su llegada al hospital.

Si el lesionado tiene heridas muy graves en la boca (fracturas, heridas muy graves y extensas) que hacen imposible la respiración *boca a boca*, puede hacerse una variante *boca-nariz*, similar en cuanto a su técnica de los dicho anteriormente, pero en la que el aire se insufla al interior de la nariz.

En los niños, la boca del socorrista debe cubrir la boca y la nariz de la víctima; siendo por lo demás, igual la técnica a seguir.

El rechazo que puede provocar el contacto directo con la boca de la víctima puede mejorarse con el empleo de un pañuelo o con el de cánulas especialmente diseñadas para ello. Hay que tener en cuenta que el empleo de dichas cánulas puede implicar cierto peligro si no se está convenientemente adiestrado, por lo que su empleo, al igual que el del *ambú* deberá ensayarse frecuentemente. Además, hay que señalar que si bien estos instrumentos son útiles, no mejoran excesivamente la calidad de la respiración boca a boca, por lo que no debe perderse en su busca un tiempo que puede ser fundamental para salvar a la persona que se está asfixiando.



¿Qué es la dificultad circulatoria?

Con mayor o menor intensidad, todos los accidentados graves sufren una cierta dificultad circulatoria, que si es lo suficientemente intensa, puede acarrear la muerte. En otras ocasiones, por fortuna, el problema circulatorio no es tan grave y no precisa tratamiento inmediato por parte del socorrista.

La parada cardíaca es la detención súbita de la función de bombeo del corazón, con la consiguiente detención de la circulación sanguínea. Las causas suelen ser múltiples, incluyendo la contracción del músculo cardíaco débil o ineficaz, la parada cardíaca completa (llamada también asistolia) y la fibrilación ventricular (llamada también aleteo cardíaco) sin capacidad para impulsar la sangre a través de todo el sistema circulatorio. En este último caso, una vez establecida la fibrilación, es prácticamente imposible que revierta con las maniobras normales, siendo necesaria la desfibrilación eléctrica en el Hospital, pero ésta solo podrá ser practicada si se ha mantenido la reanimación hasta ese momento.

Independientemente de la causa que la origine, la parada circulatoria va a ocasionar un déficit de oxígeno al cerebro, con la consiguiente producción de efectos irreversibles que anteriormente hemos visto, por lo que el tratamiento debe ser inmediato.

¿Cómo podemos saber si estamos ante una persona con parada cardíaca?

El principal síntoma de la parada cardíaca es la ausencia del pulso central, ya que el pulso periférico, que es el que se toma en la arteria radial, situada en el “canal del pulso” en la muñeca, puede ser muy débil o fatal. Este pulso central se puede comprobar en la arteria carótida que podemos localizar en las caras laterales del cuello, por fuera de la tráquea y por dentro del músculo esternocleidomastoideo.

La ausencia de pulso es el síntoma más importante de la parada cardíaca, pero no es el único. Otros síntomas son la palidez de la piel y la dilatación de las pupilas (llamada midriasis) que si bien no es inmediata, se comienza a producir a los 45 segundos, siendo completa a los 90 segundos. De todas formas, éstos son tan solo signos secundarios, por lo que bajo ningún concepto determinaremos la existencia de una parada cardíaca fiándonos exclusivamente de ellos. Lo determinante es la ausencia de pulso central, por lo que debemos tomarnos unos segundos para asegurarnos de que existe realmente una parada cardíaca.

¿Cómo actuar ante una parada cardíaca?

Se reconoce a una persona que sufre una parada cardíaca porque pierde el conocimiento (se desploma y no se mueve), no responde a nuestras llamadas, no tiene signos de vida y principalmente porque no respira.

Una persona puede presentar una parada cardíaca de forma brusca o habiéndose encontrado mal o con dolor en el pecho previamente. La persona se desmaya y no responde a nuestras llamadas. En este caso, nos debemos acercar y comprobar que no respira, valoramos si sale aire por su boca-nariz y que el tórax no se mueve. Con 10 segundos de observación es suficiente.

El punto clave es avisar cuanto antes a los servicios de emergencias explicando la situación del paciente (pérdida de conocimiento sin respiración) y facilitando los datos para que puedan acudir al lugar exacto donde nos encontramos con la víctima.

Es preciso recordar que el masaje cardíaco se realiza con las manos. De esta manera no se provoca ningún daño a la persona que ha sufrido la parada cardíaca.

El masaje se realiza colocando a la persona que ha sufrido la parada boca arriba, sobre una superficie dura (en el suelo es lo mejor), mediante compresiones torácicas. El sitio donde se aprieta es en el centro del pecho (se hace una línea con la imaginación que ambos pezones, para localizar el sitio).

Las compresiones en el pecho de la persona con parada cardíaca se realizan con las dos manos entrelazadas. No se debe doblar los codos. Es preciso mantener los brazos estirados y de esta forma se aprovechará mejor la fuerza de todo el cuerpo. Las compresiones torácicas se hacen con una fuerza que consiga bajar el esternón 5 cm hacia el interior del tórax. Hay que hacerse la idea de que las manos de quien realiza el masaje cardíaco deben dirigirse hacia el corazón de la persona en el centro del pecho. El ritmo de las compresiones debe ser de 100 compresiones por minuto.

Es muy importante tener en cuenta que cuando se comienza a hacer el masaje cardiaco no hay que detenerse y hay que evitar hacer pausas. Si se produjera cansancio en quien lo está realizando deberá alternarse con otra persona. Hay que seguir comprimiendo hasta que llegue la ambulancia con personal sanitario.

Puede que haya un desfibrilador cerca (aparato que pone en marcha el corazón con una descarga eléctrica) y alguien que sepa utilizarlo. Es preciso pedir ayuda en el entorno donde nos encontramos con la víctima, pero se ha de comenzar la reanimación.



Accidentes en el medio acuático

19

Los accidentes en el medio acuático en Hostelería

Relacionar este tipo de accidentes con nuestras cocinas, habitaciones puede ser a primera vista poco posible, pero si tenemos en cuenta que muchos hoteles cuentan entre sus instalaciones unas apetecibles piscinas o alguno de estos hoteles se encuentra junto a las playas podremos comprender cómo en ocasiones puede ser posible que los profesionales de Hostelería tengan que prestar sus primeros auxilios a alguien que accidentalmente se haya caído a la piscina y no sabía nadar sufriendo un ahogamiento o que imprudentemente se ha bañado inmediatamente después de comer no respetando el periodo de digestión.

También ha podido ocurrir que se ha introducido en la ducha con agua fría cuando estaba haciendo la digestión y en estos últimos dos casos ha sufrido un accidente por hidrocución o más conocido con el nombre de “corte de digestión”.

Por último, también se puede dar que alguien hay sufrido un accidente al saltar del trampolín de la piscina.

En fin, todas estas posible situaciones nos obligan a conocer cómo actuar ante cualquiera de ellas con la máxima eficacia.

Accidente por ahogamiento

El ahogamiento es el caso particular de asfixia en el que el obstáculo que taponas las vías respiratorias superiores es el agua, que actúa impidiendo el paso del aire y, por consiguiente, el paso de oxígeno al interior del aparato respiratorio. Según el medio y el tipo de agua (agua salada o agua dulce) se pueden distinguir varios tipos de ahogamiento.

AHOGAMIENTO EN AGUA SALADA O AGUA DE MAR. En este tipo de ahogamiento, los bronquios y los alveolos de los pulmones están inundados, por una parte de agua de mar y por otra por el líquido procedente de los capilares sanguíneos (plasma y suero).

AHOGAMIENTO EN AGUA DULCE O AGUA DE RÍO. En estos casos el agua respirada pasa fácilmente del alveolo al capilar sanguíneo; es decir, se vacía bien, por lo que no se encuentra agua en los pulmones y, sin embargo, es mayor el peligro de este accidente por persistir una capa o película muy fina de agua que tapiza el interior del alveolo impidiendo el paso del oxígeno, y en la reanimación habrá que aplicar el oxígeno a mayor presión.

