



ACADEMIA NACIONAL



GUÍA DE ENTRENAMIENTO N° 8
RCP Y CADENA DE
ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

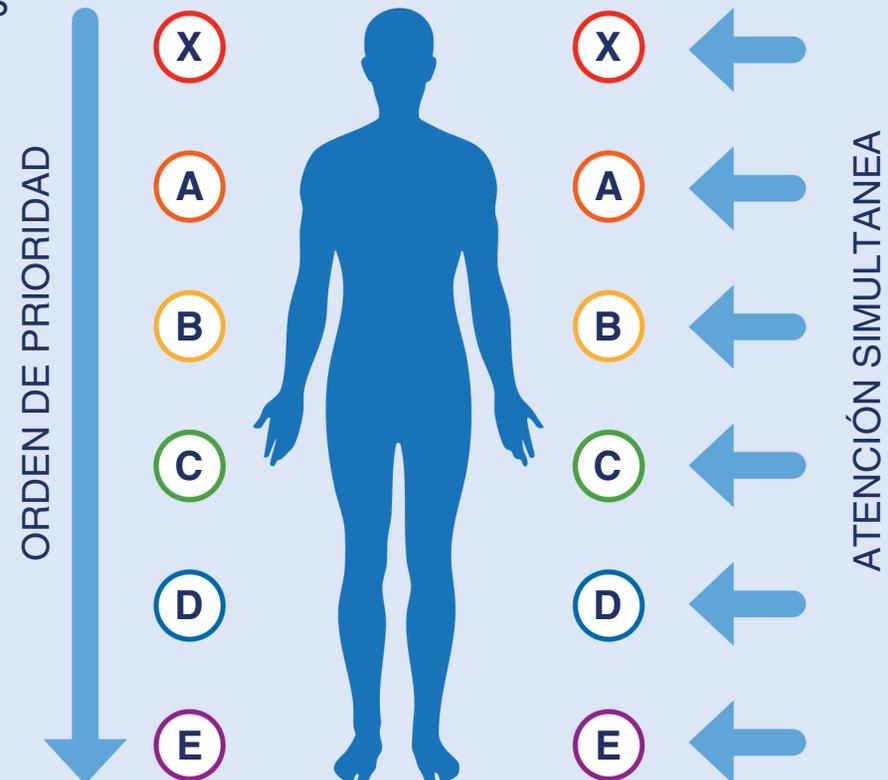
SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB)

Son medidas de atención inmediata y acciones de emergencia destinadas a preservar la vida de una persona. Estas incluyen el control de hemorragias, la desobstrucción de la vía aérea y la atención de paros cardiorrespiratorios. El Soporte Vital Básico (SVB) sigue una secuencia específica que puede recordarse mediante la nemotecnia **XABCDE**.

- X** HEMORRAGIAS EXANGUINANTES
- A** VÍA AÉREA
- B** VÍA RESPIRATORIA
- C** CIRCULACIÓN
- D** DÉFICIT NEUROLÓGICO
- E** EXPOSICIÓN

RECUERDA

Solo deben pasar **30 segundos** entre el tiempo en que reconoces los riesgos para la vida en la evaluación primaria y el inicio del soporte básico.



Es importante recalcar que Bomberos solo interviene para **evaluar a las víctimas** y **brindarles tratamiento temprano (soporte vital básico)**. Los **tratamientos invasivos (soporte vital avanzado)** deben ser realizados por personal de salud.

SOPORTE VITAL BÁSICO



Es un conjunto de maniobras de primeros auxilios que se realizan sin equipamiento especializado para mantener la vida de una persona en una emergencia. La evaluación y soporte temprano es crítica para mejorar probabilidad de sobrevivir de una víctima en riesgo vital.

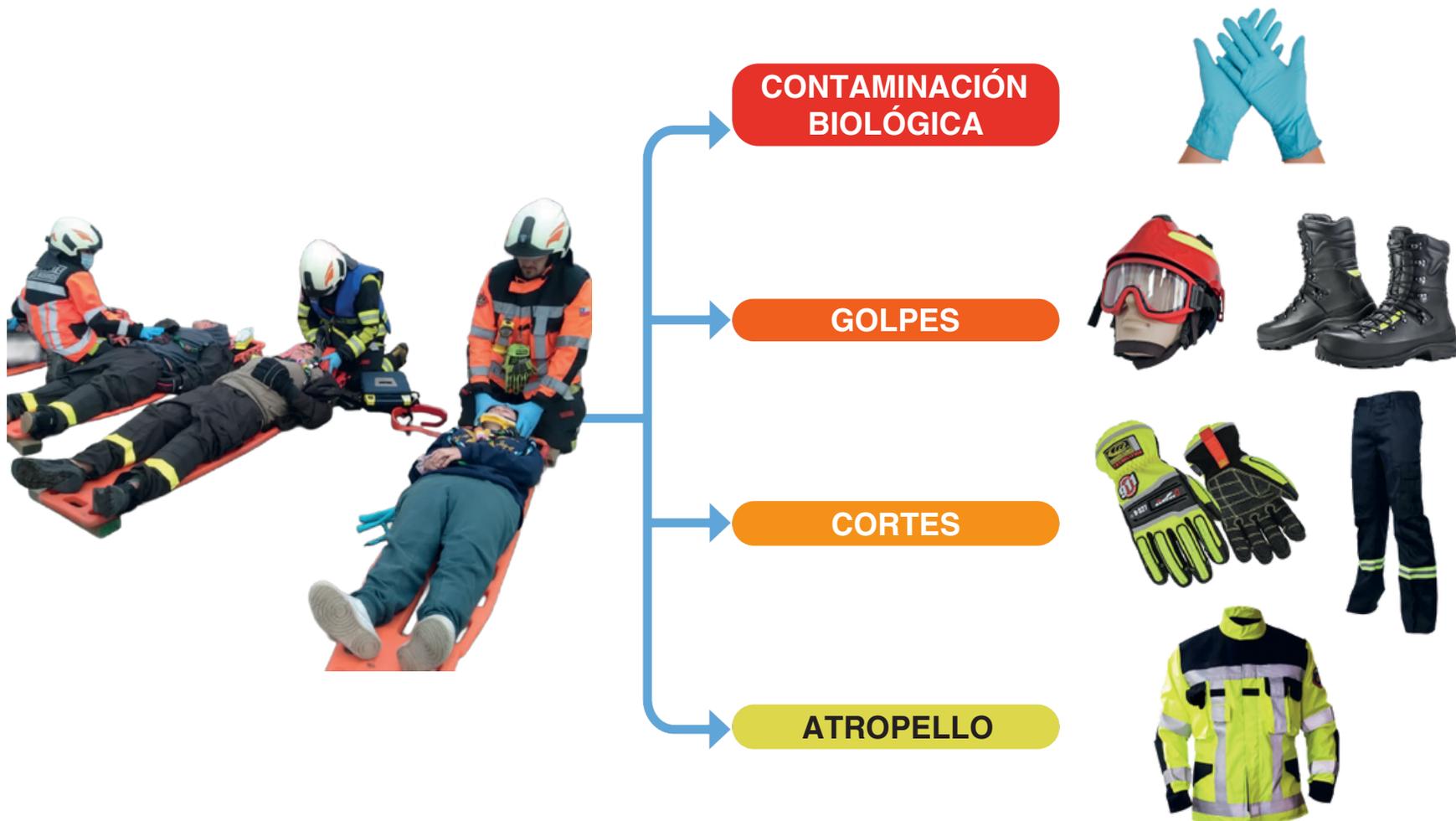
SOPORTE VITAL AVANZADO



Involucra procedimientos invasivos, que incluyen: medicación intravenosa, monitoreo cardíaco, administración de fluidos, dispositivos avanzados para manejo de la vía aérea, entre otros.

EPP PARA RESCATE Y SVB

En un rescate, es importante que el EPP entregue **protección biológica, mecánica y SVB** para evitar lesiones por cortes o golpes. También **es importante que el EPP sea de alta visibilidad** para evitar accidentes al momento de atender a un lesionado o lesionada.



PROTECCIÓN BIOLÓGICA

Los **guantes de procedimiento** son considerados como una **barrera biológica mínima** para todos quienes participan de una emergencia que involucre la **atención de personas lesionadas**, ya que el contacto con fluidos corporales propicia la contaminación por agentes biológicos que producen enfermedades tales como hepatitis B, VIH/SIDA, entre otros.