AHOGAMIENTO EN AGUA DE PISCINA. Ocurre lo mismo que en los ahogamientos de agua dulce de los ríos, por llevar incorporado cloro que es un elemento muy tóxico e irritante para la pared del alveolo, produciéndose con mayor rapidez y mayor intensidad un edema agudo de pulmón.

AHOGAMIENTO EN AGUAS CONTAMINADAS. La contaminación puede ser bacteriana o química (aguas residuales de fábricas...). En las contaminaciones bacterianas siempre habrá una infección sobreañadida según los gérmenes responsables.

Primeros auxilios a la persona que haya sufrido un ahogamiento

Hay que tener en cuenta lo siguiente: *“dentro de lo triste, más vale un ahogado que dos”*. Lo que quiere decir esta frase es que se debe impedir a los no nadadores el intentar el rescate, pues fatalmente aumentará el número de víctimas.

Iniciado el rescate de la víctima en el agua, allí mismo se debe iniciar la técnica de respiración boca-boca.

Una vez en la orilla, en lo que se refiere al vaciamiento o no del agua de los pulmones se debe seguir la siguiente actitud:

- Cuando el ahogamiento se ha producido en agua dulce (río o piscina) el vaciamiento del agua es inútil ya que el agua pasa rápidamente a la circulación.
- Cuando el ahogamiento se ha producido en agua salada (playa) se debe realizar un drenaje rápido, se pone a la víctima boca abajo con las caderas levantadas y la cabeza ladeada, durando la operación de 8 a 10 segundos.

Una vez realizado el drenaje hay que continuar realizando lo siguiente:

- 1º. Respiración boca a boca.
- 2º. Si es posible, aplicarle una mascarilla de oxígeno al iniciar los movimientos respiratorios.
- 3º. No olvidar nunca la recuperación circulatoria, por lo que en caso de asfixia se realizará la técnica combinada de respiración boca a boca y masaje cardiaco.
- 4º. No olvidar nunca los principios básicos: Respiración artificial mantenida hasta el ingreso de la víctima en el hospital o que esté a cargo de personal sanitario en la ambulancia; no perder tiempo tratando de sacar agua de los pulmones; otros socorristas habrán organizado el transporte urgente de la víctima al Hospital más próximo.

Accidente por hidroculción

Actualmente se acepta este término para definir el quizá más conocido con el nombre de “corte de digestión”. Corresponde a un síncope primitivo reflejo que puede originar la muerte del accidentado al introducirse en el agua, no por asfixia mecánica, como en el caso de los ahogamientos que hemos visto en el apartado anterior, sino por debilidad general de la circulación, llegando en los casos muy graves a la parada cardiaca.

Puede ocurrir este accidente cuando una persona que está “haciendo la digestión” y, por consiguiente, teniendo aumentada la necesidad de circulación o sangre en sus vísceras del aparato digestivo, se sumerge bruscamente en el agua fría tanto de baño (mar, río o piscina) como de ducha.

Un concepto que importante que se tenga claro es que la hidroculción no se produce por bañarse haciendo la digestión, sino por hacerlo en agua muy fría, es decir, existiendo una gran diferencia de temperatura entre el cuerpo y el agua.

Después de esta agresión fría el accidentado puede presentar los siguientes síntomas: palidez intensa de la piel, alteración o pérdida de conocimiento, pulso débil y en casos extremos, parada cardiaca.

Primeros auxilios a la persona que haya sufrido un accidente por hidroculción

Se debe recuperar de inmediato al accidentado. Si fuera preciso se le practicará el boca a boca y el masaje cardiaco. Es preciso abrigar al accidentado. Se deberá trasladar urgentemente al centro médico más próximo para un tratamiento correcto del cuadro de colapso.

Prevención de este tipo de accidentes

- No debe bañarse ni ducharse en aguas frías “haciendo la digestión”, aproximadamente de dos y media a tres horas de intervalo.
- Se deberá abandonar el agua si se sienten escalofríos intensos al estar en ella, o si aparece un aspecto rojizo intenso en la piel, o si se presentan alteraciones de la visión o zumbidos de oídos.
- No se deben realizar inmersiones a gran profundidad si no se está perfectamente entrenado.

Accidentes por golpes en el plexo solar

Este tipo de accidente se refiere al que se produce al saltar desde cierta altura al agua, como pueden ser las caídas desde un trampolín o palanca. Si en la caída se golpea directamente sobre el vientre puede producirse una pérdida brusca de conocimiento.

Este accidente se debe al golpearse fulminantemente zonas muy ricas en nervios como son el hígado o el estómago y de esta forma se produce una inhibición nerviosa refleja.

Primeros auxilios en este tipo de accidentes

- Como todos los accidentes que se producen en el medio acuático, lo primero que hay que hacer es rescatar al accidentado.
- Después se le deberá colocar al accidentado con la cabeza más baja que los pies.
- Es aconsejable aplicarle estimulantes olorosos en la nariz (amoníaco o similar).
- Otra medida que debemos adoptar es administrar oxígeno, si disponemos de él.

Traslado de las víctimas

20

Características generales para que el traslado sea correcto

Una vez que ha ocurrido cualquiera de los accidentes que hemos revisado en este libro hay que tener en cuenta que el sobrevivir y el futuro de las lesiones del accidentado está muchas veces en función de la primera asistencia que realice el socorrista.

Para que la actuación de quien socorre a una víctima sea correcta hay que tener presente lo siguiente:

- Hay que actuar con rapidez en el auxilio a la víctima teniendo en cuenta que rapidez no significa precipitación.
- El traslado hacia un centro médico hay que hacerlo con rapidez o tiempo útil, en condiciones favorables y en un vehículo apropiado.

Todas las atenciones, todos los cuidados que pongamos en la buena asistencia inmediata del lesionado, pueden quedar desbaratadas si se realiza un traslado en malas condiciones.

Podemos decir que muchas de las lesiones irreparables se producen durante el traslado de las víctimas de un accidente.

El sistema de transporte de un herido dependerá de las circunstancias en que se desarrolla el accidente, así como los medios de que dispongamos. Sin embargo hay una serie de normas generales como son las siguientes:

1. Cuando el herido está inconsciente debe ser colocado en posición de seguridad.
2. Tanto si está consciente como si no lo está, hay que recordar que cabeza-tronco-extremidades inferiores deben formar un bloque rígido, y que se harán movimientos bruscos ni maniobras violentas durante el traslado del herido.



Tipos de traslado

TRASLADO EN CUCHARA

Para este tipo de traslado se necesitan por lo menos dos socorristas. Este tipo es el ideal en los casos de accidentados muy graves, inconscientes y sobre todo, en los que se sospeche la existencia de una lesión en la columna vertebral.

TRASLADO EN SILLA

Se hace entre dos personas y es útil en los casos de lesionados conscientes, sin lesión de la columna vertebral y que no pueden andar.

TRASLADO ARRASTRANDO

Sólo es aceptable cuando el accidentado está grave y no disponemos de ninguna ayuda para realizar el traslado. En este arrastre se debe poner especial atención en el mantenimiento del bloque cabeza-tronco-extremidades inferiores.

En cualquier caso, si disponemos de una camilla trasladaremos en ella a la víctima recordando que debe ser la camilla la que se traslade hasta el lugar donde está el lesionado y no al contrario.

Traslado hasta el hospital

El transporte de la víctima hasta el hospital, si es posible se realizará en ambulancia, pero en caso de que no sea posible utilizaremos los vehículos más amplios y cómodos que tengamos a mano como furgonetas, automóviles rancheras... retirando todo lo que pueda entorpecer la correcta colocación del herido en el interior del vehículo.

Una vez en el automóvil de socorro, el conductor deberá tener presente en todo momento que no se trata de trasladar velozmente al lesionado, sino de hacerlo en buenas condiciones. Las aceleraciones bruscas, las deceleraciones, son capaces de producir graves problemas viscerales y circulatorios y, en todo caso, agravan la situación del herido.