Existen en el mercado guantes de procedimiento de diferentes materiales:

GUANTES DE NITRILO



GUANTES DE VINILO



GUANTES DE LATEX

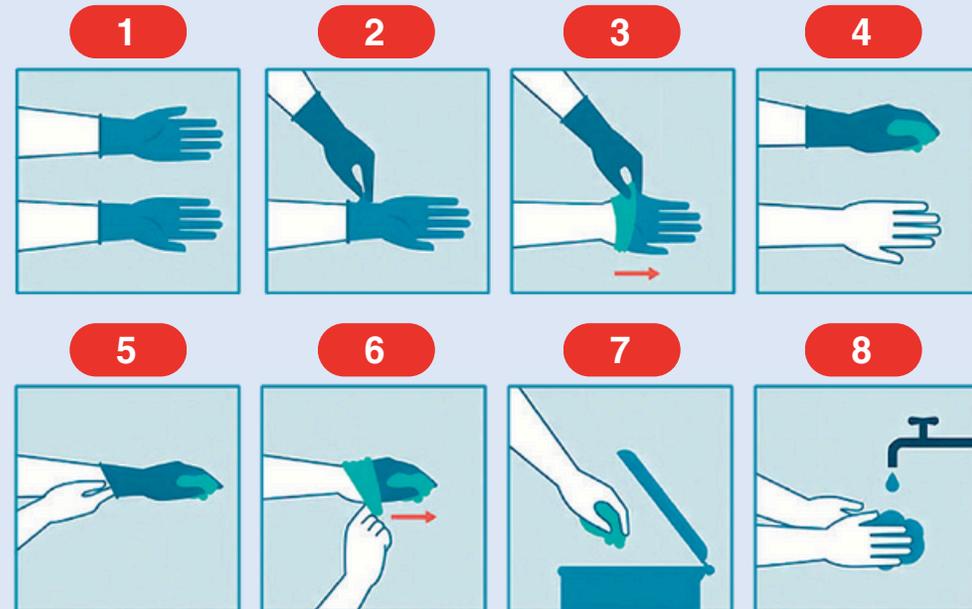


Los guantes de procedimiento se utilizan para tareas que no se consideran procedimientos quirúrgicos, como exámenes físicos y curaciones en entornos prehospitalarios. Los guantes quirúrgicos, en cambio, están hechos para procedimientos en hospitales y entornos controlados, por lo que son estériles.

HIGIENE POSTINCIDENTE

Es **importante cambiarse los guantes** de procedimiento en los siguientes casos:

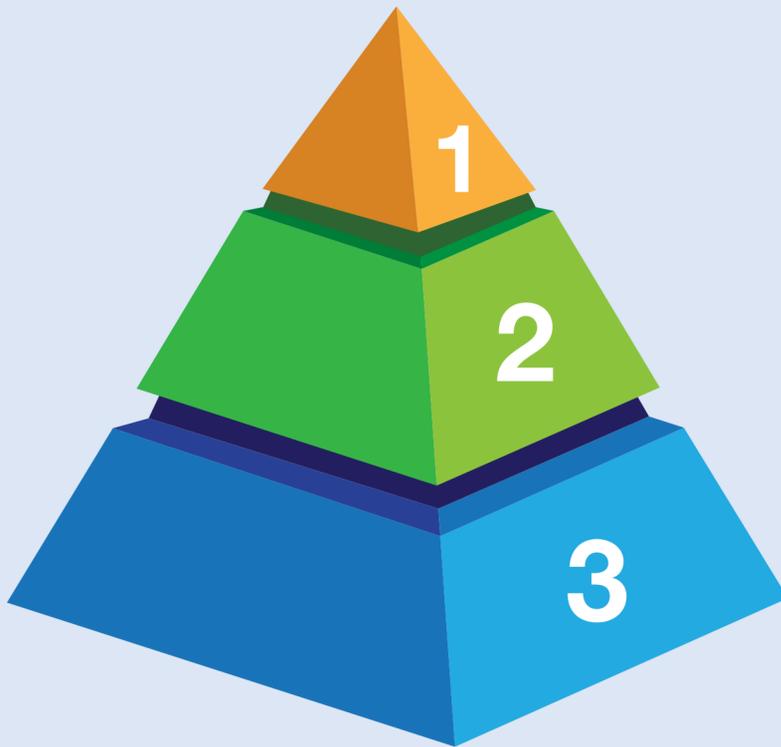
- **Cuando se termina de atender** a un paciente y se atiende a otro.
- **Cuando se inicie** una nueva labor.
- En casos de **sangramientos profusos**.
- Si los guantes en uso **se cortan o rompen**.
- **Siempre** que sea requerido.



Para esto es importante **quitarse los guantes de tal forma que no promueva la contaminación de fluidos o sangre**. Luego se deben botar en bolsas para desechos biológicos, y proceder con el **lavado de manos con jabón** sanitizante para una descontaminación completa.

CADENA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

Es una forma de ordenar las prioridades de bomberos en la respuesta a emergencias que involucren atención prehospitalaria.



EVALUACIÓN DE LA ESCENA

Páginas: 8 a 11.

Garantizar la **seguridad** de bomberos y víctimas.

EVALUACIÓN PRIMARIA

Páginas: 12 a 25.

Atención de víctimas en **riesgo vital**.

EVALUACIÓN SECUNDARIA

Páginas: 25 a 33.

Evitar complicaciones del estado de salud de la víctima.

EVALUACIÓN DE LA ESCENA: SEGURIDAD

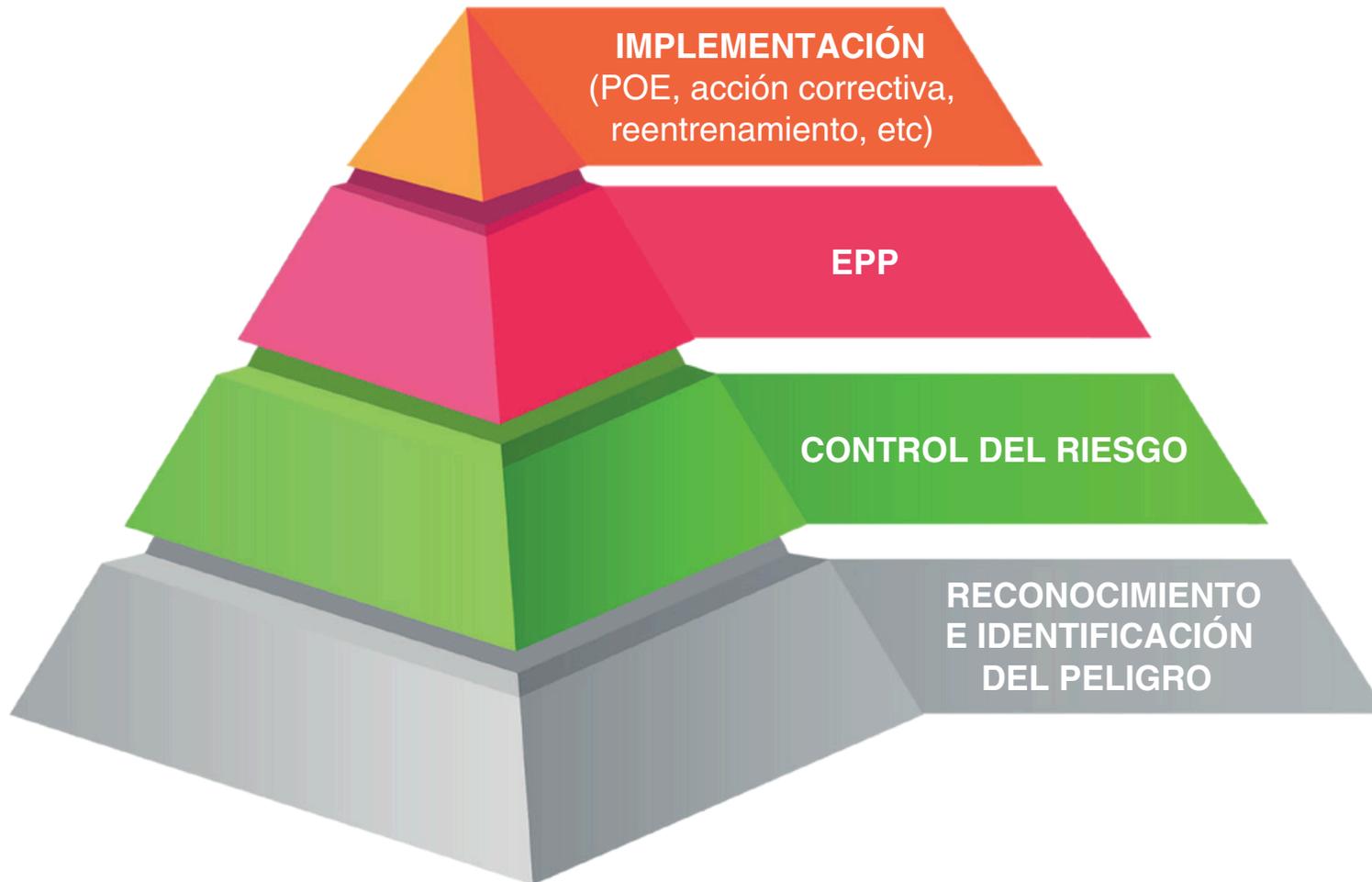
La primera etapa en una emergencia está enfocada en reconocer la situación y garantizar la seguridad de los respondedores.

Se debe comenzar **evaluando la escena en 360°** para :

- Identificar el número de víctimas.
- Identificar el mecanismo de lesión (qué lesionó a las víctimas).
- Hacerse una impresión general de las condiciones de seguridad.



EVALUACIÓN DE LA ESCENA: SEGURIDAD



Observa la escena en busca de peligros para ti y tu equipo, evaluando si se pueden controlar con la **pirámide de la gestión de riesgos**.

MECANISMO DE LESIÓN

Al observar la escena es importante entender la forma en que se lesionó la persona tomando en cuenta la **cinemática del trauma**.

Estar consiste en entender y analizar la escena completa permite determinar las posibles lesiones existentes, y así brindarle a la víctima una atención rápida y efectiva.

Los mecanismos de lesión pueden ser tres tipos:

TRAUMÁTICO



Lesiones a causa del intercambio de energía de un objeto con otro, que superan la capacidad de resistencia del cuerpo. Por ejemplo, un choque o una caída de altura.

MÉDICO



Lesiones o alteraciones generadas por descompensaciones médicas, asociadas generalmente a patologías. Por ejemplo, convulsiones por epilepsia.

MEDIOAMBIENTAL



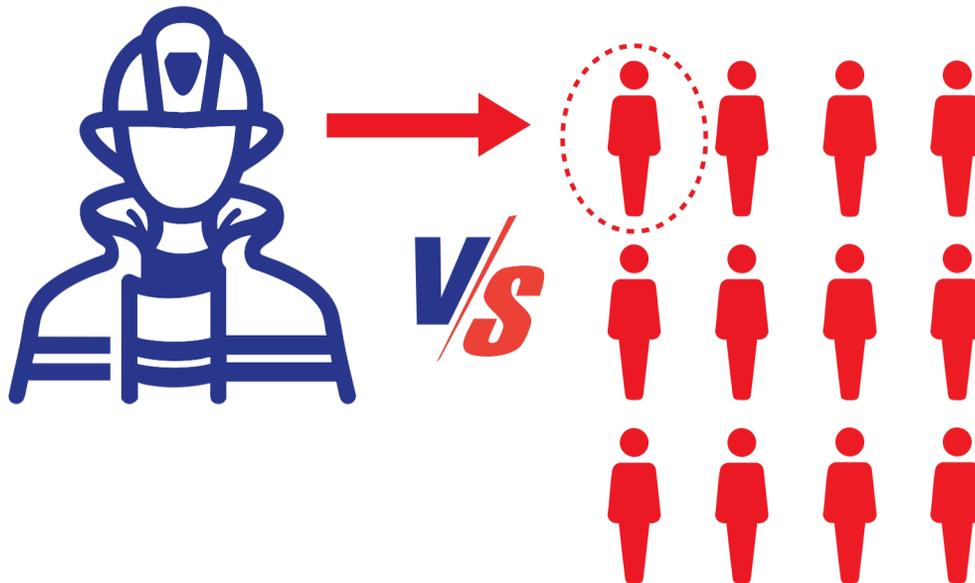
Alteraciones causadas por el entorno o ambiente, ya sean por causas climáticas o por la inhalación de gases tóxicos. Por ejemplo, exposición a gas sulfhídrico.

Nº DE VÍCTIMAS



Nº DE RESCATISTAS

Si al evaluar la escena, el número de víctimas supera al del personal de primera respuesta, se deberá pedir apoyo y realizar un triage primario.



El **triage** es una forma de clasificar a las víctimas de acuerdo a su gravedad; por lo tanto, permite priorizar la atención de víctimas que requieran ayuda inmediata, como, por ejemplo, las que presenten hemorragias exanguinantes.

VERDE : víctimas con lesiones menores y sin riesgo vital.

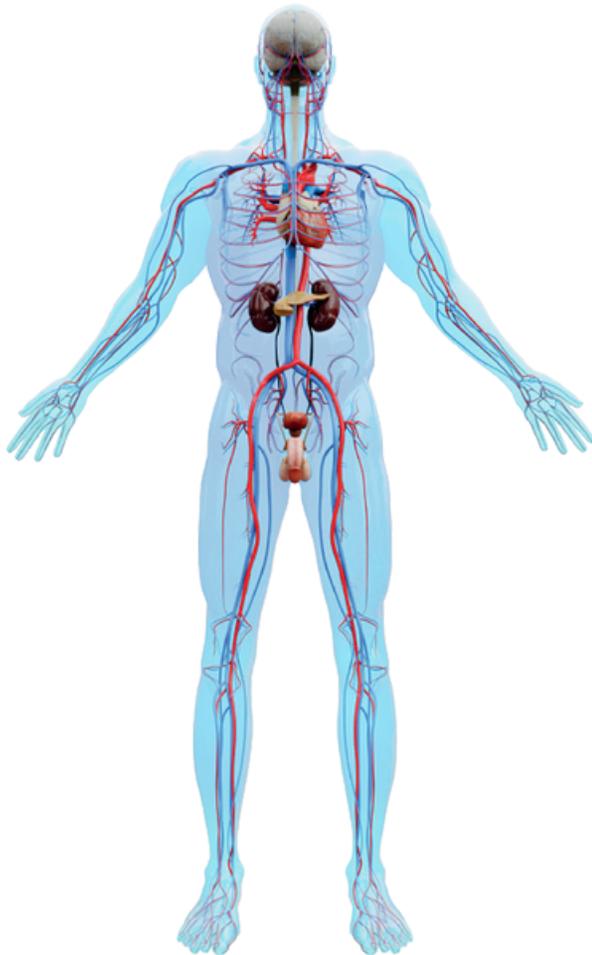
AMARILLO : la víctima puede presentar lesiones graves, pero no amenaza la vida inmediatamente.

ROJO : la víctima presenta lesiones críticas que amenazan la vida y que deben ser atendidas inmediatamente. Son la prioridad de atención.

NEGRO : víctimas fallecidas o con escasas probabilidades de sobrevivir, aún recibiendo la atención primaria adecuada.

EVALUACIÓN PRIMARIA: RIESGO VITAL

Una vez asegurada la escena, se debe evaluar a la víctima en busca de lesiones o alteraciones que puedan poner en riesgo la vida de la persona lesionada. Para ello, se sigue la nemotecnia **XABCDE**:



X

CONTROL DE HEMORRAGIAS
EXANGUINANTES

A

PERMEABILIZACIÓN DE LA VÍA AÉREA

B

EVALUACIÓN DE LA VENTILACIÓN

C

EVALUACIÓN DE LA CIRCULACIÓN
Y CONTROL DE HEMORRAGIAS NO
EXAGUINANTES

D

DÉFICIT NEUROLÓGICO

E

EXPOSICIÓN Y CONTROL DE
TEMPERATURA

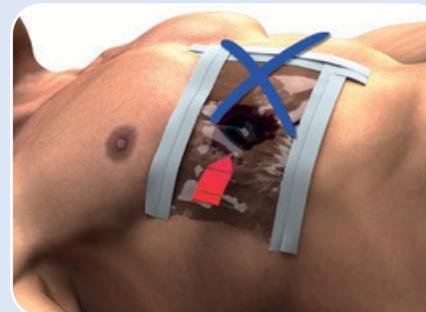
X: CONTROL DE HEMORRAGIAS EXANGUINANTES

La evaluación primaria comienza con la detección y control de **hemorragias exanguinantes**. Estos sangramientos masivos deben ser controlados de forma inmediata para asegurar la condiciones de la persona lesionada.