Puede decirse que nunca el estado de un herido, por grave que sea, justifica realizar un traslado a grandes velocidades, haciendo caso omiso a las normas de Tráfico. Es preferible llegar unos minutos más tarde al hospital, pero con un herido trasladado en buenas condiciones.



La prevención en hostelería

21

Introducción

En distintas encuestas nacionales de condiciones de trabajo, los resultados del sector hostelero indican la necesidad de mejorar la formación en prevención de riesgos laborales y las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores de Hostelería, por el incremento progresivo de consultas médicas por causa laboral.

El sector de Hostelería agrupa alrededor del 7% de la población ocupada a nivel nacional. El 79% se concentra en las actividades de restauración y el resto en hoteles y alojamientos.

En hoteles y restaurantes existen riesgos de accidentes y riesgos contra la salud que no podemos obviarlos. Ya hemos repasado algunas de las situaciones de accidentes que se pueden dar en el ambiente hostelero tanto en los propios trabajadores como en los clientes de sus servicios. Pero además, hemos de recordar algunos riesgos con la salud para los trabajadores de hostelería.

Riesgo de accidentes

La maquinaria utilizada en las cocinas de los hoteles y restaurantes es la misma que la empleada en otros establecimientos de productos alimenticios (panadería, repostería, carnicería y preparación de verduras). Las mezcladoras, cortadoras, las máquinas de picar, etc., requieren la misma protección. El mismo peligro ofrecen los cuchillos en la preparación de alimentos, siendo necesarias hojas afiladas y adecuado mangos protectores. La planta frigorífica requiere las mismas normas de conservación y las mismas medidas de precaución.

Los resbalones y caídas son uno de los riesgos principales: los suelos de cocina y fregaderos suelen estar grasientos y resbaladizos. Es preciso mantenerlos escrupulosamente limpios y bien conservados. La superficie del suelo en sí es muy importante. Los baldosines impregnados con un abrasivo y franjas o tacos

abrasivos se han utilizado con éxito en muchas cocinas de hoteles en los EEUU. En otras partes del hotel es también necesario precaverse contra los tropezones, especialmente en aquellas por donde puede pasar gente llevando bandejas, botellas, etc., sujetando las alfombras de las escaleras, manteniendo en buen estado las escaleras de servicio, sobre todo las que conducen a las bodegas de vinos y licores, donde una deficiente iluminación y una mala conservación puede dar lugar a serias lesiones por caídas.

Las quemaduras por hornillos calientes, ignición, salpicaduras y derrames de grasa caliente y las escaldaduras por vapor y líquidos hirvientes son un riesgo habitual de las cocinas. Pueden prevenirse mediante una adecuada planificación de las cocinas, con amplio espacio en las áreas de peligro, utilización de un equipo seguro, instrucciones sobre métodos de seguridad en el trabajo y comportamiento en el caso de ignición. La instalación de pilotos de gas y dispositivos de seguridad contra el apagado de la llama en los aparatos de gas evitarán los riesgos de explosión.

Los trabajadores domésticos y de servicios generales están particularmente expuestos a distensiones y esguinces producidos al levantar y transportar equipajes pesados y muebles, volver colchones, etc. Siempre que sea posible deben usarse carretillas de equipajes y vagonetas, e instruir al personal sobre las maneras de levantar y manejar objetos pesados.

El personal de limpieza de cuartos de baño y dormitorios está expuestos a graves cortes producidos por cuchillas de afeitar desechadas. Debe haber recipientes de desperdicios o papeleras, y acostumar al personal a no introducir las manos en ellos.

Riesgos contra la salud

Los barman y taberneros están especialmente expuestos al alcoholismo.

Los camareros, porteros, personal de recepción y otras personas obligada a permanecer largas horas de pie pueden verse afectados por enfermedades circulatorias y articulares.

Los materiales de limpieza, detergentes, etc., utilizados en la limpieza de las habitaciones o en fregaderos pueden causar enfermedades de la piel. Algunos trabajadores pueden ser alérgicos a ciertos alimentos y vegetales.

En los capítulos que restan vamos a estudiar algunos otros procesos que se pueden considerar como enfermedades profesionales de Hostelería:

- Enfermedades circulatorias de las extremidades inferiores como varices.
- Lesiones de la columna vertebral como lumbalgias de esfuerzo.
- Enfermedades de la piel como eczema de manos.
- Riesgo psicosocial.

Estos procesos pueden evitarse o al menos retrasar su aparición si se llevan a cabo las medidas preventivas adecuadas que vamos a revisar en los siguientes cuatro capítulos para poder proteger la salud de los trabajadores del sector de Hostelería.



El dolor de espalda en el profesional de hostelería

22

El dolor de espalda

El dolor de la región inferior de la espalda (a lo que llamamos coloquialmente “lumbago” y más académicamente “lumbalgia”) es uno de los malestares más comunes de la humanidad.

El mantenimiento de posturas forzadas y la manipulación manual de cargas son factores de riesgo frecuentes en el sector de Hostelería. Los trabajadores de recepción tienen la sensación de peligro por levantar o coger peso como es la carga de equipajes y por estar largos periodos de la jornada en posición de pie. Los trabajadores de limpieza de pisos opinan que su primer riesgo es la carga física ya que tienen que tirar carros, levantar colchones, etc. La primera causa de bajas por contingencias comunes en los trabajadores del sector de Hostelería corresponde a enfermedades que asientan en el aparato locomotor como es la columna vertebral.

No hay una solución simple para el dolor de espalda. Aunque el médico puede orientar para lograr la recuperación, una espalda sana y sin dolor casi siempre depende del propietario de la espalda, en este caso el trabajador de Hostelería, tratando de mejorar la postura y aprendiendo maneras de prevenir la tensión de la espalda durante su actividad diaria (coger pesos, hacer las camas, planchar, hacer limpiezas, transportar cargas, etc.) Al mantener fuertes y flexibles los músculos que rodean la columna vertebral, éstos harán que las tres curvaturas naturales de la espalda se conserven adecuadamente.

La mayoría de las causas del malestar de la región lumbar no son graves. Se deben a lesiones leves, a sobreesfuerzos o al envejecimiento natural. Cuando por desgracia la espalda ha trabajado demasiado se puede simplemente parar y descansar. Si ignoramos las señales de advertencia de dolor en la región lumbar y no cuidamos adecuadamente la espalda, los dolores pueden hacerse crónicos.

Espalda sana / espalda dolorosa

Una espalda sana es fuerte, flexible y sin dolor. Sus principales funciones son sostener la parte superior del cuerpo, proteger la médula espinal, permitir flexibilidad y proporcionar un punto de fijación de los músculos y ligamentos.

La región inferior de la espalda (la zona lumbar) se compone de 5 vértebras con sus respectivos discos, raíces nerviosas, músculos y ligamentos. Las vértebras y los discos de la región lumbar soportan el mayor peso y son los más grandes. Una columna sana está debidamente alineada, con sus tres curvaturas naturales en posición normal y equilibrada, sostenida por músculos fuertes en la espalda, las caderas y el abdomen.

Los dolores comienzan cuando las terminaciones nerviosas reciben estímulos anormales. El cerebro, la compleja computadora que clasifica todos los impulsos, interpreta los estímulos como dolor. Como reacción al dolor, los músculos de la espalda a menudo tratan de protegerla y se produce un espasmo para mantener el área inmovilizada. El espasmo, si es prolongado, puede causar dolor.

Puesto que los huesos, discos intervertebrales, ligamentos y músculos de la espalda tienen muchas terminaciones nerviosas, hay varias condiciones, a veces correlacionadas, que producen dolor. Además de las causas físicas comunes, la tensión, el cansancio y las ansiedades de la vida diaria pueden aumentar mucho el lumbago.