Para llevar a cabo su control, se debe **presionar de forma directa sobre la zona del sangramiento** y según la ubicación, empaquetar, aplicar un vendaje compresivo o colocar un torniquete.



En el caso de perforaciones y sangramientos en el toráx, se debe colocar un **parche de tres puntas** (también llamado parche torácico) con el fin de proteger la zona de inhalación de aire; es decir, permite la salida del aire, y al mismo tiempo no lo deja entrar. Idealmente se debe posicionar la abertura hacia abajo para que los fluidos puedan salir.



HEMORRAGIAS INTERNAS

En caso de **hemorragias internas y/o en presencia de signos de shock**, se debe oxigenar y definir el traslado como prioritario, entregando la información precisa en la evaluación primaria al personal de salud.

SIGNOS DE SHOCK

- Niveles de respuesta alterados.
- Piel pálida, fría y sudorosa.
- Pulso acelerado o muy débil.
- Ventilación acelerada.
- Vómitos o náuseas.
- Mareos o desmayos.
- Debilidad o fatiga.



El cuerpo de un adulto contiene aproximadamente entre 5 y 6 litros de sangre, pudiendo resistir la pérdida de hasta un tercio del total.



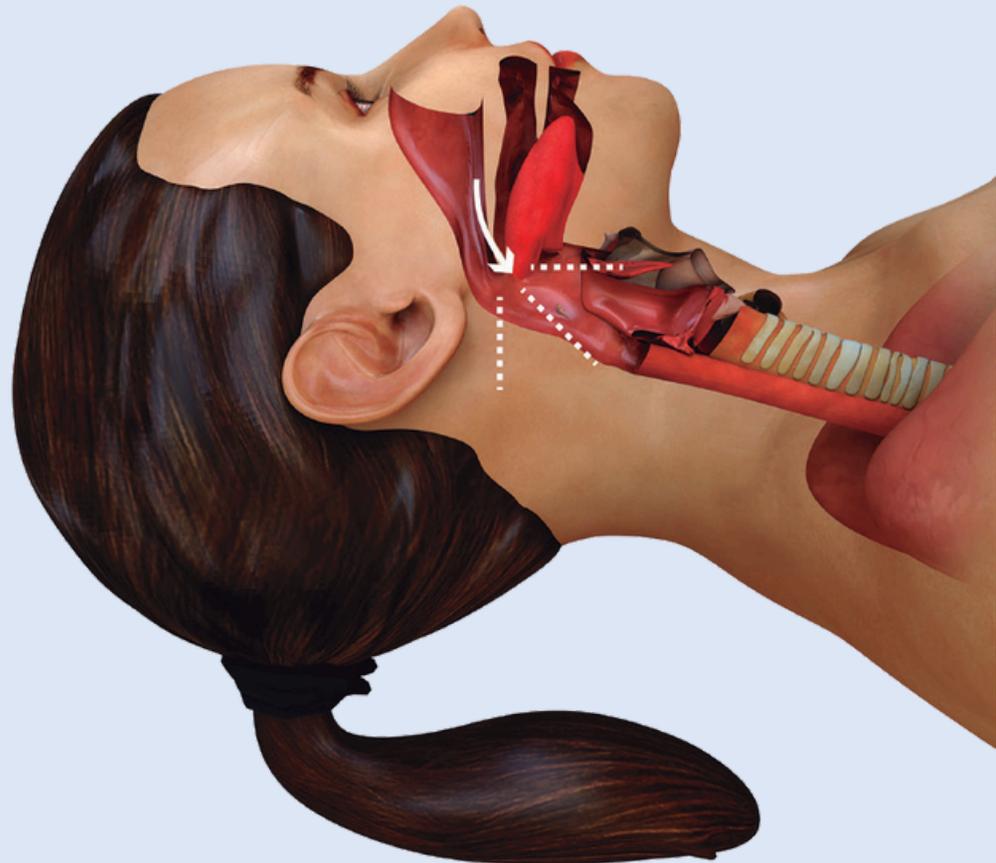
Ejemplo de evaluación primaria:

Solicito ambulancia para masculino, 45 años, responde a la voz, posible hemorragia interna.

A: VÍA AÉREA PERMEABLE

La vía aérea que se interviene directamente en la atención prehospitalaria comprende, nariz, boca, mandíbula, faringe y laringe.

Las lesiones traumáticas en el cuello y cabeza, así como las obstrucciones por cuerpos extraños, podrían comprometer la permeabilidad de la vía aérea, por lo cual el reconocimiento oportuno de la obstrucción de la vía aérea es prioritario para asegurar la sobrevivencia de una persona.



OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)

Un cuerpo extraño que obstaculiza el paso del aire por la vía aérea superior puede causar **una pérdida del conocimiento**, lo que a su vez puede derivar en un **paro cardiorrespiratorio**.

Además, una obstrucción de la vía aérea puede ser parcial o total:

OBSTRUCCIÓN PARCIAL



- El paso del aire no está del todo obstruido.
- La víctima puede toser y está consciente.
- Debe incentivarse la tos.
- Si la tos persiste, se escucha un silbido en la ventilación o la piel se pone azul, se debe tratar como una obstrucción total.

OBSTRUCCIÓN TOTAL



- No hay paso de aire por la vía aérea superior.
- La víctima no puede toser ni hablar y mostrará signos de desesperación, como llevarse las manos al cuello.
- Se debe expulsar el elemento que obstruye lo antes posible.

MANIOBRA DE HEIMLICH EN ADULTOS

Si se trata de una obstrucción por **OVACE**, se deben realizar compresiones abdominales conocidas como **maniobra de Heimlich**. Para ejecutarla, sigue estos pasos:

1

Sitúate por detrás de la víctima, abrázala colocando tu puño izquierdo con el pulgar apuntando hacia arriba en la parte alta de su abdomen, justo sobre el ombligo.

2

Cubre el puño con la mano derecha. Si eres zurdo/a, la mano izquierda es la que debe estar empuñada.

3

Comprime el abdomen 5 veces con un movimiento seco hacia adentro y hacia arriba. Repite el ciclo hasta que la víctima expulse el cuerpo extraño o caiga inconsciente y deba comenzar con la maniobra de RCP.



MANIOBRA EN EMBARAZADAS

Pasa tus manos por debajo de la axilas de la víctima, juntándolas justo debajo de su esternón. Comprime con fuerza hacia atrás hasta que el cuerpo extraño salga o la víctima pierde la consciencia.

Si la víctima pierde la consciencia, colócala en el suelo y continúa con la maniobra. Colócalas justo abajo del apéndice xifoides y haz compresiones firmes hacia adentro y hacia arriba, como en la maniobra inicial. Sigue hasta que el objeto salga y solicita ayuda.



MANIOBRA DE AUTORRESCATE

Ayudado por una mesa o silla, coloca el puño sobre el ombligo y presiona hacia adentro y hacia arriba con fuerza.



MANIOBRA EN LACTANTES

Colocar al bebé boca abajo y dar 5 golpes entre los omóplatos. Luego dar vuelta al bebé y realizar 5 compresiones al centro del pecho con los dedos índice y medio. Revisa la presencia del cuerpo extraño en la cavidad bucal.



MANIOBRA EN NIÑOS Y NIÑAS

Coloca un puño justo por encima del ombligo del niño/a con el pulgar hacia el abdomen. No presiones con tanta fuerza; evita elevar al niño del suelo.



B: VENTILACIÓN

Consiste en determinar si la respiración es espontánea, eficaz y suficiente para mantener un adecuado intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. Observar signos como el movimiento del tórax, la frecuencia y el tipo de respiración permite identificar alteraciones que podrían comprometer rápidamente la vida.

SIGNOS DE PROBLEMAS EN LA VENTILACIÓN

- La **víctima no está ventilando**.
- La frecuencia respiratoria es muy rápida, o muy lenta.
- Piel pálida, fría y sudorosa.
- Ruidos ventilatorios, como sibilancias, gorgoteo o ronquidos.
- El tórax se expande de forma asimétrica.
- Falta de aliento e imposibilidad para hablar.
- Tos excesiva.
- La persona refiere dificultad o dolor al ventilar.
- Alteración en los niveles de respuesta (escala AVDI).
- Persona en posición de trípode.
- Intoxicación por monóxido de carbono.
- Fracturas costales.



ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

Ante emergencias respiratorias, así como también ante rangos de frecuencia ventilatoria anormales, se recomienda administrar oxígeno al 100%. Esto quiere decir que el flujo del flujómetro debe ser cercano a los 15 lpm.

Los rangos de frecuencia respiratoria según edad son:

- **Adulto:** 12 a 20 ventilaciones/min.
- **Niños/as:** 15 a 30 ventilaciones/min.
- **Lactantes:** 25 a 50 ventilaciones/min.

FRECUENCIA VENTILATORIA

INTERVENCIÓN

ANORMAL
RÁPIDA
> 30

Asistir ventilación con bolsa de resucitación. Oxígeno al 100%.

RÁPIDA
20 a 30

Administrar oxígeno con máscara con reservorio. Oxígeno al 100%.

NORMAL
12 A 20

Observar. Considerar administrar oxígeno suplementari o. Oxígeno al 100%

LENTA
<10

Asistir ventilación con bolsa de resucitación. Oxígeno al 100%.

APNEA

Asistir ventilación con bolsa de resucitación. Oxígeno al 100%.



C: CIRCULACIÓN

Al momento de evaluar la perfusión, se debe realizar un examen físico en busca de signos de **shocky** compromisos circulatorios.

SIGNOS DE SHOCK

- **Pulso:** menos de 60 o más de 100 latidos por minuto.
- **Piel:** fría en el final de las extremidades, pálida y sudorosa.
- **Tiempo de llenado capilar:** si demora más de 4 segundos en volver el color luego de presionar el lecho ungueal (la piel debajo de la uña).



D: DÉFICIT NEUROLÓGICO

El estado neurológico de la víctimas e evalúa considerando el nivel de consciencia y la respuesta a estímulos; esto nos permite identificar posibles lesiones cerebrales o alteraciones en el sistema nervioso central. Una forma de recordar los métodos de evaluación es a través de las **nemotecnias AVDI** y **PIRRL**.

A : ALERTA

V : REACCIÓN A LA VOZ

D : REACCIÓN AL DOLOR

I : INCONSCIENTE / NO RESPONDE

El que una persona esté alerta implica que tiene consciencia de sí mismo, del tiempo, del lugar donde se encuentra y de la situación en general.

Para confirmar esto puedes hacer estas preguntas:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Qué día es hoy?
- ¿Dónde estamos?
- ¿Qué te pasó?



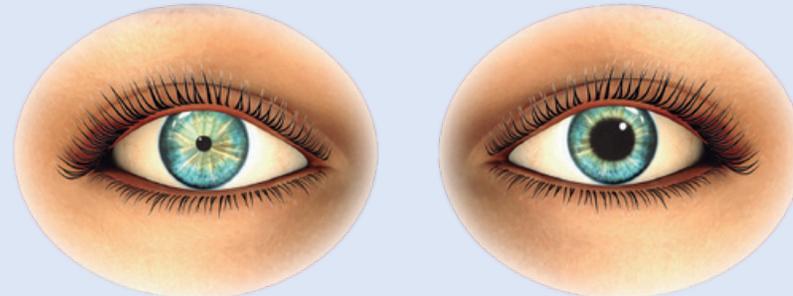
D: DÉFICIT NEUROLÓGICO

La **nemotecnia PIRRL** nos sirve para recordar como reaccionan normalmente las pupilas ante un examen con estímulo lumínico:

P : PUPILAS
I : IGUALES
R : REDONDA Y
P : REACTIVAS A LA
L : LUZ



PUPILAS IGUALES



PUPILAS DESIGUALES

Cuando las pupilas responden de forma asimétrica se denomina **anisocoria**, y en el contexto de una víctima con compromiso de consciencia esto puede significar que existe un aumento de la presión intracraneana.

E: EXPOSICIÓN

BÚSQUEDA DE LESIONES NO EXPUESTAS Y CONTROL DE TEMPERATURA

La exposición implica desvestir a la víctima en búsqueda de lesiones, deformaciones o aumentos de volumen en partes del cuerpo que podrían no haber sido examinadas.

Al mismo tiempo, debemos **evitar que la víctima pierda calor corporal**; para ello debemos retirar la ropa mojada, tapar con **mantas (ojalá aluminizadas)** ya asegurarnos de haber controlado las hemorragias.

Es importante que el aislamiento térmico sea completo; es decir, que proteja tanto la parte anterior como la parte posterior del cuerpo. Por ejemplo, para que la **espalda de la víctima no esté en contacto directo con el piso**, puede usarse una **tabla espinal**.



EVALUACIÓN SECUNDARIA

EVITAR COMPLICACIONES

Luego de controlar las condiciones de riesgo vital identificadas en la evaluación primaria, se hace una segunda evaluación llamada **evaluación secundaria**. Esta evaluación, más profunda que la primaria, es de cabeza a pies, e incluye tanto la exploración visual como la palpación de la víctima, la toma de signos vitales y la revisión del historial médico.



Exámen físico en busca de:

- D:** deformidad
- A:** heridas abiertas
- S:** sensibilidad
- H:** hinchazón



Toma de signos vitales

- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Presión arterial
- Nivel de consciencia
- Reacción pupilar
- Temperatura



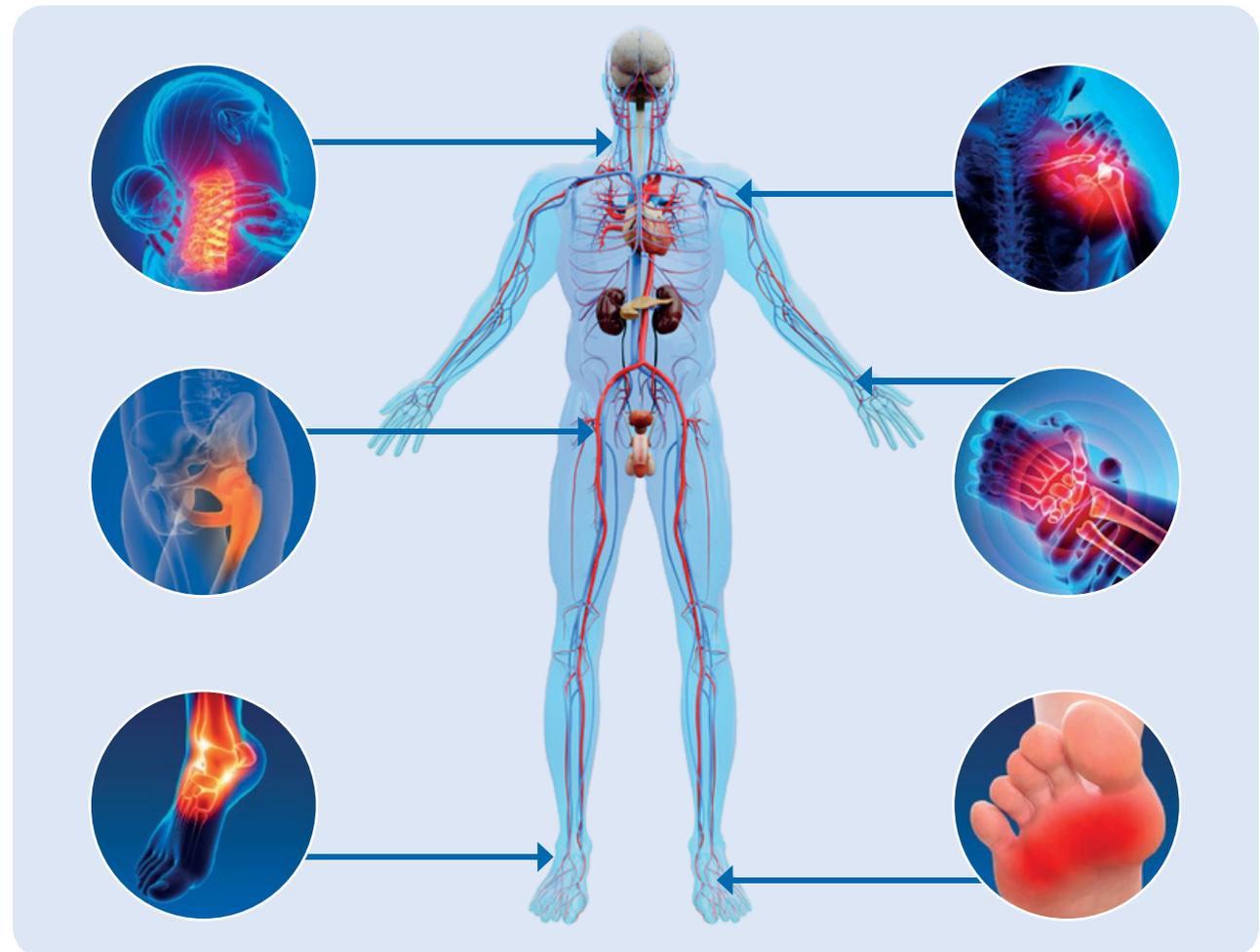
Historial en busca de:

- S:** síntomas
- A:** alergias
- M:** medicamentos
- P:** patologías
- U:** última ingesta de comida
- E:** evento anterior
(accidentes, patologías)

EXAMEN FÍSICO

Con el fin de reconocer lesiones específicas, y cambios en las condiciones del lesionado/a, exploraremos con atención el cuerpo de cabeza a pies, por anterior y posterior, a través de la vista, la palpación y la identificación de ruidos anormales.