Causas del dolor de espalda

LA MALA POSTURA, LA FALTA DE EJERCICIO REGULAR Y LA OBESIDAD pueden ser los peores enemigos de la espalda. La mayoría de los dolores lumbares se deben al uso incorrecto de la columna. La mala postura causa tensión y hace a la espalda más vulnerable a padecer lesiones. El aumento de la curvatura lumbar se debe a músculos abdominales débiles y flácidos (“barriga” o “panza”) que no protegen la espalda. Además el peso excesivo añade tensión.

LOS ESGUINCES DE LA ESPALDA ocurren cuando los músculos o los ligamentos se han distendido y deteriorado. Casi siempre se deben a actividades comunes ejecutadas incorrectamente, como agacharse, levantar objetos, pararse o sentarse. La lesión puede ocurrir también como resultado de un accidente automovilístico o al practicar un deporte. La formación de buenos hábitos con respecto a los movimientos de la espalda puede prevenir la mayoría de los esguinces de la misma, reduciéndose así el elevado coste socioeconómico y laboral que esta afectación implica.

LOS DISCOS ROTOS O DEGENERADOS (“DISCOS PINZADOS”) son una de las causas más frecuentes de dolor intenso e incapacidad física. El centro

semisólido del disco puede “herniarse” y presionar las terminaciones nerviosas (es cuando se produce la hernia discal). Este tipo de dolor se irradia a la parte posterior del muslo y de la pierna y se llama ciática. Si la presión o pinzamiento de los nervios espinales continúa, puede ocurrir una lesión nerviosa real y causar entumecimiento o debilidad en los músculos de la pierna.

LA ARTROSIS DEBIDA AL DESGASTE (ESPONDILOSIS) es parte del proceso de envejecimiento. La artrosis afecta a los discos y los huesos de la espalda con diferente intensidad, reduce el grosor de los discos y puede causar puntas o “picos” en las vértebras, lo que produce dolor. El uso correcto de la espalda y la buena postura pueden reducir considerablemente la artrosis relacionada con el envejecimiento.

LA TENSIÓN Y LOS PROBLEMAS EMOCIONALES de la vida diaria tienen mucho que ver con el dolor de espalda. Las preocupaciones por motivos económicos o familiares y el cansancio pueden causar un espasmo en la espalda.

¿Cómo prevenir los dolores de espalda?

AL LEVANTAR PESOS

No se debe agachar con las piernas rectas ni torcer la espalda mientras levanta objetos. Evite levantar objetos sobre el nivel de los hombros. Estas posiciones pueden causar lesiones. Para levantar los pesos adecuadamente, es preciso que doble las rodillas, no la espalda. Levántese con las piernas y sostenga los objetos junto al cuerpo. Levante los objetos sólo hasta la altura de su pecho. Si fuera necesario, súbese a un taburete. Cuando la carga es pesada consiga ayuda y haga planes para evitar cambios de peso repentinos. Siempre mantenga firme los pies.

AL ESTAR DE PIE, AL CAMINAR

No permanezca de pie en una sola posición por demasiado tiempo. No se agache con las piernas rectas, ni camine con mala postura. No use zapatos de tacón alto cuando esté de pie por largo tiempo ni cuando camine mucho. Párese con un pie más arriba que el otro y cambien de posición a menudo. Doble las rodillas y mantenga las curvaturas de la espalda en su alineamiento normal y equilibrado. Camine en buena postura, con la cabeza erguida, el mentón contraído, los dedos de los pies rectos. Use zapatos cómodos, de tacones bajos.

AL CONDUCIR

Cuando conduzca, no se siente muy lejos del volante. Estirarse para alcanzar el volante y los pedales aumenta la curvatura de la región inferior de la espalda y la tensión. Adelante el asiento del automóvil para mantener las rodillas en línea

con las caderas. Siéntese derecho, tome el volante con las dos manos. Como soporte de la región inferior de la espalda use un apoyo lumbar o una toalla enrollada en la zona de la espalda.

AL SENTARSE

No se deje caer pesadamente sobre el asiento. No se siente en una silla demasiado alta o que esté excesivamente retirada de su trabajo. Evite inclinarse hacia delante y arquear la espalda. Use sillas suficientemente bajas para apoyar los pies en el piso y tener las rodillas en línea con las caderas. Apóyese firmemente contra el respaldo de la silla. Proteja la región inferior de la espalda con un apoyo lumbar.

AL DORMIR

No duerma en un sofá ni sobre un colchón excesivamente blando, hundido y sin soporte, ni sobre almohadas. Padecerá de tensión de espalda sobre todo si duerme boca abajo. El dormir sobre un colchón firme es bueno para usted y para su espalda. Duerma de costado con las rodillas dobladas, o de espalda con una almohada debajo de las rodillas.

Algunos consejos más para conservar la espalda sana

- Evite siempre estar encorvado.
- Trate de evitar tensiones innecesarias en su espalda. Controle su peso y haga ejercicios regulares para desarrollar fuertes músculos de sostén.
- Levante pesos con las piernas, no con la espalda, poniéndose de cuclillas y doblando las rodillas. Sostenga los objetos lo más cerca posible del cuerpo. No se tuerza con los levante.
- Duerma de espalda o de costado sobre un colchón firme.
- No se agache sin doblar las rodillas, ni se vuelva o tuerza para levantar un objeto, aunque éste sea liviano. No levante ni cargue nada que no pueda cargar o levantar con facilidad.
- Al estar parado, ponga un pie sobre una caja o un taburete.
- No adopte una posición laxa cuando esté sentado o conduciendo.
- Consulte a su médico lo más pronto posible cuando tenga un dolor persistente de espalda.
- Consérvese físicamente apto y delgado. Haga ejercicios regularmente. Caminar es un buen ejercicio.

Las varices en las piernas del profesional de hostelería

23

¿Qué son las varices?

Las varices no son más que una dilatación de las venas superficiales o profundas, que pueden verse tras la piel, hinchada, azulada y con aspecto sinuoso. Por regla general, aparecen en las piernas y se acompañan de un ligero hinchazón del tobillo y de dolor o incluso eccema en la parte inferior de la pierna.

Si bien no suelen revestir gravedad, constituyen todo un problema para muchos hombres y mujeres. Aunque al principio se puede tratar de un simple trastorno estético, las varices son en ocasiones, un trastorno más serio de lo que a primera vista pudiera parecer.

El 20% de las personas adultas sufren trastornos relacionados con las varices. Afectan en mayor medida a individuos que, por su profesión o actividad, permanecen de pie y sin apenas andar durante muchas horas al día. Éste es el perfil de muchos de los trabajadores de Hostelería.

¿Cuáles son las causas y los síntomas de las varices?

Las varices aparecen como consecuencia de una subida de la presión sanguínea en las venas de las piernas y de una lesión o carencia de las válvulas de las venas. Pueden ser congénitas por lo que puede haber un factor hereditario.

Otras veces, las varices aparecen tras una trombosis venosa o como consecuencia de una lesión o debilitamiento de estas válvulas por un aumento de la presión de toda la circulación de retorno.

El síntoma más evidente es, sin duda, el aspecto de la vena afectada, de color azulado y trama irregular, pero un aviso muy común es también el pico e hinchazón de los tobillos en las últimas horas del día.



¿Qué hacer para prevenir estos trastornos?

El tratamiento más utilizado son las medias elásticas de compresión decreciente (máxima en tobillos y mínima en los muslos) que evitan la acumulación de sangre en las piernas y favorecen su circulación hacia arriba. Se ponen al levantarse de la cama, momento en que las piernas están menos inflamadas. Si se quitan a lo largo del día, conviene tenderse durante unos minutos antes de volver a ponérselas e incluso esperar al día siguiente si no baja el hinchazón.

A veces reconforta dormir con los pies ligeramente elevados, ya que eso ayuda a que se deshinchén por completo durante la noche. Esto puede lograrse fácilmente colocando una almohada a los pies bajo el colchón.