D : DEFORMIDAD
A : HERIDA ABIERTA
S : SENSIBILIDAD
H : HINCHAZÓN



SIGNOS DE TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO (TEC)

Al realizar el examen físico de la víctima también se deben buscar **signos de golpes en la cabeza**, como abultamientos, sangramientos o moretones.

Se debe poner especial atención a los siguientes signos de TEC:

- Esquimosis alrededor de ojos (llamada ojos de mapache).
- Esquimosis detrás de las orejas (Signos de Battle).
- La víctima repite constantemente una idea o frase.
- Pérdida de memoria temporal.
- Agresividad.



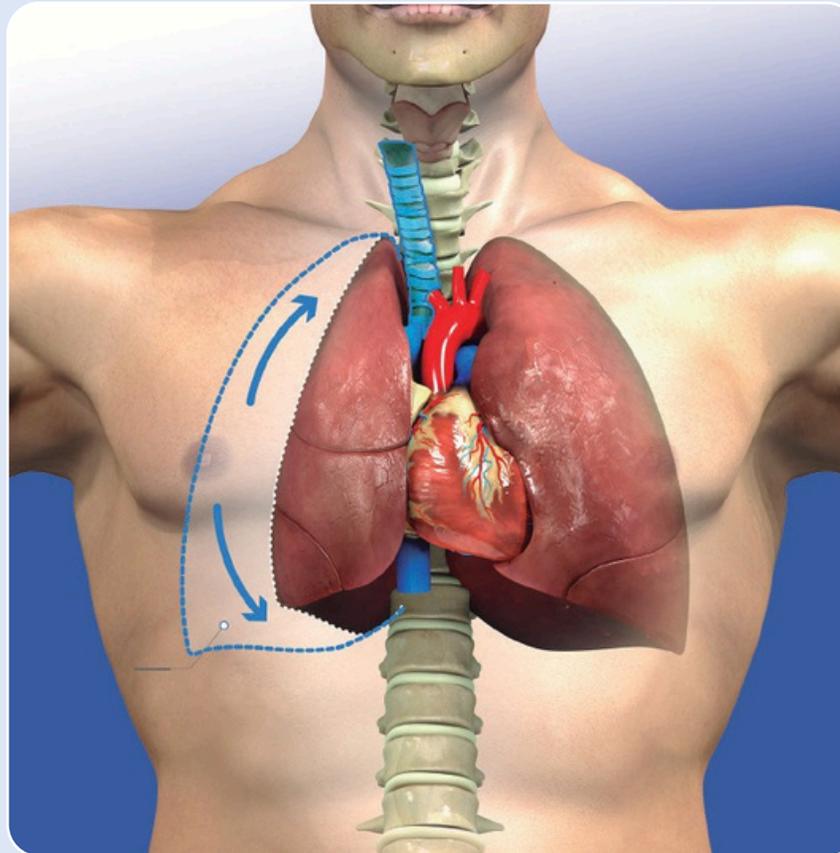
**ESQUIMOSIS
(OJOS DE MAPACHE)**



**SIGNOS DE
BATTLE**

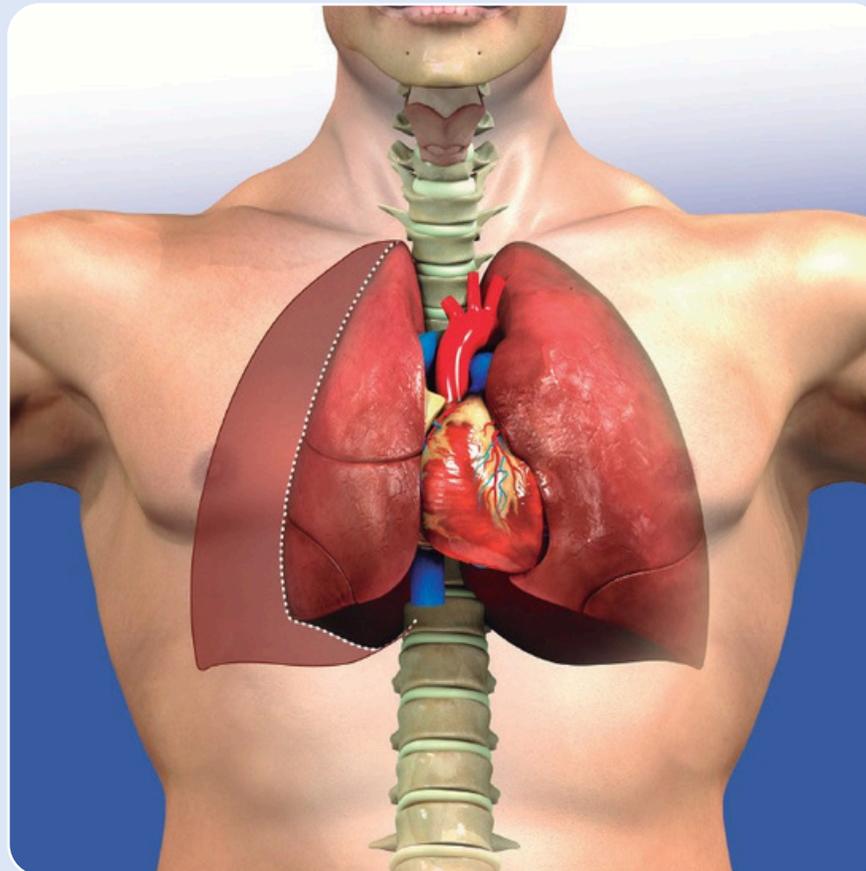
NEUMOTÓRAX

Es la presencia de aire en la cavidad pleural o torácica, lo que puede producir un **colapso del pulmón**. En la evaluación de la víctima el neumotórax abierto se evidencia por un orificio o herida por donde sale y/o entra aire. Se pueden escuchar sonidos de burbujeo provenientes de la herida durante la ventilación. Ante estos casos se recomienda el uso de un **sello de tres puntas o parche torácico**.



HEMOTÓRAX

Es la presencia de sangre en la cavidad torácica secundaria a un sangrado dentro del tórax. Frente a un hemotórax masivo **la víctima presentará signos evidentes de shock hipovolémico**, como sudoración excesiva, agitación, ventilación acelerada, pulso rápido y débil, y piel pálida, fría y sudorosa, entre otros.



RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Si al efectuar el examen físico se reconoce una posible lesión **musculoesquelética**, como **fracturas**, **esguinces**, **luxaciones** y **desgarros**, debemos restringir el movimiento de la zona afectada.

En caso de **lesiones en la articulaciones**, se debe inmovilizar, al menos, la mitad de los huesos que están arriba y abajo de la zona afectada. Si hay **fracturas en los huesos**, **se debe inmovilizar también las articulaciones** que estén por encima y por debajo de la fractura, para evitar que se mueva y prevenir más daño.



TOMA DE SIGNOS VITALES

En la evaluación secundaria debemos medir cuantitativamente los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia ventilatoria, saturación de oxígeno, niveles de respuesta y presión arterial.

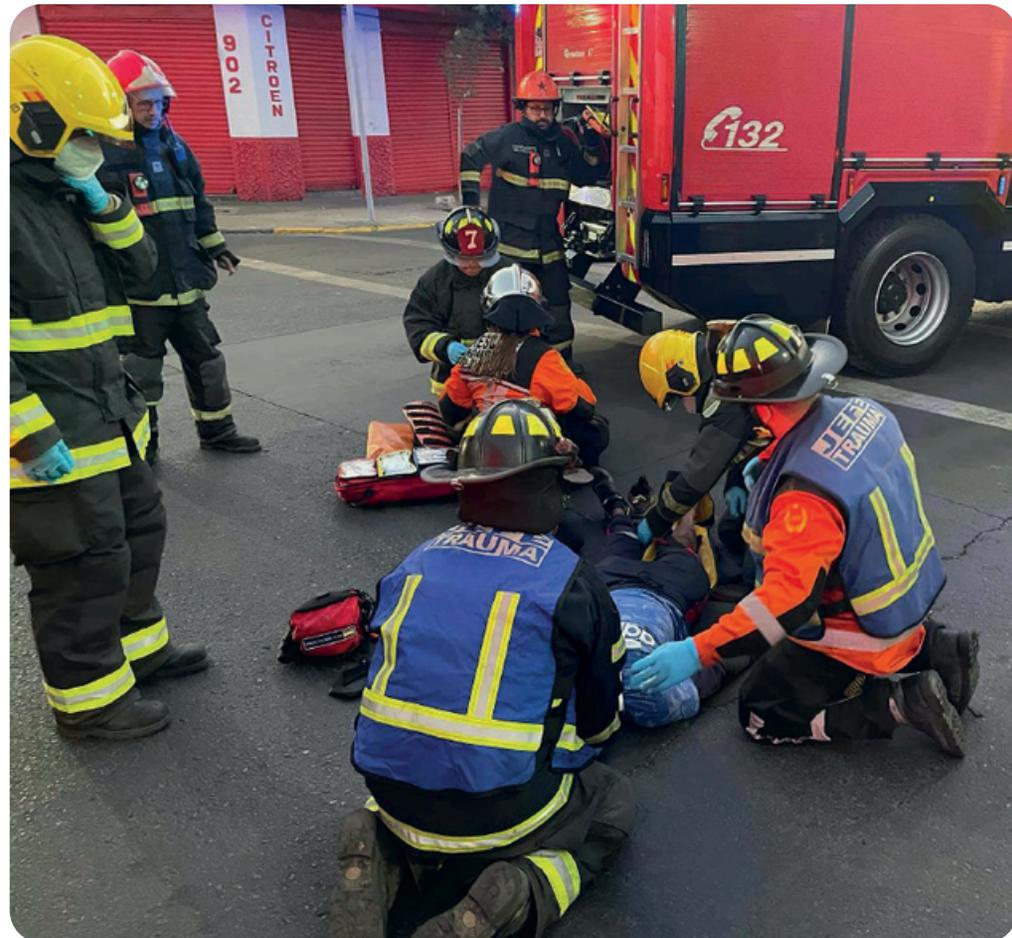
- **Frecuencia cardiaca normal en adulto:** 60 - 100 pulsaciones por minuto.
- **Frecuencia ventilatoria normal en adulto:** 12 - 20 ventilaciones por minuto.
- **Saturación de oxígeno:** 95% a 100%.
- **Niveles de respuesta:** escala AVDI.
- **Presión arterial normal en adulto:** sistólica menor a 120 mm Hg, diastólica menor a 90 mm Hg.



HISTORIAL SAMPUE

La evaluación de la persona lesionada se completa con una entrevista rápida sobre el historial médico, el cuál será importante al momento de entregar al lesionado/a al personal de salud. Para esto se utiliza la **nemotecnia SAMPUE**:

- S** : SÍNTOMAS
- A** : ALERGIAS
- M** : MEDICAMENTOS
- P** : PATOLOGÍAS
- U** : ÚLTIMA INGESTA DE COMIDA
- E** : EVENTO ANTERIOR
(accidentes, patologías)



REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una **técnica para salvar la vida de víctimas en paro cardiorrespiratorio (PCR)**. La RCP se incluye dentro de la cadena de supervivencia para entregar el soporte vital básico (SVB) y su propósito es mejorar la sobrevida de la víctima y al mismo tiempo evitar el deterioro de su calidad de vida.

Un **paro cardiorrespiratorio** es cuando el corazón se detiene repentinamente y no puede irrigar sangre hacia el cerebro, los pulmones y otros órganos. De forma inmediata una persona puede perder la consciencia y el pulso, lo que deriva en el cese de la ventilación.



POSIBLES CAUSAS

Existen múltiples causas que pueden llevar a una persona al PCR:

PATOLOGIAS CARDIACAS

Enfermedades cardiovasculares e infartos al miocardio.



AHOGAMIENTO

Incapacidad para ventilar o problemas para hacerlo producto de la inmersión en un medio líquido.



LESIONES TRAUMÁTICAS

Fuerza aplicada sobre una zona del cuerpo que supera su resistencia.



VÍA AÉREA OBSTRUÍDA

Obstrucción de la vía aérea por la lengua, por reacción alérgica o por presencia de un cuerpo extraño (OVACE).



EVALUACIÓN DE UN PCR

Antes de comenzar con el procedimiento de reanimación se debe evaluar si la víctima responde, ventila y/o tiene pulso:



¿RESPONDE?

Evaluar niveles de respuesta a través del **AVDI (alerta, voz, dolor, inconsciente/no responde)**.



¿VENTILA?

Verificar si la víctima ventila; esta evaluación no debe tomar más de 10 segundos.

Si la víctima no ventila o ventila anormalmente, se deben iniciar las maniobras de RCP asistidas por el desfibrilador externo automático (DEA).



¿TIENE PULSO?

Si el operador/a cuenta con la capacitación y entrenamiento adecuado en la evaluación de pulso, puede **buscar el pulso y determinar su ausencia**.

Esta acción no debe tardar más de 10 segundos.

CADENA DE SUPERVIVENCIA (RCP)

La American Heart Association (AHA) ha determinado una secuencia de acciones que, si se realizan oportunamente, pueden aumentar la probabilidad de una reanimación exitosa de una víctima en PCR. Esta secuencia se conoce como **cadena de supervivencia**.



CADENA DE SUPERVIVENCIA PEDIÁTRICA

En el caso de que las víctimas sean niños/as o lactantes, el orden cambia, siendo prioritario reconocer y comenzar prematuramente un ciclo de reanimación, para luego pedir ayuda, como se muestra a continuación:



RCP PEDIÁTRICO EN LACTANTES

Si el bombero/a se encuentra solo, debe realizar 2 minutos (5 ciclos) de RCP e ir en busca del DEA. Luego debe poner el DEA en modo pediátrico y utilizar los electrodos correspondientes.

Una vez instalado el DEA, se debe continuar con los ciclos de 30 compresiones y 2 insuflaciones (30:2). Solo debe detenerse en los siguientes casos:

- Si llega el personal de salud y este indica que debe detenerse la maniobra.
- Si el bombero/a se encuentra exhausto.
- Si hay signos de vida por parte de la víctima.



RCP PEDIÁTRICO EN NIÑOS Y NIÑAS

En el caso de los niños/as hasta aproximadamente **6 años**, se utiliza la misma secuencia de **30 compresiones** y **2 insuflaciones con bolsa de resucitación**.

Debido a que anatómicamente el tórax de un niño/a es más pequeño que el de un adulto, pero más grande que el de un lactante, se recomienda ejecutar las **compresiones con un solo brazo**, para así comprimir 1/3 de la profundidad del tórax.



En caso de que el tórax de la víctima sea de un tamaño similar al del un adulto, se debe comprimir **utilizando ambas manos**.



PROCEDIMIENTO DE RCP

El objetivo de la RCP es recuperarla circulación y la ventilación espontánea a través de compresiones torácicas y asistencia ventilatoria. Sin embargo, la desfibrilación y el soporte vital avanzado (SVA) son a menudo necesarios para alcanzar este resultado. Antes de comenzar con la secuencia **CAB (nemotecnia para “compresiones torácicas”, “apertura de la vía aérea” y “buena ventilación”)**, se debe evaluar si la persona responde, ventila y tiene pulso. Para esto, se recomienda:

C



Compresiones torácicas.

A



Apertura de la vía aérea.

B



Buena ventilación.

C: COMPRESIONES EN ADULTOS

- 1** Ubica a la víctima boca arriba sobre una superficie dura, exponiendo el pecho. El bombero/a debe estar **de rodillas a un costado de víctima**, pero sin ponerse en cuclillas, ya que es una posición inestable que podría provocar un accidente.
- 2** Coloca el talón de una mano sobre el esternón de la víctima al centro del pecho, y la otra mano sobre la primera, de modo que los dedos queden elevados. **Haz uso de tu propio peso para ejercer presión**; posíciónate con la espalda recta y los hombros alineados con la posición de las manos.
- 3** Realiza 30 compresiones fuertes (con una profundidad de 1/3 del tórax) y rápidas (a una frecuencia de 100 a 120 por minuto), **asegurándote de permitir una expansión torácica completa**.