Una regla básica para las personas que sufren este mal es evitar permanecer de pie y sin andar durante mucho tiempo y, a ser posible, elevar las piernas unos minutos cada dos horas. Caminar tranquilamente es siempre saludable. Tampoco es conveniente estar sentado mucho tiempo sin dar cortos paseos.

Hay que procurar que las venas no estén oprimidas en ninguna parte de su recorrido, lo que supone prescindir de fajas (por la presión que ejercen en el abdomen), ligas y medias o calcetines con gomas.

Si padece varices, no debe hacer lo siguiente:

- Estar mucho tiempo de pie o sentado, sobre todo con las piernas cruzadas.
- Permanecer en ambientes demasiado caldeados, con aire caliente y húmedo.
- Estar mucho tiempo al sol, sin moverse.
- Tomar baños demasiado calientes.
- Llevar vestidos, cinturones o ligas demasiado prietas.
- Transportar cargas pesadas.
- Usar calzado estrecho puntiagudo o con tacón alto y botas muy ajustadas.
- Comer en exceso, consumir demasiadas grasas, dulces, pan blanco y alimentos muy salados.
- Deberá evitar ingerir alcohol, café y té.

Si padece varices, se aconseja que haga lo siguiente:

- Pasear y hacer deporte con frecuencia y al aire libre.
- Subir las escaleras a pie, tan a menudo como le sea posible, en lugar de tomar el ascensor.
- Utilizar calzado confortable y sólido, preferiblemente de tacón bajo, que asegure un buen apoyo.
- Andar descalzo.
- Dar largos paseos por la playa y terreno del mar en horas de marea baja.
- Montar en bicicleta y, sobre todo nadar.
- Dar preferencia a una alimentación baja en calorías y rica en fibra. Bastantes legumbres frescas, pescados, frutas, yogur, leche descremada, pan integral.
- Cuando esté sentado, deberá colocar las piernas en alto siempre que sea posible. Cuando esté acostado deberá colocar las piernas a un nivel más elevado que la cabeza.

Dermatitis en las manos del profesional de hostelería

24

Introducción

Los cocineros, comparados con otras ocupaciones, tienen un riesgo elevado de desarrollar problemas dermatológicos. Este riesgo se asocia con el uso de productos químicos, con el calor, con el contacto frecuente con el agua y con la manipulación de especies y alimentos que pueden actuar como irritantes o sensibilizantes.

Los eccemas alérgicos de las manos supone la segunda causa en importancia de las enfermedades profesionales. La dermatitis irritativa de las manos son reacciones no alérgicas frente a distintas sustancias como ácidos, álcalis, jabones, detergentes, etc. Cualquier persona puede presentar una dermatitis de este tipo si se expone a determinadas sustancias durante un tiempo suficiente. Pero hay ciertas profesiones especialmente abocadas a padecerlas entre las que están los camareros y cocineros, así como los panaderos y los reposteros.

¿Qué es una dermatitis en manos?

Como el propio título de este capítulo lo indica, este tipo de dermatitis se localiza más frecuentemente en las manos ya que soportan la mayor parte de las agresiones.

Esta dermatitis se caracteriza por un enrojecimiento brillante en las palmas de las manos acompañándose de un intenso picor, sequedad y posterior formación de fisuras en los pulpejos de los dedos y palmas que producen dolor y, en casos graves, imposibilidad de trabajar.



Si padece este proceso deberá seguir los siguientes consejos:

- Suprimir el contacto con productos irritantes como jabones, detergentes, lejías, amoníaco, verduras, hortalizas, etc.
- Evitar mojarse las manos con frecuencia.
- Lubricar e hidratar la piel de las manos con cremas apropiadas.
- Deberá utilizar guantes finos de algodón 100% para realizar el trabajo y uno de goma encima cuando contacte con el agua u otros líquidos.
- No pele ni exprima directamente las naranjas, los limones, las patatas o cualquier producto hortícola.
- Una medida muy importante es la de un lavado de manos cuidadoso. Para ello, deberá seguir la siguiente pauta: Emplee agua templada, utilizando un jabón suave sin alquitrán, azufre o perfumes; el jabón se empleará en poca cantidad, aclarándose abundantemente bajo el chorro del grifo; es importante secarse bien con una toalla limpia y sin frotar demasiado. Deberá recordar el limpiar y secar bien los espacios entre los dedos.
- Antes del lavado deberá quitar los anillo o pulseras, las cuales no debieran utilizarse durante el trabajo y deben lavarse frecuentemente porque son lugares donde quedan residuos de sustancias que puede provocar lesiones en la piel.
- Por último, es importante recordar que la higiene general del ambiente laboral y la particular de cada individuo constituye con mucho la medida preventiva más eficaz para evitar las dermatitis de contacto profesionales.



El estrés en el profesional de hostelería

25

Introducción

En el caso de los profesionales de la hostelería, varios estudios avalan que estos profesionales tienen una mayor exposición al estrés laboral, a consecuencia del tipo de tareas que tienen que desempeñar y de atender directamente a las personas, con más incidencia en cocineros en general, ayudantes de cocina, camareros en general y recepcionistas de hotel.

Será muy importante identificar los factores precipitantes del estrés (estresores) con el fin de prevenir y/o reducir el estrés que puede provocarle su actividad laboral.

Tanto el personal como la propia organización sufren las consecuencias y por esta razón para una mayor efectividad en el desarrollo de un clima laboral saludable, es necesario el afrontamiento a ambos niveles.

En este capítulo esbozaremos algunas técnicas y estrategias de afrontamiento que se puede desarrollar y que requieren de entrenamiento continuo para conseguir la mayor eficacia posible en su aplicación ante la situación estresante y de esta manera, con el tiempo, se desarrollarán de forma más automática.

¿Qué se entiende por estrés laboral?

El estrés laboral es un riesgo psicosocial que se define como el resultado de una relación de desajuste entre las exigencias o demandas derivadas del trabajo y la capacidad de los trabajadores de dar respuesta a tales demandas en un determinado ambiente ocupacional, teniendo en cuenta la relevancia de la percepción subjetiva de cada persona.

¿Cuáles son los factores precipitantes del estrés en el profesional de hostelería?

Los factores precipitantes del estrés se denominan también estresores. Los principales estresores en este ámbito laboral de Hostelería derivan:

- Del *ambiente físico* como se puede dar en los puestos de trabajo vinculados a la cocina: *el ruido* y las *altas temperaturas*.
- Del *contenido de la tarea* como puede ser la *sobrecarga de trabajo*, *dificultad de controlar la tarea*, *la carga mental* con más incidencia en puestos relacionados con el cobro o al control de pedidos, entre otros.
- De la *organización de la empresa* como puede ser el *conflicto de rol*, *la ambigüedad de rol*, *la comunicación*, *las relaciones interpersonales*, *la formación*, *la inestabilidad en el empleo* sobre todo en fechas señaladas, *la jornada de trabajo excesiva*, *el trabajo a turnos*, así como *la nocturnidad*.

¿Qué consecuencias puede tener el estrés?

Las diversas fuentes de estrés mencionadas en el apartado anterior, tienen consecuencias que afectan tanto al trabajador en lo referente a su vida laboral, a las relaciones entre compañeros, extrapolándose a los demás ámbitos de su vida privada y su salud.

También afectan a la propia organización, destacando el absentismo, la pérdida de efectividad y productividad, aumento de accidentes e incidentes, deterioro del clima laboral, etc.

¿Cómo podremos afrontar el estrés laboral?

Es importante responder a dicho estrés de una manera adecuada, existiendo tres formas básicas de responder: resistirlo, evitarlo o afrontarlo. Obviamente, la manera saludable de responder es el afrontamiento.

Respecto al afrontamiento, hay diversas técnicas psicológicas y estrategias que permiten la reducción del estrés y las cuales, vamos pueden aplicar tanto al personal como a la organización del sector de hostelería, dado que están directamente relacionados.

Las técnicas y estrategias de afrontamiento se dividen de la siguiente manera según el nivel de actuación:

A NIVEL DEL PERSONAL (INDIVIDUALMENTE)

1.- Técnicas de relajación para aprender a relajarse y desconectar, destacando las más prácticas:

Relajación progresiva: Enseñan a la persona a manejar su propio nivel de activación a través de la modificación inducida de condiciones fisiológicas como la tensión-distensión de los diferentes músculos, y a la vez aumenta las defensas contra el estrés. Las pautas a seguir son las siguientes:

1. Cierre ambos puños, tensando los bíceps y los antebrazos como si estuviera sacando bola. Relájese, dejando caer los brazos lentamente.
2. Arrugue la frente. Al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás tanto como pueda y gírela dibujando un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario. Después arrugue los músculos de la cara: frunza el entrecejo, cierre los ojos fuertemente, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese volviendo a una posición confortable.
3. Separe los hombros arqueando la espalda hacia atrás. Mantenga esa posición. Relájese. A continuación, haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostenga la respiración. Relájese.
4. Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las espinillas. Manténgase así. Relájese. Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos y las nalgas. Relájese.
5. Repita cada proceso por lo menos una vez, tensando cada grupo muscular de cinco a siete segundos y relajándolo después de veinte a treinta segundos. Observe la diferencia entre la tensión y relajación.

Visualizaciones: En el mismo puesto de trabajo puede hacerse uso de otra técnica más sencilla y práctica como son las visualizaciones, es decir, relajar la mente mediante el uso de la creación de una imagen cualquiera que resulte agradable a través de los cinco sentidos.

Por ejemplo:

“Imagine que está en un bosque, observe los árboles, escuche el cantar de los pájaros, le relaja...sienta el olor de los eucaliptos, le resulta agradable esa sensación y le relaja..., sienta la hierba fresca en sus pies descalzos, le gusta esa sensación, le relaja...”.

2.- Técnicas de respiración para aprender a respirar de forma adecuada:

La hiperventilación es un síntoma que contribuye a elevar los niveles de estrés y la cual genera una respiración insuficiente, por consiguiente, la respiración diafragmática, es una técnica para reajustar la respiración y hacerlo de una forma más completa y pausada. Consiste en utilizar el diafragma en vez de los músculos del tórax para mover el aire que entra y sale de nuestro cuerpo.

Las pautas a seguir son las siguientes:

1. Ponga una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para asegurarse de que lleva el aire a la parte inferior de los pulmones, sin mover el pecho.
2. Al tomar el aire por la nariz, lentamente, llévelo hacia abajo, hinchando un poco el estómago, sin mover el pecho.
3. Retiene un instante el aire en esa posición.
4. Expulse el aire por la nariz, lentamente, hundiendo un poco el estómago, sin mover el pecho.
5. Practique varias veces al día, (al menos dos sesiones, de diez minutos cada una) durante un par de semanas para facilitar su uso de forma más automática en el momento determinado.

3.- Técnicas cognitivas para evitar pensamientos negativos:

Antes de describir la técnica a aplicar (inoculación del estrés) es relevante indicar los pensamientos distorsionados que pueden derivarse en una situación estresante y los cuales no permitirían valorar la realidad de una forma clara y adoptar así la solución más adecuada. Algunos de ellos son: Sacar una conclusión sin pruebas suficientes. Prestar atención especial a aquellos hechos que corroboren el pensamiento negativo. Minimizar los propios logros o cualidades y maximizar los errores. Sacar conclusiones generales a partir de un hecho en particular. Responsabilizarse de toda la situación atribuyéndose el papel de único culpable cuando las cosas no funcionan adecuadamente. Pensar en términos absolutos de todo o nada.

La manera de combatir dichos pensamientos es tomar conciencia de los mismos y cuestionarlos para obtener así un pensamiento más racional y objetivo.

La *inoculación del estrés* es una técnica que combina la relajación, la respiración diafragmática, anteriormente desarrolladas y frases de afrontamiento que se dirige a usted mismo para ayudarlo a pensar, sentir y actuar de la forma más deseada., en el momento estresante. Centrándonos en dichas frases, que cada

persona puede personalizar creando otras nuevas, se pueden diferenciar en las siguientes fases:

1. Preparación: “Ya he hecho esto bien otra veces”, “Lo superaré y estaré bien”, “Sé que puedo hacer cada una de estas cosas”...
2. Confrontación de la situación estresante: “Puedes hacerlo, lo estoy haciendo”, “A la mínima tensión que sienta, tengo que aplicar mis ejercicios de afrontamiento”, “Puedo pedir ayuda si lo necesito”, “Si no pienso en el miedo, no lo sentiré”, “No hay nada malo en cometer errores”...
3. Afrontamiento del miedo: “Respira profundamente”, “Presta atención ahora a lo que tienes entre manos”, “Puedo mantener este asunto dentro de unos límites que yo puedo controlar”...
4. Reforzamiento del éxito: “¡Lo conseguí!”, “Puedo relajar la tensión”, “La próxima vez no tendré que preocuparme tanto”...

4.- Técnicas de mejora en habilidades sociales para mejorar la comunicación:

1. Uso de expresiones asertivas, es decir, frases que expresen lo que pensamos, sentimos de una forma adecuada, respetando y sin dañar a la persona a la que nos dirigimos. Algunas de ellas podrían ser: “No he terminado de hablar y quisiera hacerlo”, “Por favor, no insistas, te he dicho que no puedo”, “Discúlpame, le pediría que no me grite, yo no lo estoy haciendo”, “Entiendo su queja, veré lo que puedo hacer”, “Disculpe las molestias”...
2. Busque un tono positivo en sus relaciones sociales dentro del ámbito laboral. Dedique algo de tiempo a hablar de cosas que te interesen o le diviertan y evite las conversaciones con un tono destructivo acerca del trabajo, que solo generará desgaste e irritación.
3. *Gestión del tiempo*: Dada las características del sector hostelero por el contenido de la tarea, como son las horas punta, demandas del cliente, entre otros, es difícil gestionar el tiempo, pero sería importante tener en cuenta, tiempos de descanso con intervalos de cinco o diez minutos a lo largo de la jornada laboral y priorizar o delegar en la medida de lo posible, ciertas tareas, que se tienen que valorar según el área de servicio.
4. *Hábitos saludables*: Cuide su dieta. A pesar del desajuste que genera los turnos, dedique el tiempo que necesitas a dormir y descansar. Haga ejercicio físico, le ayudara a liberar tensión, tanto física como mental. Evite el consumo de estimulantes, tabaco, alcohol, etc.

A NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN

- Evaluar el riesgo psicosocial para su identificación con el fin de prevenirlo o reducirlo, mediante cuestionarios, encuestas de calidad, reuniones con el personal...
- Realizar una acogida adecuada del trabajador e informarle sobre su rol y proporcionarle los recursos necesarios para el desempeño de su puesto.
- Diversificar las tareas y la rotación en las mismas, cuando sea posible, haciendo partícipes a los responsables o mandos intermedios y a los trabajadores.
- Reforzar positivamente la labor del personal.
- Regular y adecuar las demandas en lo referido a la carga de trabajo con la participación de los trabajadores.
- Mejorar la comunicación a todos los niveles
- Adecuar correctamente los espacios físicos, como por ejemplo en lo referente a los ruidos, altas temperaturas...

Algunos consejos prácticos para afrontar el estrés laboral

- Solicite ayuda o apoyo cuando lo requiera (por ejemplo, a un compañero o a su superior).
- Demande críticas constructivas sobre el desarrollo de su trabajo y sugerencias de mejora.
- Si tiene dudas sobre cuáles son sus responsabilidades y funciones, solicite una aclaración detallada.
- Fomentar desde la organización, espacios de reuniones con el personal, tanto a nivel general como específico de cada puesto, que permitan facilitar la expresión de quejas, posibles propuestas orientadas a la solución del problema de forma bidireccional, identificación y evaluación de precipitantes generadores de estrés.