COMPRESIONES EN LACTANTES

- 1 Trazar una línea intermamaria imaginaria en el pecho del bebé.
- 2 Bajo la línea intermamaria colocar los dedos índice y medio, deprimiendo el tórax del menor a un tercio del diámetro anteroposterior del tórax.



CON DOS OPERADORES

Bajo la línea intermamilar colocar los pulgares y deprimir el tórax del menor un tercio del diámetro anteroposterior del tórax, mientras otro operador/a entrega el soporte ventilatorio.



COMPRESIONES EN NIÑAS Y NIÑOS

UBICAR EL ESTERNÓN

En el tercio medio del esternón colocar la palma de una sola mano o ambas manos, dependiendo de la complejión física del menor.

Deprimir el tórax un tercio del diámetro anteroposterior del tórax.



A. APERTURA DE LA VÍA AÉREA

Para permeabilizar la vía aérea debemos comenzar por la maniobra de frente-mentón: para ello pondremos una mano en la frente de la víctima y los dedos de la otra mano en su mentón.

Luego desplazamos la cabeza de la víctima hacia atrás y elevamos su mentón, abriendo su boca.



Si vemos algún objeto extraño, lo retiramos usando el dedo en forma de gancho.



B. BUENA RESPIRACIÓN

Para realizar las ventilaciones de rescate hay dos opciones: la respiración boca a boca y la ventilación con dispositivos de barrera.

Para la **respiración boca a boca** se siguen los siguientes pasos:

- 1** Cerrar la nariz de la víctima con los dedos pulgar e índice, e inspirar aire en forma normal ubicando la propia boca sobre la boca de la víctima.
- 2** Realizar 2 ventilaciones sin dejar de presionar las fosas nasales para que el aire no escape por la nariz.
- 3** Entre la primera y segunda ventilación se deberá realizar una pausa de 1 segundo, alejando la boca de la víctima. Esta maniobra no toma más de 3 segundos.
- 4** Una vez se realicen las 2 ventilaciones se continúa con 30 compresiones, para así resguardar la frecuencia 30:2 (30 compresiones por 2 ventilaciones de rescate).



RECUERDA

El mejor indicador de una ventilación eficaz es la elevación del tórax. Por lo tanto, mientras se realizan las ventilaciones de rescate hay que observar si este se eleva. Si el tórax no se moviliza, se **debe volver a permeabilizar la vía aérea**.



Las ventilaciones de rescate también se realizan con diversos dispositivos que sirven como barrera o que optimizan la ventilación, como la bolsa de reanimación.

Para las ventilaciones de rescate con **bolsa de reanimación** se siguen los siguientes pasos:

- 1** Instalar la cánula faríngea y posicionar la mascarilla de tal manera que cubra la nariz y boca de la víctima.
- 2** Presionar el reservorio, soltar abriendo la mano y finalmente volver a presionar; esta maniobra no toma más de 3 segundos.
- 3** Una vez se realicen las 2 ventilaciones se continúa con 30 compresiones para resguardar la frecuencia 30:2 (30 compresiones por 2 ventilaciones de rescate).



DISPOSITIVO PARA VENTILAR (B)

Existen diversos dispositivos para ventilar a los pacientes, que permiten suministrar aire. Su uso es esencial cuando la **respiración espontánea es insuficiente o ausente**. La elección depende del estado del paciente y de los recursos disponibles.



DISPOSITIVO DE BARRERA

Barrera que evita el contacto directo con la boca de la víctima, mitigando el riesgo biológico asociado.



BOLSA DE REANIMACIÓN

Comúnmente conocida como AMBU, permite complementar la ventilación con oxígeno.



MASCARILLA

Evita el contacto directo con la vía aérea y los fluidos de la persona lesionada.

DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

Una vez comenzada y **efectuada la secuencia CAB**, **se deberá instalar el DEA**. Si se cuenta con más personal, la instalación del DEA puede hacerse al mismo tiempo que la ejecución de la secuencia CAB.

Este equipo trabaja sobre la **fibrilación ventricular (FV)** o **taquicardia ventricular (TV) sin pulso**, conocidos como ritmos desfibrilables. Por ello, si el equipo DEA detecta actividad eléctrica sin pulso o asistolia, el equipo no generará la descarga, e indicará que se debe continuar con las maniobras de RCP. Esta situación **NO** significa que el dispositivo tenga un desperfecto.

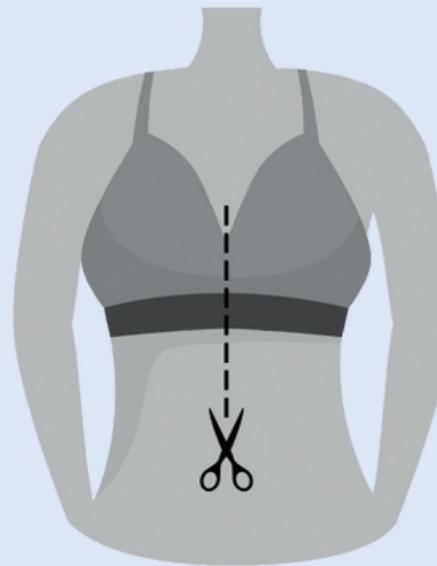


RECUERDA

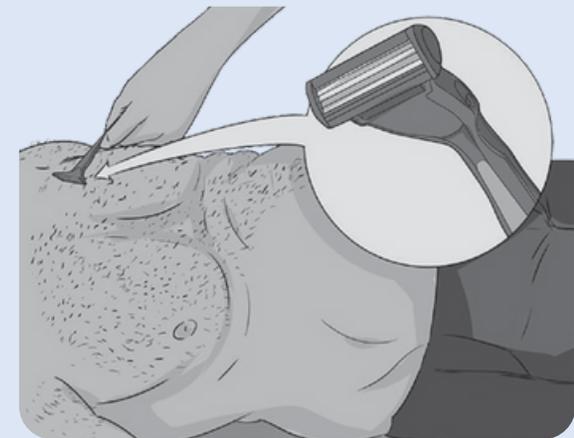
Los ritmos **NO DESFIBRILABLES** se tratan con maniobras de RCP y adrenalina, la cual solo puede ser administrada por personal especializado del área de salud.

INSTALACIÓN DEL DEA

El DEA analiza por medio del contacto de electrodos el ritmo cardiaco, por lo que es importante asegurar la **correcta instalación de los parches** en el pecho descubierto de la víctima.



En el caso de las personas que utilicen petos o sostenes, estos **deben cortarse antes de instalar los parches**, ya que el pecho debe estar descubierto.



Para pechos con mucho vello capilar, **se debe afeitar la zona donde se colocarán los parches**. Sino, se pierde adherencia y, por lo tanto, efectividad.

RCP CON DOS OPERADORES

Si hay **dos operadores/as** disponibles para hacer RCP a una víctima, uno de ellos ventilará y el otro realizará compresiones. La frecuencia siempre será de 30 compresiones por 2 ventilaciones.

Los operadores/as **deben intercambiar posiciones cada 5 ciclos**, incluso si el operador que está realizando las compresiones aún no se siente cansado.



POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

La posición lateral de seguridad permite la expulsión de fluidos y secreciones de la vía aérea, además de favorecer la ventilación de la persona lesionada.

Se debe colocar a la víctima en esta posición en las siguientes circunstancias:

- Finalizada la maniobra de RCP.
- En presencia de náuseas y/o vómitos.
- Luego de una crisis convulsiva.
- En personas inconscientes que ventilan, pero que no responden (siempre y cuando el mecanismo de lesión no sea traumático).

- 1 Posicionándote al costado de la persona lesionada, extiende el brazo de la víctima que esté más cercano a ti, y muévelo en el sentido de la articulación hacia arriba.



2 Cruza el brazo de la víctima que esté más lejos de ti sobre su tórax, apoyando el dorso de su mano contra la mejilla de su lado contrario.



3 Flecta la pierna de la víctima que esté más lejos de ti.



4 Toma el hombro y la cadera de la víctima. Gira a la víctima en bloque hacia ti.





ACADEMIA NACIONAL



GUÍA DE ENTRENAMIENTO N° 8
RCP Y CADENA DE
ATENCIÓN DE VÍCTIMAS