Prevención de alergias alimentarias en hostelería*

26

Después del domicilio, las comidas que se realizan fuera de éste son la principal fuente de transgresiones dietéticas en las personas con alergia alimentaria. Las alergias alimentarias pueden afectar desde el 8% de los niños al 3% de los adultos, por lo que no es un proceso infrecuente.

Todos tenemos que quitar de nuestras cabezas la falsa idea que la alergia es un proceso banal que origina unas ronchas más o menos molestas para las personas que los sufren. Sin embargo, en muchos alérgicos a alimentos una equivocación puede suponer un riesgo muy grave o incluso mortal.

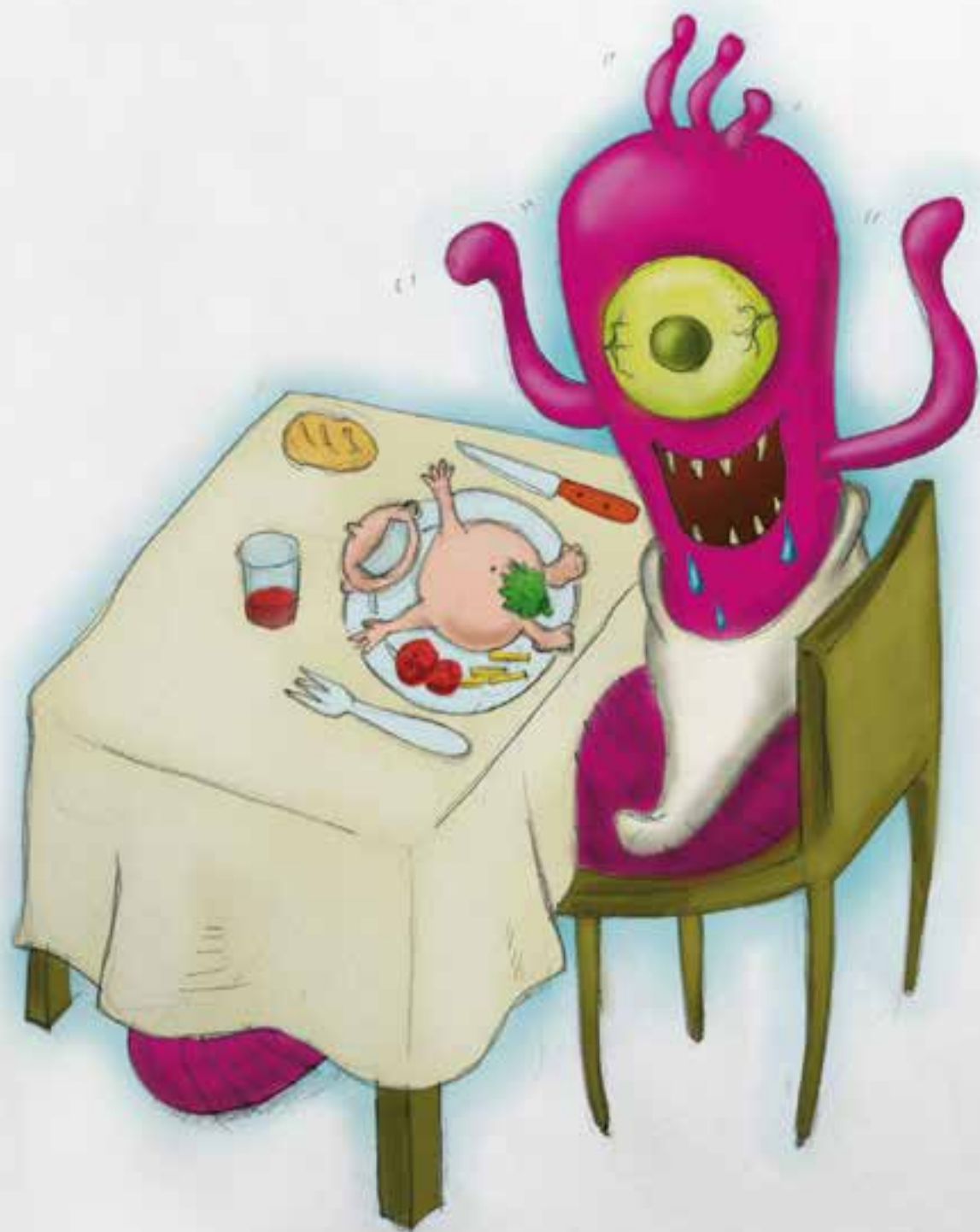
¿Es lo mismo una alergia que una intolerancia?

Claramente no, una intolerancia se produce por la dificultad para digerir ciertos principios alimenticios como ciertos azúcares, por ejemplo, la lactosa en los intolerantes a la misma y presente en la leche y productos lácteos, pero que se limita a producir síntomas digestivos como náuseas, dolor abdominal, diarrea, etc.

La alergia es una reacción inmunológica frente al alimento que puede producir desde un simple picor de boca hasta síntomas graves como el shock anafiláctico o incluso la muerte del paciente, por lo que su trascendencia es mucho mayor.

¿Cuáles son los síntomas de una reacción alérgica por alimentos?

Los síntomas pueden ser muy variados desde un simple picor en la boca, síntomas cutáneos como ronchas o hinchazones en diferentes partes del cuerpo, hasta síntomas más graves como tos, dificultad severa para respirar, dolor abdominal, vómitos, mareo incluso pérdida de conocimiento por shock grave.



¿Qué alimentos son susceptibles de producir una alergia alimentaria?

En principio cualquier alimento puede ser capaz de producir una reacción alérgica. Sin embargo, son varios los alimentos que más frecuentemente producen reacciones alérgicas y además en muchos de los casos con síntomas graves por lo que se ha establecido una normativa europea con un listado de alimentos de declaración obligatoria cuya presencia debe constar en el etiquetado de los alimentos. El listado debe incluir la presencia de los siguientes alimentos: Leche, Huevo, Soja, Pescados, Frutos secos, Crustáceos, Moluscos, Apio, Mostaza, Sésamo, Altramuz y Sulfitos.

Por ello en cualquier establecimiento de hostelería deberían tener puntualmente identificados todos estos alérgenos en los platos/alimentos que suministren. Se debe tener en cuenta no solo la posibilidad de que contengan dichos alimentos sino la posibilidad de contaminación cruzada por cocinar alimentos p. ej. con utensilios en los que se hayan cocinado previamente otros alimentos y que no hayan sido objeto de una limpieza intensa previa a cocinar otros alimentos.

En nuestro entorno, y en general en todo el Sur de Europa, la alergia alimentaria más frecuente en la población adulta es la alergia a frutas rosáceas (melocotón, cereza, ciruela, etc.), por lo que convendría tener identificados los platos que puedan contener este tipo de alimentos.

¿Cuál es la mejor forma de prevenir las reacciones alérgicas a alimentos?

Pese a tener identificados y disponibles para los clientes la lista de alérgenos, se debería preguntar a los clientes por la existencia de alergia alimentarias a cualquier alimento con el fin de evitar la ingesta de platos que los contengan. Igualmente es importante tratar de conocer la presencia de clientes con alergias graves que detecten trazas del alimento/s a los que son alérgicos. En este tipo de personas la presencia de mínimas cantidades del alimento puede desencadenar síntomas muy graves. En este tipo de situaciones convendría esmerar las labores de limpieza de los diferentes utensilios de la cocina (planchas, sartenes, menaje de cocina con los que se han manipulado previamente alimentos y no se han limpiado escrupulosamente, etc.), o bien desechar aceites, salsas, fumes, etc. en los que se han cocinado previamente otros alimentos, con el fin de evitar las contaminaciones de unos alimentos con otros a lo largo del proceso de su manipulación, cocinado, etc.

¿Y con el Anisakis?

Recordamos que el Anisakis es un parásito tanto del pescado como de los cefalópodos (calamar, pulpo, etc.) que puede originar reacciones alérgicas o parasitaciones en el aparato digestivo sólo cuando se ingiere vivo. La forma más segura de matar a este parásito es congelar tanto los pescados como los cefalópodos a -20° C durante al menos tres días de forma previa a su ingesta

o bien cocinar estos alimentos de forma que alcancen una temperatura de al menos 60° C en toda la pieza durante al menos 10 minutos. Por ello en los pescados que se sirven crudos, marinados o ahumados debería ser obligatorio la congelación previa para asegurar la muerte del parásito.

¿Cómo actuar ante una reacción alérgica alimentaria en un establecimiento de hostelería?

La mayor parte de las personas con alergia a alimentos suelen llevar consigo antihistamínicos y/o corticoides que pueden tomar por vía oral y que pueden controlar los síntomas leves. En caso de reacciones previas graves o en caso de alergias a ciertos alimentos (especialmente mariscos y frutos secos), las personas alérgicas suelen llevar consigo un dispositivo con adrenalina autoinyectable. Conserve usted la calma, dado que no se infrecuente que las personas alérgicas y su entorno, entren en una situación de pánico ante la posibilidad de una reacción grave y no recuerden las recomendaciones dadas. Recuerde a su cliente que siempre es preferible administrar la adrenalina lo antes posible, dado que el retraso en su administración es una de las causas más frecuentes de agravamiento de estas reacciones.

Si la reacción es grave y el paciente sufre mareo o pérdida de conocimiento la forma de actuación es similar a la recogida en capítulos previos (*ver capítulo 1*): tumbar al cliente, elevar sus piernas, posición lateral en caso de vómitos y llamar rápidamente al 112 explicando la situación.

¿Cómo se administra la adrenalina autoinyectable?

La adrenalina es el medicamento fundamental para tratar las reacciones graves. El retraso en su administración puede poner en riesgo la vida de la persona que sufre la reacción. Existen dos dispositivos de adrenalina autoinyectable en el mercado (Altellus® y Jext®) cuya forma de administración es similar. Brevemente hay que retirar la tapa de protección azul o amarilla de uno de los extremos del dispositivo, cójalo con la mano como si fuese un puñal, apóyelo en la zona externa de la mitad del muslo y, sin retirar la ropa, presione hasta oír un click manteniendo la presión durante 10 segundos.

Por último, tenga presente que la adrenalina es el medicamento de elección para el tratamiento de estas personas y cuanto antes se administre desde el inicio de la reacción mejor será la respuesta que de la persona afecta.

De cualquier modo, la mejor forma de prevenir reacciones alérgicas en la hostelería es disminuir los riesgos de la misma. Pregunte siempre a sus comensales sobre la existencia de cualquier tipo de alergia alimentaria. Tenga perfectamente identificados todos los componentes de todos los platos que sirva. Ante la menor duda sobre la posibilidad de contacto del plato que va a servir con otros alimentos durante su proceso de elaboración o cocinado desaconseje su consumo por parte de la persona que refiera la alergia alimentaria.

fig 1

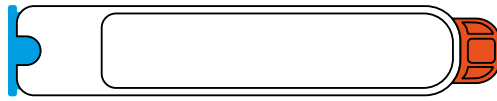


fig 2

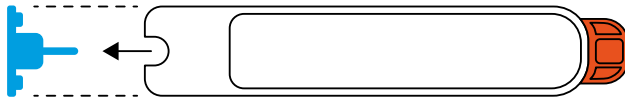
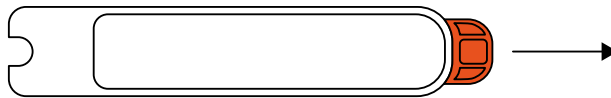
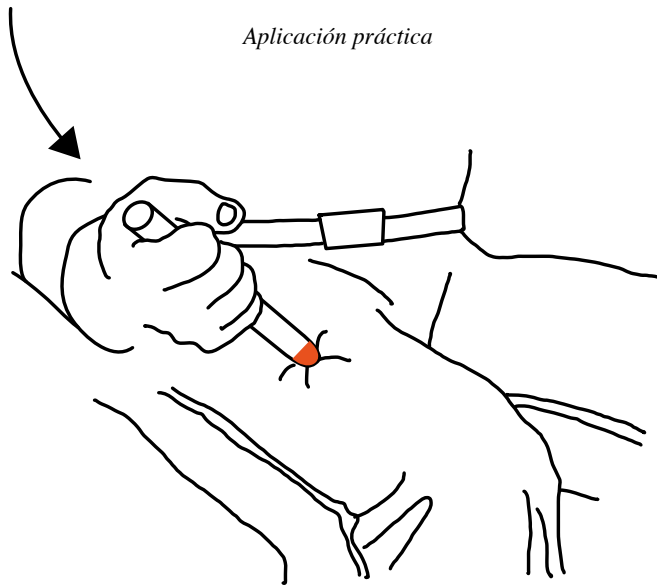


fig 3



Aplicación práctica



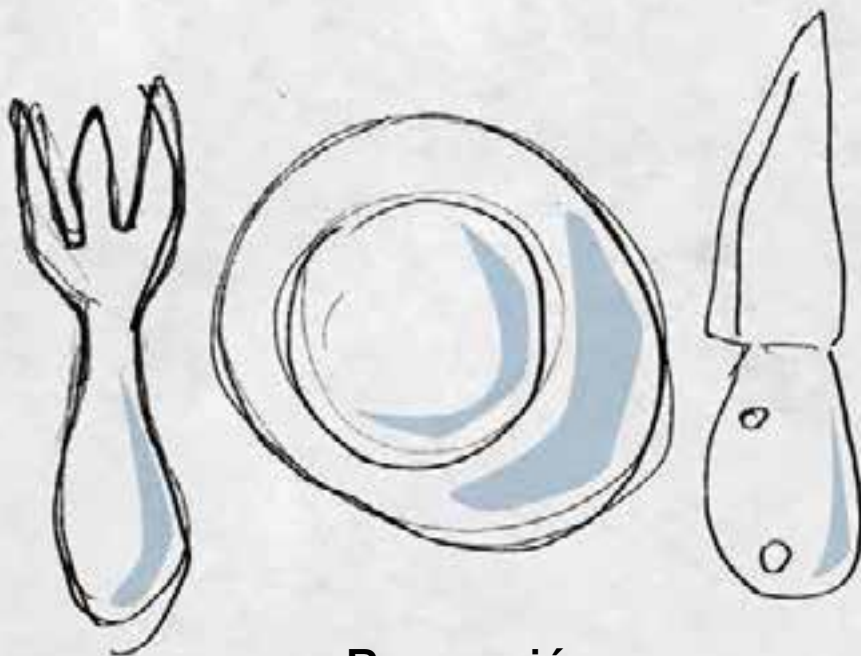
* Autor de "PREVENCIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS EN HOSTELERÍA":

Dr. Pedro Gamboa Setién

Presidente de la Sección
de Alergias de la ACMB

Bibliografía consultada:

- *Primeros Auxilios. Socorrismo.* Cruz Roja. 1986.
- *Manual de Primeros Auxilios.* Repsol Exploración. Dr. Valderrama. 1971.
- *Guía docente de Protección Civil.* Gobierno Vasco. 1993.
- *Manual de Primeros Auxilios.* Principado de Asturias. Dr. Braña, Dra. Abascal. 1988.
- *Manual de Primeros Auxilios dirigido a profesores de EGB.* Dr. Bátiz y Dr. Rodríguez. 1993.
- *Manual de Primeros Auxilios Offshore.* Dr. Bátiz, los DUE Luzárraga y Diez. Repsol Exploración, SA. 1992.
- *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Dr. Piédrola. Octava edición. 1989.
- *Curso de Primeros Auxilios.* Mutualia. 2006.
- *Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería.* Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2010.



Prevención y primeros auxilios en hostelería

Con la colaboración de:



Plan de actividades preventivas de la Seguridad Social

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN DE
LA SEGURIDAD SOCIAL



BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO



OSALAN
Laneko Segurtasun eta
Osasunerako Eusko Enakundea
Instituto Vasco de
Seguridad y Salud Laborales



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO