

Primeros Auxilios:

Cómo ayudar cuando más importa



PROTECCIÓN CIVIL RIBADESELLA

Primeros Auxilios:

Cómo ayudar cuando más importa

Guía divulgativa de primeros auxilios para la ciudadanía

Ribadesella, Asturias · 2026



Aviso importante

Esta guía es un material divulgativo elaborado con fines informativos y educativos. Su objetivo es proporcionar conocimientos básicos de primeros auxilios a la ciudadanía, pero no sustituye en ningún caso la formación presencial homologada ni la atención sanitaria profesional.

Ante cualquier emergencia, llame siempre al 112.

Su contenido ha sido recopilado, adaptado y redactado por voluntarios de Protección Civil Ribadesella: Emma Argüelles (Médica Pediatra), Belén Amat (M.D.), y Juan Carlos Valle (T.E.S). Su difusión es libre y gratuita. Si lo compartes, estás ayudando a que más personas estén preparadas ante una emergencia.

BLOQUE 0

Antes de empezar

Hay momentos en la vida en los que todo puede cambiar en cuestión de segundos. Un familiar que se desvanece en casa, un bañista en apuros en la playa de Santa Marina, un accidente en la carretera del Sella. En esos instantes, la persona que está al lado, que eres tú, es la primera y más importante línea de ayuda.

Esta guía existe porque los primeros auxilios no son solo cosa de médicos y enfermeras. Son una responsabilidad compartida, una habilidad que cualquier vecino de Ribadesella puede y debe tener. No se trata de sustituir a los servicios de emergencia, sino de actuar correctamente los primeros minutos, que son los que más cuentan.

¿Qué son los primeros auxilios?

Los primeros auxilios son el conjunto de actuaciones y técnicas básicas que cualquier persona puede aplicar de forma inmediata ante una situación de emergencia sanitaria, mientras llegan los servicios de socorro profesionales.

No requieren equipamiento médico avanzado. No exigen un título universitario. Sí requieren conocimiento, calma y disposición para actuar.

El objetivo de los primeros auxilios no es curar: es estabilizar, evitar que la situación empeore y mantener con vida a la persona afectada hasta que llegue la ayuda profesional.

Los primeros auxilios NO son...

- ...diagnosticar enfermedades ni prescribir medicamentos.
- ...sustituir la atención médica profesional.
- ...realizar intervenciones quirúrgicas o técnicas invasivas.
- ...actuar sin criterio por el mero hecho de querer ayudar. Ayudar mal puede hacer daño.

El primer interviniente: el papel del ciudadano

En emergencias médicas, el tiempo es el factor más crítico. Los servicios de emergencias de Asturias tienen tiempos de respuesta que, en entornos rurales y costeros como el concejo de Ribadesella, pueden superar los 10 o 15 minutos. En ese tiempo, una parada cardiaca sin atención causa daño cerebral irreversible. Una hemorragia grave puede ser letal. La primera hora después de un evento se conoce como “La hora de Oro” ya que la intervención durante esta primera hora puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte o la severidad de las secuelas.

El primer interviniente es cualquier persona que, estando en el lugar de la emergencia antes que los servicios profesionales, aplica sus conocimientos de primeros auxilios para ayudar a la víctima. No es un héroe. Es un vecino preparado.

Ser primer interviniente no significa asumir riesgos innecesarios ni actuar más allá de tus capacidades. Significa conocer el protocolo básico, mantener la calma y hacer lo correcto en el momento adecuado.

¿Qué puede hacer el primer interviniente?

- Evaluar rápidamente la escena y garantizar su propia seguridad.
- Activar los servicios de emergencia llamando al 112.
- Comprobar el estado de consciencia y respiración de la víctima.
- Aplicar RCP básica en caso de parada cardiorrespiratoria.
- Controlar hemorragias, colocar en posición de seguridad o atender un atragantamiento.
- Tranquilizar a la víctima y a los testigos, organizando la escena hasta la llegada de los servicios.

El marco legal: ¿tengo obligación de ayudar?

En España, el artículo 195 del Código Penal tipifica como delito el abandono de persona en peligro cuando se está en condiciones de prestar socorro sin riesgo propio o ajeno. Esto significa que, si presencias una emergencia y no actúas o no llamas al 112, puedes incurrir en responsabilidad penal por omisión del deber de socorro.

Por otro lado, quien presta primeros auxilios de buena fe y conforme a su formación está protegido. La Ley no exige que seas un experto: exige que hagas lo que está a tu alcance.

Los tres principios que guían toda actuación de primeros auxilios

- 1. No hacer daño.** Antes de actuar, piensa. Una acción precipitada o incorrecta puede agravar la situación.
- 2. Pedir ayuda.** Siempre, siempre, llama al 112. Eres los ojos de los servicios de emergencia en la escena.
- 3. Actuar con calma y método.** El pánico es el mayor enemigo en una emergencia. La tranquilidad se contagia igual que el miedo.

Mitos que debemos desterrar

MITO	REALIDAD
«Si muevo a la víctima le puedo romper la columna»	Hay situaciones en que mover es obligatorio: si hay peligro inminente (incendio, tráfico, gas). Aprenderás cuándo sí y cuándo no.
«Sin formación sanitaria no debo actuar»	Cualquier ciudadano puede y debe actuar. La formación básica en primeros auxilios está al alcance de todos.
«Hacer el boca a boca es lo más importante en una RCP»	Las compresiones torácicas son la parte crítica. La RCP solo con manos (sin ventilaciones) salva vidas y es lo que se recomienda a personas sin formación.
«Si alguien está inconsciente, hay que darle agua»	Nunca. Una persona inconsciente puede aspirar líquidos y asfixiarse.
«La posición fetal es buena para casi todo»	No existe una posición válida para todos los casos. Cada situación requiere una posición específica que aprenderás en esta guía.

Cómo usar esta guía

Esta guía está organizada en bloques temáticos progresivos. Puedes leerla de principio a fin, o consultar directamente el bloque que necesitas en un momento dado. Cada bloque incluye:

- El protocolo de actuación paso a paso.
- Recuadros con alertas, consejos clave y errores frecuentes.
- Información adaptada al entorno de Ribadesella: la costa, el río Sella, el entorno montañoso y las características de nuestro concejo.

Pero recuerda: esta guía es un complemento, no un sustituto. La mejor forma de aprender primeros auxilios es a través de un curso presencial. Desde Protección Civil Ribadesella organizamos formaciones periódicas abiertas a toda la ciudadanía. Consulta nuestras redes sociales para conocer las próximas fechas.

Recuerda siempre

En cualquier emergencia: llama primero al 112.

Los operadores del 112 también pueden guiarte en tiempo real mientras actúas.

BLOQUE 1

Proteger, Alertar, Socorrer (PAS)

Ante cualquier emergencia, da igual si es un accidente de tráfico en la AS-263, un desmayo en la Fiesta de San Juan o un bañista en apuros en La Playa Vega: existe un protocolo universal de actuación que todo primer interviniente debe conocer y aplicar siempre en el mismo orden. Se llama PAS.

PAS no es solo un acrónimo: es una secuencia lógica que evita errores críticos, protege tanto a la víctima como al interviniente, y maximiza las posibilidades de un buen desenlace. Saltarse alguno de sus pasos, o aplicarlos en orden incorrecto, puede costar una vida.



P - Proteger: la seguridad es lo primero

El error más frecuente del primer interviniente inexperto es lanzarse a socorrer sin evaluar antes si la escena es segura. El resultado puede ser una segunda víctima: tú. Un héroe inconsciente no ayuda a nadie.

Proteger significa garantizar que ni tú, ni la víctima, ni los testigos estáis expuestos a un peligro que pueda empeorar la situación. Esta evaluación debe realizarse en segundos, con la cabeza, antes de acercarte.

¿Qué debes evaluar antes de acercarte?

- Tráfico o vehículos en movimiento que puedan atropellarte.
- Riesgo eléctrico: cables caídos, instalaciones dañadas, agua cerca de fuentes de tensión.
- Fuego, humo o explosión inminente.
- Desprendimientos, estructuras inestables, riesgo de derrumbe.
- Gases tóxicos o ambiente sin oxígeno (pozos, sótanos, recintos cerrados).
- En el entorno costero y fluvial: corrientes, mareas, profundidad, oleaje.
- Personas agresivas o situaciones de violencia activa.

Regla de oro: evalúa antes de actuar

Tómate 5 segundos para mirar a tu alrededor con calma. Si el entorno es seguro, acércate. Si hay peligro activo que no puedes controlar, mantente a distancia segura y llama al 112 inmediatamente. Tu seguridad es la condición previa para poder ayudar.

Cuándo Sí debes mover a la víctima

Como norma general, no se debe mover a una víctima de un accidente porque podría agravar lesiones de columna. Sin embargo, existen situaciones en que mover es obligatorio y urgente:

- La víctima está en una zona con fuego activo o riesgo de explosión.
- Está en el agua y corre riesgo de ahogarse.
- Está en medio de la calzada y hay riesgo de atropello inminente.
- No respira y necesitas colocarla en posición adecuada para iniciar RCP.

En estos casos, el arrastre de emergencia por las axilas o sujetando la ropa es la técnica más segura cuando no tienes formación específica: mantén la cabeza alineada con el tronco y arrastra en línea recta.



A - Alertar: cómo llamar al 112 de forma efectiva

El 112 es el número de emergencias único en España y en toda la Unión Europea. Es gratuito, funciona las 24 horas, y generalmente puede localizarte aunque no sepas exactamente dónde estás. En Asturias, el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias (112 Asturias) gestiona y coordina todos los recursos: Protección Civil, Bomberos, SAMUR, Guardia Civil y Policía.

Muchas personas dudan antes de llamar al 112 por miedo a equivocarse, molestar o no saber qué decir. La regla es sencilla: ante la duda, llama. Los operadores del 112 están formados para ayudarte a valorar la gravedad y guiarte si es necesario. Pon el teléfono en altavoz para que tengas las manos libres y otras personas puedan escuchar las recomendaciones.

QUÉ INFORMAR AL 112	EJEMPLO PRÁCTICO
¿Dónde ha ocurrido?	«Estoy en la playa de Santa Marina, en Ribadesella, junto al acceso principal de la escalera 2.»
¿Qué ha pasado?	«Una persona mayor se ha desmayado y no responde cuando la llamo.»
¿Cuántas personas afectadas?	«Solo hay una víctima, es una mujer de unos 70 años aproximadamente.»
¿Cómo está la víctima?	«Está inconsciente, no sé si respira, la estoy mirando ahora.»
¿Quién llama?	«Me llamo Juan, soy un vecino que estaba paseando.»
Espera instrucciones	El operador puede pedirte que no cuelgues y guíarte paso a paso.

Si no sabes exactamente dónde estás...

En Ribadesella y su concejo, puedes orientarte usando referencias locales conocidas: el puente del Sella, la Capilla de Guía, la playa de Santa Marina, el Puerto Deportivo, la Plaza de Abastos. Si estás en una zona rural o de monte, activa el GPS de tu móvil y dile al operador las coordenadas que aparecen en tu pantalla.

Cómo conocer tu ubicación (coordenadas) para indicárselas a los servicios de emergencia:

En iPhone:

1. Abre la app **Brújula** (viene instalada de serie)
2. Desplázate hacia abajo — aparecen tus coordenadas en formato latitud/longitud
3. Pulsa sobre ellas para **copiarlas** directamente

En Android:

1. Abre **Google Maps**
2. Mantén pulsado sobre tu posición actual hasta que aparezca un marcador
3. Las coordenadas aparecen en la barra de búsqueda superior
4. Pulsa sobre ellas para copiarlas

¿Cómo decírselas al 112? Di algo como: "Estoy en las coordenadas 43.4612 Norte, 5.0641 Oeste" El operador sabrá exactamente como localizarte.

Mientras esperas a los servicios de emergencia

- No cuelgues el teléfono si el operador te lo pide.
- Envía a otra persona a la entrada del lugar para señalar y guiar a los servicios.
- Si hay más testigos, asignales tareas concretas: uno llama, otro señala, otro controla el tráfico.
- Mantén alejados a los curiosos para facilitar el trabajo a los equipos de emergencia.
- No muevas a la víctima salvo que sea imprescindible por peligro inminente.

S · Socorrer: actuar con método, no con pánico

Una vez que la escena es segura y has alertado al 112, llega el momento de socorrer. Socorrer no significa saberlo todo ni ser un experto. Significa hacer lo que está a tu alcance de forma ordenada, tranquila y hasta donde te permite tu formación.

El primer paso siempre es valorar el estado de la víctima. Esta valoración inicial, que no debe llevarte más de 30 segundos, te permitirá saber qué tipo de ayuda necesita y qué puedes hacer tú mientras llega la asistencia profesional.

Valoración inicial de la víctima: tres preguntas clave

Nº	PREGUNTA	CÓMO COMPROBARLO	QUÉ HACER
1	¿Sangra gravemente?	Examina visualmente el cuerpo buscando hemorragias abundantes.	Si hay hemorragia grave: control inmediato de la hemorragia (Bloque 4), incluso antes de iniciar RCP.
2	¿Está consciente?	Llámala por su nombre o en voz alta. Toca su hombro con firmeza.	Si responde: tranquilízala y evalúa lesiones. Si no responde: pasa al punto 2.
3	¿Respira?	Inclina la cabeza hacia atrás, eleva el mentón. Mira, escucha y siente durante 10 segundos.	Si respira: posición lateral de seguridad. Si NO respira: inicia RCP (Bloque 3).

Lo que NUNCA debes hacer al socorrer

- Dar agua o medicamentos a una persona inconsciente o semiinconsciente.
- Retirar objetos clavados en una herida: los objetos enclavados tapan la hemorragia.
- Mover el cuello ni la cabeza si sospechas lesión de columna (salvo peligro vital).
- Dejar sola a la víctima. Si debes alejarte a pedir ayuda, vuelve cuanto antes.
- Entrar en recintos cerrados, fosos o pozos donde pueda haber gases sin equipo de protección.
- Actuar más allá de tus conocimientos. Hacer bien lo básico es más valioso que improvisar.

El PAS en entornos específicos de Ribadesella

El concejo de Ribadesella combina costa, ría, monte y carretera. Cada entorno añade particularidades al protocolo PAS que conviene tener en cuenta:

ENTORNO	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN EL PAS
Playa y costa	Evalúa el estado del mar antes de acercarte. Las corrientes y el oleaje son peligros para el interviniente. En accidentes de surf o bañistas, pide ayuda a los Servicios de Salvamento si están presentes. Indica al 112 el nombre exacto de la playa y el punto de acceso más cercano.

Río Sella y piscinas	El río puede presentar corrientes subterráneas impredecibles. No entres al agua sin equipo. Lanza un objeto flotante (tabla, bidón, cuerda) a la víctima antes de intentar ningún rescate. Indica al 112 el punto kilométrico o referencia próxima (puente, camping, aldea).
Carretera y vías rurales	Señaliza la escena antes de acercarte: triángulos, luces de emergencia, personas guía. En la AS-263 o la N-632, el tráfico es un peligro real para los intervinientes. El 112 activará a la Guardia Civil de Tráfico para cortar la vía si es necesario.
Monte y zonas de senderismo	Indica al 112 la ruta o senda (ruta de los molinos, etc) y, si tienes señal, tus coordenadas GPS. El helicóptero medicalizado del HUCA puede ser el recurso de respuesta. Mantén al herido abrigado: la hipotermia es un riesgo real en los montes asturianos.

Resumen del Bloque 1: el PAS de un vistazo

PROTEGER: Evalúa la escena antes de actuar. Tu seguridad primero.

ALERTAR: Llama al 112. Dónde, qué, cuántos, cómo está la víctima y quién llama.

SOCORRER: Valora consciencia, respiración y hemorragia. Actúa con calma y método.

BLOQUE 2

La persona inconsciente

Encontrar a alguien inconsciente es una de las situaciones que más pánico genera en el primer interviniente. La mente se bloquea, el tiempo parece detenerse y la pregunta «¿qué hago?» aparece con fuerza. Este bloque responde exactamente a eso: qué hacer, en qué orden y por qué.

La persona inconsciente no puede protegerse a sí misma: no puede mantener la vía aérea abierta, no puede llamar al 112, no puede decirte qué le duele. Tú eres su única defensa mientras llega la ayuda. Actuar con método en los primeros minutos puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, o entre una recuperación completa y secuelas graves.

1. Cómo comprobar el estado de consciencia

Antes de hacer nada más, necesitas saber si la persona está consciente o no. Este paso es rápido y sencillo, pero debe hacerse siempre antes de tocar o mover a nadie.

Protocolo de valoración de consciencia

1

Asegura la escena

Aplica lo aprendido en el Bloque 1: antes de acercarte, confirma que no hay peligro para ti. Un accidente de tráfico, un tendido eléctrico caído o una estructura inestable siguen siendo una amenaza aunque la víctima esté a tu alcance.

2

Llámalas por su nombre o en voz alta

Acércate, colócate a su altura y di en voz alta: «¿Estás bien? ¿Me oyes?». Si conoces su nombre, úsalo. Habla fuerte y claro: la persona puede tener la consciencia disminuida sin estar completamente inconsciente.

3

Estimulación táctil

Si no hay respuesta verbal, sacude suavemente ambos hombros con las manos. Ejerce algún estímulo doloroso (pellizco, nudillos). Esto activa los receptores táctiles y puede despertar a alguien con bajo nivel de consciencia.

4

Interpreta la respuesta

Si abre los ojos, habla o se mueve: está consciente aunque esté confusa o desorientada. Si no hay ninguna respuesta a voz ni al tacto: está inconsciente. Pasa inmediatamente al siguiente protocolo.

Importante: no confundas inconsciencia con sueño profundo o embriaguez

Una persona que parece «dormida» o «borracha» puede estar en realidad en un estado de inconsciencia real. Si no responde a la voz ni al tacto con firmeza, trátala como inconsciente y actúa en consecuencia. El consumo de alcohol u otras sustancias puede enmascarar síntomas graves.

2. Apertura de la vía aérea y comprobación de la respiración

En una persona inconsciente, los músculos de la garganta se relajan y la lengua cae hacia atrás, obstruyendo la vía aérea. Es la causa más frecuente de muerte evitable en personas inconscientes que no reciben atención. La apertura de la vía aérea es, por tanto, la primera maniobra que debes realizar.

Maniobra frente-mentón

Es la técnica estándar de apertura de la vía aérea para personas sin sospecha de lesión cervical. Es sencilla, eficaz y puede realizarla cualquier persona sin formación sanitaria.

1

Coloca a la víctima boca arriba

Si está en otra posición y no hay sospecha de lesión de columna, gírala con cuidado hasta colocarla en decúbito supino (boca arriba) sobre una superficie firme.

2

Inclina la frente

Coloca una mano sobre su frente y empuja suavemente hacia atrás, inclinando la cabeza. Con ello el mentón se eleva de forma natural.

3

Eleva el mentón

Con dos dedos de la otra mano (índice y corazón), eleva el mentón tirando hacia arriba por la parte ósea. No presiones los tejidos blandos bajo la barbilla: podrías cerrar la vía aérea. En niños pequeños y bebés es mejor mantener una posición neutral de la cabeza, lo mejor es colocar una toalla o prenda de ropa doblada debajo de los hombros.

4

Comprueba la vía aérea

Con la boca ligeramente abierta, mira dentro si hay cuerpos extraños visibles (dientes rotos, vómito, chicle). Solo retira lo que veas claramente; nunca hagas barridos ciegos con el dedo.



Sospecha de lesión cervical: la maniobra de tracción mandibular

Si la víctima ha sufrido un accidente de tráfico, una caída desde altura, un golpe en la cabeza o un accidente acuático, sospecha siempre lesión cervical. En ese caso, **NO** uses la maniobra frente-mentón. Usa la tracción mandibular: colócate por detrás de la cabeza, sujeta el ángulo de la mandíbula con los pulgares a ambos lados y desplázala hacia arriba y adelante sin mover el cuello. Esta maniobra requiere práctica y una persona dedicada solo a la vía aérea: si no la dominas y la víctima no respira, la apertura básica con precaución es preferible a no abrir la vía aérea.



Comprobación de la respiración: el MES (Mirar, Escuchar, Sentir)

Con la vía aérea abierta, tienes 10 segundos para comprobar si la persona respira de forma normal. No más: cada segundo cuenta. Acércate a la cara de la víctima girando tu cabeza hacia su pecho.

ACCIÓN	CÓMO	QUÉ BUSCAS
MIRAR	Observa el tórax y el abdomen.	Que suban y bajen de forma rítmica y simétrica.
ESCUCHAR	Acerca tu oído a la boca y nariz de la víctima.	El sonido del aire saliendo o entrando.
SENTIR	Coloca tu mejilla cerca de su boca y nariz.	El flujo de aire cálido sobre tu piel.

¿Qué hago según lo que encuentro?

RESPIRA con normalidad → Colócala en Posición Lateral de Seguridad (ver sección 3). Vigila hasta que llegue el 112.

NO RESPIRA o respira de forma anormal (boqueos, jadeos) → Inicia RCP inmediatamente. Ve al Bloque 3.

¿Qué es la respiración «agónica» o gasping?

Son boqueos irregulares, espasmódicos, con largos intervalos entre uno y otro. Pueden parecer respiración, pero **NO** lo son: indican que el corazón ha dejado de latir. Si observas este patrón en una persona inconsciente, trátala como si **NO** respirara e inicia RCP de inmediato. Este tipo de respiración puede verse hasta en el 50% de las víctimas con parada cardiorrespiratoria.

3. La Posición Lateral de Seguridad (PLS)

La Posición Lateral de Seguridad, también llamada posición de recuperación, es la postura en la que debemos colocar a toda persona inconsciente que respira con normalidad y no tiene sospecha de lesión de columna vertebral.

Su objetivo es fundamental: evitar que la víctima muera por asfixia. Una persona inconsciente puede vomitar, y en posición boca arriba el vómito puede aspirarse a los pulmones, causando una obstrucción fatal. La PLS usa la gravedad para que cualquier contenido de la boca drene hacia el exterior de forma natural.

Paso a paso: cómo ejecutar la PLS

1

Arrodíllate al lado de la víctima

Colócate de rodillas junto a ella, a la altura de su tórax. Asegúrate de tener espacio suficiente para girarla.

2

Prepara el brazo más cercano a ti

Extiende el brazo de la víctima que está más próximo a ti formando un ángulo recto con su cuerpo. El codo debe quedar doblado y la palma mirando hacia arriba. Quedará como un «tope» que evita que ruede hacia atrás.

3

Cruza el brazo lejano sobre el pecho

Toma el brazo más alejado de ti y coloca el dorso de esa mano contra la mejilla de la víctima del lado que está mirando hacia ti. Mantén tu mano sujetando la suya en esta posición.

4

Dobla la rodilla lejana

Con tu mano libre, dobla la rodilla más alejada de ti, dejando el pie apoyado en el suelo. Este punto de palanca es lo que te permitirá girarla con facilidad y sin esfuerzo.

5

Gira a la víctima hacia ti

Tirando de la rodilla doblada hacia ti, gira suavemente el cuerpo hasta que quede de lado, mirándote. La mano que colocaste bajo la mejilla actúa de almohada y mantiene la vía aérea abierta.

6

Ajusta la posición final

Comprueba que la cabeza está ligeramente inclinada hacia atrás (vía aérea abierta) y que la boca apunta ligeramente hacia el suelo para facilitar el drenaje. La rodilla superior debe quedar doblada en ángulo recto para estabilizar el cuerpo y evitar que ruede.

7

Vigila y reasegura

Quédate junto a ella. Comprueba la respiración cada minuto. Si deja de respirar, vuélvela boca arriba e inicia RCP. No la dejes sola hasta que lleguen los servicios de emergencia.



LA PLS CONSIGUE...	LA PLS NO ES ADECUADA SI...
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener abierta la vía aérea. • Evitar la aspiración de vómito. • Permitir el drenaje de secreciones. • Estabilizar el cuerpo en posición segura. • Facilitar la vigilancia de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay sospecha de lesión de columna. • La víctima ha sufrido un traumatismo grave. • No respira (en ese caso: RCP inmediata). • Hay heridas graves en el costado sobre el que se va a apoyar.

Casos especiales

CASO	ADAPTACIÓN
Embarazo (a partir del 2.º trimestre)	Colócala siempre sobre el lado izquierdo. Esto evita que el útero comprima la vena cava inferior y comprometa la circulación tanto de la madre como del feto.
Lactantes (menores de 1 año)	No uses la PLS estándar. Sostén al bebé boca abajo sobre tu antebrazo o tu muslo, con la cabeza ligeramente más baja que el tronco, sujetando la barbilla (no el cuello) con tus dedos.
Persona obesa o muy corpulenta	Busca ayuda de otro testigo para girarla. Si no es posible, coloca almohadas, mochilas o ropa enrollada en la espalda para estabilizarla en la posición girada.
Persona con escayola o miembro inmovilizado	Adáptate a la situación: intenta que el miembro afectado quede por encima y bien apoyado. Si la posición ideal no es alcanzable, prioriza siempre la apertura de la vía aérea.

4. Obstrucción de la vía aérea: el atragantamiento

El atragantamiento ocurre cuando un cuerpo extraño, habitualmente un alimento, bloquea total o parcialmente la vía aérea. Es una emergencia que puede resolverse en segundos si se actúa correctamente, o causar la muerte por asfixia si se ignora o se maneja mal.

En Ribadesella, como en cualquier entorno costero, hay que prestar especial atención a los atragantamientos con espinas de pescado, mariscos o bocados grandes en celebraciones y sidrerías. La clave es reconocerlo rápido.

Cómo reconocer un atragantamiento

OBSTRUCCIÓN PARCIAL (puede toser)	OBSTRUCCIÓN TOTAL (no puede toser)
<ul style="list-style-type: none"> • Tose con fuerza. • Puede hablar o llorar. • Lleva las manos al cuello pero emite sonido. <p>ACTÚA: anímalala a toser y vigila. No intervengas todavía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No puede toser ni hablar. • Lleva las manos al cuello (señal universal). • Cara roja o amoratada, ojos en blanco. • Pierde el conocimiento. <p>ACTÚA DE INMEDIATO: maniobra de Heimlich.</p>

La maniobra de Heimlich: adultos y niños mayores de 1 año

1

Colócate detrás de la víctima

Si está de pie o sentada, sitúate detrás de ella. Si está inconsciente en el suelo, arrodíllate a horcajadas sobre sus muslos.

2

Inclínala ligeramente hacia delante

Una ligera inclinación hacia adelante ayuda a que la gravedad colabore con la expulsión del objeto.

3

Localiza el punto de compresión

Con una mano, localiza el ombligo. Con la otra, localiza el esternón. El punto de compresión está entre ambos: en la parte superior del abdomen, justo bajo la caja torácica.

4

Posición de las manos

Cierra el puño de una mano y coloca el lado del pulgar sobre el punto de compresión. Sujeta ese puño con tu otra mano por encima.

5

Compresiones abdominales

Realiza 5 compresiones bruscas hacia adentro y hacia arriba. Cada compresión debe ser un intento de expulsar el objeto.

6

Alterna con 5 golpes interescapulares

Si las compresiones no funcionan, alterna: 5 golpes secos con el talón de la mano abierta en la espalda, entre los omóplatos. Repite la secuencia hasta que el objeto salga o la víctima pierda el conocimiento.

7

Si pierde el conocimiento

Colócala en el suelo con cuidado, llama al 112 si aún no lo has hecho, e inicia RCP. Las compresiones torácicas de la RCP pueden expulsar el objeto.



Atragantamiento en lactantes (menores de 1 año)

NUNCA uses la maniobra de Heimlich en un bebé: las compresiones abdominales pueden dañar sus órganos internos. La técnica correcta es:

- 5 golpes en la espalda: sostén al bebé boca abajo sobre tu antebrazo o muslo, con la cabeza más baja que el tronco. Aplica 5 golpes secos con el talón de la mano entre los omóplatos.
- 5 compresiones torácicas: gíralo boca arriba sobre tu otro antebrazo o muslo. Con los dos pulgares en el centro del pecho (por debajo de la línea de los pezones) o con la planta de la mano, realiza 5 compresiones rápidas y profundas.
- Alterna ambas maniobras hasta que el objeto salga o el bebé pierda el conocimiento.
- Si pierde el conocimiento: inicia RCP pediátrica y llama al 112.

¿Y si estoy solo y me atraganto?

Puedes aplicarte la maniobra de Heimlich a ti mismo: coloca el puño bajo la caja torácica y empuja con fuerza hacia adentro y hacia arriba. También puedes apoyarte sobre el respaldo de una silla o el borde de una mesa y lanzarte contra él con el abdomen. La tos forzada es el primer recurso: tose con toda la fuerza que puedas.

Resumen del Bloque 2: la persona inconsciente

- 1. Conciencia:** Llama y toca los hombros. Sin respuesta: inconsciente.
- 2. Vía aérea:** Maniobra frente-mentón para abrirla. Busca cuerpos extraños visibles.
- 3. Respiración (MES):** 10 segundos mirando, escuchando y sintiendo.
Si respira → PLS y vigila.
Si NO respira → RCP inmediata (Bloque 3).
- 4. Atragantamiento:** Si tose, animála a toser. Si no puede toser: Heimlich + golpes interescapulares.

BLOQUE 3

Parada cardiorrespiratoria y RCP

Este es el bloque más importante de toda la guía. Una parada cardiorrespiratoria (PCR) puede ocurrir en cualquier lugar y a cualquier persona: en la playa, en el mercado, en una sidrería, en casa. Y en la inmensa mayoría de los casos, la persona que está al lado, antes de que llegue ningún servicio de emergencias, eres tú.

Cada minuto que pasa sin RCP reduce las posibilidades de supervivencia entre un 7 y un 10 %. A los 10 minutos sin atención, la probabilidad de supervivencia con buena recuperación neurológica es casi nula. Los servicios de emergencia en el concejo de Ribadesella pueden tardar entre 10, 20 minutos o más en llegar a zonas rurales o costeras alejadas.

La conclusión es directa: en una PCR, el primer interviniente no es un apoyo. Es la única oportunidad real que tiene esa persona.

1. Reconocer la parada cardiorrespiratoria

El mayor obstáculo en la atención a una PCR no es la falta de formación técnica: es el tiempo perdido en reconocerla. Muchas personas dudan, esperan, comprueban una y otra vez... mientras el daño cerebral avanza de forma irreversible. Ante la duda si la persona respira o no, iniciar RCP.

La PCR tiene tres signos que, presentes juntos, confirman el diagnóstico sin lugar a dudas:

<p>INCONSCIENCIA</p> <p>No responde a la voz ni al tacto en los hombros.</p>	<p>AUSENCIA DE RESPIRACIÓN</p> <p>No respira o solo presenta gasping (boqueos agónicos irregulares).</p>	<p>AUSENCIA DE PULSO</p> <p>No hay latido carotídeo palpable. Solo lo compruebes si tienes formación: no pierdas tiempo buscando el pulso.</p>
---	---	---

En ocasiones podrás observar también: cianosis o movimientos bruscos parecidos a convulsiones.

Regla práctica para el ciudadano sin formación sanitaria

No busques el pulso. La comprobación del pulso carotídeo requiere práctica y en situaciones de estrés se hace mal incluso entre sanitarios. Si la persona está inconsciente y no respira (o solo hace boqueos), trátala como una PCR e inicia RCP de inmediato. El riesgo de NO hacer la RCP a quien la necesita, es la muerte.

Causas más frecuentes de PCR en adultos

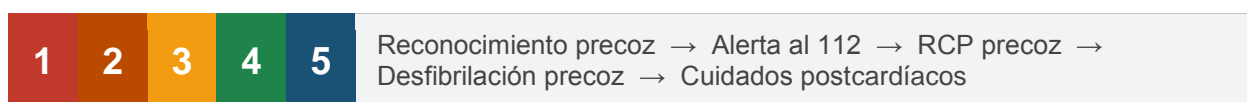
CAUSA CARDÍACA (más frecuente)	OTRAS CAUSAS
<ul style="list-style-type: none"> Infarto agudo de miocardio. Fibrilación ventricular. Taquicardia ventricular sin pulso. Otras arritmias malignas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ahogamiento (relevante en Ribadesella). Traumatismo grave. Electrocución. Obstrucción total de la vía aérea. Sobredosis de fármacos o drogas.

En bebés y niños hay que estar muy atentos si ves signos de dificultad respiratoria, ya que, a diferencia de los adultos, los niños pueden estar respirando y cesan de respirar de manera abrupta y no pueden avisar que están peor. Cualquier niño o bebé que muestre: taquipnea (respiración rápida), retracciones subcostales o intercostales, retracciones supraesternales, quejidos respiratorios (grunting), aleteo nasal, sibilancias o estridor y cianosis, se considera en insuficiencia respiratoria y es un aviso que puede ocurrir una PCR.

2. La cadena de supervivencia

La cadena de supervivencia es el modelo que describe las acciones necesarias, en orden, para maximizar las posibilidades de que una persona sobreviva a una PCR con la menor secuela neurológica posible. Se llama «cadena» porque su eficacia depende de que ningún eslabón falle: si uno se rompe, los siguientes pierden gran parte de su valor.

El Consejo Europeo de Resucitación (ERC) define actualmente cinco eslabones para la PCR extrahospitalaria:



#	ESLABÓN	QUÉ SIGNIFICA Y QUIÉN LO HACE
1	Reconocimiento precoz y alerta	El primer interviniente (tú) identifica la PCR en menos de 10 segundos y llama al 112 de inmediato. El tiempo entre el colapso y la activación del sistema es el primer determinante del resultado.
2	RCP precoz por testigos	Tú inicias las compresiones torácicas antes de que lleguen los servicios. Cada minuto de RCP de calidad sostiene artificialmente la circulación y protege el cerebro. La RCP realizada por testigos dobla o triplica la supervivencia.
3	Desfibrilación precoz con DEA	El DEA (desfibrilador externo automatizado) puede restaurar el ritmo cardíaco normal si se usa en los primeros minutos. Los DEA están disponibles en algunos lugares de Ribadesella: Centro de Salud, Pabellón Municipal, Patrulla de Policía Local, Furgoneta de Protección Civil.
4	Soporte vital avanzado	El equipo del 112 (médico, enfermero, TENS) aplica fármacos, intubación y monitorización. Este eslabón depende enteramente de los servicios de emergencias.
5	Cuidados postcardíacos	La atención especializada en UCI tras la recuperación del latido espontáneo. También depende del sistema sanitario.

El papel del ciudadano en la cadena

Los tres primeros eslabones dependen casi exclusivamente del primer interviniente. El sistema sanitario solo puede actuar bien si tú has actuado primero. Una cadena con los eslabones 1, 2 y 3 fuertes puede multiplicar por tres la supervivencia respecto a esperar la llegada de los servicios sin hacer nada.

3. RCP básica: protocolo paso a paso

La RCP (Resucitación Cardiopulmonar) básica combina compresiones torácicas y, en su modalidad completa, ventilaciones de rescate. Las compresiones son el elemento crítico: sostienen artificialmente la circulación y mantienen el cerebro y el corazón perfundidos hasta que llegue la desfibrilación o el equipo avanzado.

A continuación tienes el protocolo según las guías ERC 2025, adaptado para el ciudadano primer interviniente.

Antes de empezar: comprueba la seguridad de la escena

Aplica siempre el primer paso del PAS (Bloque 1). No te acerques si hay peligro activo que no puedas controlar.

Protocolo de RCP básica

1

Comprueba la consciencia

Sacude los hombros con firmeza y pregunta en voz alta: «¿Estás bien? ¿Me oyes?». Si no hay respuesta, está inconsciente.

2

Pide ayuda a tu entorno

Grita pidiendo ayuda. Si hay alguien cerca, asígnale tareas concretas: «Usted, llame al 112 ahora» y «Usted, busque un DEA». Si estás solo, llama tú al 112 y pon el altavoz.

3

Abre la vía aérea

Coloca a la víctima boca arriba. Aplica la maniobra frente-mentón: una mano en la frente empujando hacia atrás, dos dedos bajo el mentón tirando hacia arriba (ver Bloque 2). En niños pequeños o bebés busca una posición neutral, evita la hiperextensión. Puedes colocar una toalla o prenda de ropa enrollada bajo los hombros.

4

Comprueba la respiración (máximo 10 segundos)

MES: Mira el tórax, Escucha y Siente el flujo de aire. Si no respira o solo hace boqueos agónicos (gasping): PCR confirmada. No pierdas más tiempo.

5

Llama al 112 si aún no lo has hecho

Si estás solo, llama ahora. Pon el altavoz y coloca el móvil cerca. El operador puede guiarte durante toda la RCP.

6

Inicia las compresiones torácicas

Arrodíllate junto a la víctima a la altura de su tórax. Coloca el talón de una mano en el centro del pecho (la mitad inferior del esternón). Pon la otra mano encima, entrelazando los dedos. Brazos estirados, hombros directamente sobre el pecho de la víctima. En niños haz 5 ventilaciones de rescate antes de iniciar las compresiones, de 1 segundo cada una, dejando que el aire salga entre ventilaciones.

Los 5 parámetros de una compresión de calidad

Frecuencia	100–120 compresiones por minuto. El ritmo del estribillo de «Stayin' Alive» de los Bee Gees sirve como referencia.
Profundidad	5–6 cm en el adulto. Comprimir poco no circula sangre; comprimir demasiado puede fracturar costillas, aunque eso no debe detenerte. Es muy común romper costillas sobretodo en personas mayores.
Descompresión completa	Permite que el pecho suba completamente entre compresión y compresión. Sin descompresión completa, el corazón no se llena de sangre.
Manos en posición correcta	Talón de la mano en el centro del esternón. Dedos entrelazados y levantados, sin tocar el tórax entre compresiones.
Interrupciones mínimas	No pares más de 10 segundos salvo para colocar el DEA o hacer ventilaciones. Cada pausa interrumpe la perfusión cerebral.

7

¿Ventilaciones o solo manos?

Tras 30 compresiones, puedes añadir 2 ventilaciones de rescate (30:2) si tienes formación y te sientes capaz. Si no tienes formación o no quieres hacerlo por cualquier razón: continúa solo con compresiones sin parar. La RCP solo con manos es eficaz y es lo que recomienda el ERC para personas sin formación.

Cómo realizar las ventilaciones de rescate (si decides hacerlas)

- Mantén la maniobra frente-mentón con una mano.
- Con los dedos pulgar e índice de la mano que está en la frente, pinza la nariz de la víctima.
- Inspira normalmente (no una bocanada enorme) y sella tus labios alrededor de su boca.
- Sopla de forma suave y constante durante 1 segundo. Observa que el pecho sube.
- Retira la boca, suelta la nariz y deja que el tórax baje. Repite una segunda vez.
- El tiempo total de las 2 ventilaciones no debe superar 5 segundos. Si no consigues que el pecho suba tras 2 intentos: vuelve a las compresiones sin perder más tiempo.

8

Mantén el ciclo 30:2 sin interrupción

30 compresiones + 2 ventilaciones (o solo compresiones). Continúa sin parar hasta que: llegue el DEA y esté listo para usarse, lleguen los servicios de emergencia y te releven, la víctima recupere consciencia y comience a respirar con normalidad, o estés físicamente incapaz de continuar.

9

Relevo en las compresiones

La RCP es agotadora. Si hay más de una persona disponible, turnaos cada 2 minutos (aproximadamente 5 ciclos de 30:2). El cambio debe hacerse en menos de 5 segundos para no interrumpir la perfusión, lo mejor es que cada persona esté a un lado del paciente y no cambiarse de lugar.

30

COMPRESIONES

100–120 por minuto · 5–6 cm de profundidad

2

VENTILACIONES

1 segundo cada una · o solo manos si no tienes formación



4. El desfibrilador externo automatizado (DEA)

El DEA es un dispositivo que analiza el ritmo cardíaco de la víctima y, si detecta una arritmia tratable (fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso), descarga una corriente eléctrica que puede restablecer el ritmo normal. Es seguro, fácil de usar y está diseñado para que cualquier persona, sin formación médica, pueda operarlo.

La combinación de RCP precoz + DEA en los primeros 3-5 minutos puede elevar la supervivencia hasta el 70 %. Saber dónde está el DEA más cercano es tan importante como saber hacer RCP.

DEA en Ribadesella: dónde encontrarlos

Puntos con DEA accesibles en el concejo de Ribadesella

- Centro de Salud de Ribadesella (disponibilidad 24h en urgencias).
- Pabellón Municipal de Deportes (solo si está abierto).
- CAR Tito Bustillo (solo si está abierto).
- Patrulla de la Policía Local.
- Furgoneta de Protección Civil.
- Consulta la APP Ariadna de Cruz Roja o el mapa del Principado de Asturias en <https://ideas.asturias.es/salud>.

Cómo usar el DEA: es más fácil de lo que crees

1

Enciéndelo

Pulsa el botón de encendido o abre la tapa (según el modelo). El DEA comienza a dar instrucciones de voz. Síguelas: te irá guiando paso a paso.

2

Coloca los electrodos

El DEA lleva dos electrodos adhesivos con dibujos que indican exactamente dónde colocarlos: uno bajo la clavícula derecha y otro en el lateral izquierdo del tórax, bajo la axila. La piel debe estar seca y limpia. Si hay mucho vello, aféitalo con la cuchilla que incluye el DEA. En niños pequeños e infantes coloque un electrodo por delante y otro por detrás en el tórax para evitar que se toquen los parches.

3

Aléjate y deja que analice

El DEA analiza el ritmo cardíaco automáticamente. Durante el análisis, nadie debe tocar a la víctima: cualquier movimiento puede interferir. El DEA dirá «analizando» y pedirá que nadie toque a la víctima.

4

Descarga si el DEA lo indica

Si el ritmo es tratable, el DEA cargará automáticamente y pedirá que pulses el botón de descarga (en modelos semiautomáticos) o la aplicará solo (en modelos totalmente automáticos). Asegúrate de que nadie toca a la víctima y pulsa el botón.

5

Reanuda la RCP inmediatamente

Tras la descarga, vuelve a las compresiones de inmediato, sin esperar. El DEA te indicará cuándo volver a analizar (generalmente cada 2 minutos). Continúa el ciclo RCP + DEA hasta que lleguen los servicios.



Fuente: zool.com

El DEA no descargará si no es necesario

Muchas personas temen «matar» a alguien con el DEA o descargarlo erróneamente. Es imposible: el DEA solo recomienda descarga si detecta un ritmo que puede corregirse con ella. Si el corazón ya late con normalidad, el DEA lo detecta y no carga. Puedes usarlo con total seguridad.

CUÁNDO SÍ usar el DEA	PRECAUCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Persona inconsciente que no respira. • En cualquier momento durante la RCP. • En adultos y niños mayores de 8 años o 25 kg (con electrodos de adulto). • En niños de 1 a 8 años, si existen electrodos pediátricos usarlos. En caso que no haya pediátricos, deben ponerse los de adulto uno en el pecho y otro en la espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie mojada: seca el tórax antes de colocar los electrodos. • Marcapasos visible: coloca el electrodo al menos 5 cm separado del dispositivo. • Parches de medicación en el tórax: retíralos antes de colocar los electrodos y limpia la piel. • No uses en lactantes menores de 1 año sin indicación específica.

5. Circunstancias especiales en Ribadesella

PCR por ahogamiento

El ahogamiento es causa probable de PCR en el entorno de Ribadesella, con la costa cantábrica, el río Sella y las actividades náuticas. En la PCR por ahogamiento, la causa es la falta de oxígeno (PCR asfíctica), no una arritmia cardíaca primaria. Por ello, en este caso las ventilaciones son tan importantes como las compresiones, incluso para el ciudadano sin formación avanzada.

Protocolo específico para PCR por ahogamiento

- Si puedes hacerlo con seguridad, inicia la RCP en el agua con ventilaciones de rescate mientras trasladas a la víctima a tierra (solo si tienes formación en rescate acuático).
- En cuanto la víctima esté en tierra firme: 5 ventilaciones iniciales de rescate antes de iniciar las compresiones. Esto difiere del protocolo estándar del adulto.
- Luego continúa con ciclos 30:2 como en el protocolo estándar.
- La hipotermia asociada al agua fría del Cantábrico o del Sella puede ser un factor protector: se han registrado recuperaciones neurológicas completas tras tiempos prolongados de PCR en agua fría. No abandones la RCP prematuramente.
- Llama siempre al 112 e indica si el ahogamiento es en mar, río o zona de baño.

PCR en el monte o zonas de difícil acceso

En las zonas de monte del concejo, el tiempo de llegada de los servicios puede ser superior a 20-30 minutos. En estos casos:

- La RCP continuada es todavía más crítica: no pares bajo ningún concepto mientras tengas fuerzas.
- El 112 puede activar el helicóptero medicalizado del HUCA si es necesario.
- Si hay más de una persona, establece turnos de 2 minutos para mantener la calidad de las compresiones.
- Un DEA portátil en el equipo de montaña o en vehículos de Protección Civil puede ser determinante.

Resumen del Bloque 3: lo que debes recordar siempre

Reconoce la PCR: inconsciente + no respira = actúa ya.

Llama al 112: pon el altavoz y deja que te guíen.

Compresiones de calidad: centro del pecho, 5-6 cm, 100-120/min, sin pausas.

DEA cuanto antes: enciéndelo, pega los electrodos, sigue sus instrucciones.

No pares: continúa hasta que llegue el relevo profesional o la víctima recupere el latido.

BLOQUE 4

Hemorragias y heridas

Las hemorragias y las heridas son las emergencias más frecuentes a las que se enfrenta un primer interviniente: accidentes domésticos, caídas en el monte, accidentes de tráfico en la AS-263, traumatismos en actividades náuticas o de surf. La mayoría son leves y se resuelven con actuaciones sencillas. Pero algunas pueden ser letales en cuestión de minutos si no se actúa con rapidez y método.

En este bloque aprenderás a distinguir entre una hemorragia leve y una grave, a controlarla de forma eficaz con los recursos que tienes a mano, y a atender los distintos tipos de heridas que pueden presentarse en el entorno de Ribadesella.

1. Tipos de hemorragia: reconocer la gravedad

No toda hemorragia es igual. La gravedad depende del tipo de vaso afectado, del volumen de sangre perdido y de la velocidad de pérdida. Identificar el tipo te permite actuar con la urgencia adecuada.

TIPO	CARACTERÍSTICAS	GRAVEDAD	URGENCIA
Capilar	Sangrado difuso en sábana, lento, color rojo oscuro. Típico en arañazos y abrasiones.	Baja	Baja. Limpia y cubre.
Venosa	Flujo continuo y sostenido, color rojo oscuro. No pulsa.	Moderada-alta	Alta. Compresión directa inmediata.
Arterial	Sangrado a borbotones o en chorro pulsátil, color rojo vivo. Puede perder litros en minutos.	Muy alta	Máxima. Compresión firme y torniquete si no cede.
Interna	No hay sangre visible. Signos: palidez, sudoración fría, mareo, pulso rápido y débil, abdomen rígido.	Potencialmente letal	Máxima. Llama al 112, posición antishock, no dar nada por boca.

Señales de alarma: cuándo una hemorragia es una emergencia vital

- La ropa o el apósito se empapan de sangre en menos de 5 minutos a pesar de la compresión.
- La víctima está pálida, fría, sudorosa, confusa o con sensación de mareo: son signos de shock hipovolémico.
- La hemorragia es en el cuello, la ingle o la axila: son zonas donde los vasos son de gran calibre y el riesgo de muerte es inmediato.
- No puedes localizar el origen del sangrado o sospechas hemorragia interna.

En cualquiera de estos casos: llama al 112 de inmediato si aún no lo has hecho y aplica todas las medidas de control de hemorragia disponibles mientras esperas.

2. Control de hemorragias externas: protocolo X-ABC

Las guías internacionales de trauma han incorporado la letra X (de Control de hemorragia catastrófica) antes del ABC clásico. Esto refleja una realidad médica: una hemorragia masiva mata en minutos, antes de que la falta de vía aérea o de respiración sean el problema. En una emergencia con sangrado grave, controla primero la hemorragia.

Técnica 1: compresión directa (primera opción siempre)

Es la técnica más eficaz, más segura y la que debes aplicar siempre en primer lugar ante cualquier hemorragia externa significativa.

1

Protégete

Usa guantes si los tienes. Si no, improvisa con una bolsa de plástico, ropa o cualquier barrera entre tu piel y la sangre de la víctima. Nunca pongas en riesgo tu propia salud.

2

Aplica presión directa

Coloca sobre la herida el apósito más absorbente que tengas: gasas, un pañuelo limpio, ropa. Presiona con firmeza con la palma de la mano o con los dedos. La presión debe ser firme y continua.

3

Mantén la presión sin levantar

No levantes el apósito para comprobar si ha parado: cada vez que lo haces, destruyes los coágulos que se están formando. Si el apósito se empapa, añade otro encima sin retirar el primero y aumenta la presión.

4

Mantén al menos 10 minutos

La coagulación necesita tiempo. Mantén la presión firme y continua durante un mínimo de 10 minutos sin soltar. Si después de ese tiempo la hemorragia no se ha controlado, considera el torniquete o el vendaje compresivo.

Técnica 2: vendaje compresivo

Cuando la compresión directa sola no es suficiente para controlar la hemorragia, o cuando necesitas liberar las manos para atender otras necesidades, el vendaje compresivo mantiene la presión de forma sostenida.

- Coloca una almohadilla gruesa (gasas apiladas, ropa doblada) directamente sobre la herida. Si tienes en el botiquín vendaje hemostático es lo ideal.
- Envuelve con una venda elástica o cualquier tela larga, comenzando por debajo de la herida y subiéndola, solapando cada vuelta un tercio sobre la anterior.
- El vendaje debe ser firme: si introducir un dedo bajo él resulta imposible, está bien puesto. Si los dedos de la mano o el pie cambian de color (azulados o muy pálidos), está demasiado apretado: afloja ligeramente.
- Fija el extremo con un nudo, un imperdible o cinta adhesiva.

3. El torniquete: cuándo y cómo aplicarlo

El torniquete es una de las intervenciones más controvertidas en los primeros auxilios populares, rodeada de mitos y temores infundados. La realidad médica actual es clara: el torniquete bien aplicado salva vidas en hemorragias masivas de extremidades, y su uso en civiles en situaciones de emergencia está respaldado por las principales guías internacionales de trauma (PHTLS, TCCC, ERC).

El miedo histórico a que el torniquete cause amputaciones ha llevado a muchas personas a no aplicarlo cuando era necesario, con resultados fatales. La evidencia reciente, especialmente de contextos de alto traumatismo, demuestra que el riesgo de daño grave por torniquete bien aplicado durante menos de dos horas es mínimo, e infinitamente menor que el riesgo de morir por exanguinación.

Cuándo está indicado el torniquete

APLICA TORNQUETE si...	NO apliques torniquete si...
<ul style="list-style-type: none"> • La hemorragia es en brazo o pierna y no cede con compresión directa. • El sangrado es arterial (a borbotones) y masivo. • Hay amputación parcial o total de un miembro. • No puedes mantener la compresión directa (víctimas múltiples, condiciones de seguridad). 	<ul style="list-style-type: none"> • La herida está en el cuello, tórax, abdomen o cabeza: el torniquete no es aplicable en estas zonas. • La hemorragia es leve o moderada y la compresión directa la controla. • No estás seguro de si la hemorragia es realmente grave.



Toma el curso Stop the Bleed de Control de Hemorragias con nosotros

Torniquete comercial (CAT, SOFTT-W): protocolo de aplicación

Si tienes acceso a un torniquete comercial tipo CAT (Combat Application Tourniquet) o similar, es siempre preferible al improvisado. Su uso es más sencillo, más fiable y reduce el riesgo de error.

1

Posición: 5-7 cm por encima de la herida

Nunca sobre la articulación (rodilla o codo). El torniquete debe estar en el segmento óseo del miembro (muslo o brazo), nunca en la articulación ni sobre la herida directamente.

2

Pasa el miembro por el bucle y ajusta la tira de velcro

Aprieta la tira lo más posible antes de empezar a girar el cabrestante. Cuanto más ajustada esté la tira inicial, menos vueltas necesitarás.

3

Gira el cabrestante hasta que el sangrado cese

Gira la barra del cabrestante sin piedad: debe doler. El torniquete que no duele probablemente no está lo suficientemente apretado para cortar el flujo arterial. Confirma que el sangrado ha cesado antes de asegurar.

4

Asegura el cabrestante

Fija la barra en el soporte de seguridad del torniquete para que no gire hacia atrás y se afloje.

5

Anota la hora de colocación

Escribe con rotulador directamente sobre el torniquete la hora exacta de aplicación (ej: «TQ 14:37»). Esta información es crítica para el equipo médico que le atienda después.

6

No lo retires ni lo aflojes

Una vez colocado, el torniquete no debe retirarse ni aflojarse por el primer interviniente. Solo el personal sanitario con acceso a recursos avanzados puede tomar esa decisión. Infórmales de la hora de colocación en cuanto lleguen.

Torniquete improvisado: cuando no hay otro recurso

Si no dispones de un torniquete comercial y la hemorragia es masiva e incontrolable, puedes improvisar uno. Es una medida de último recurso, menos fiable que el comercial, pero puede salvar una vida.

Materiales y técnica del torniquete improvisado

Materiales válidos:

- Corbata, cinturón, tira de ropa resistente, cinta de embalaje o cualquier material que tenga al menos 4 cm de anchura.
- Un palo, bolígrafo grueso, tijeras o cualquier objeto rígido que sirva de cabrestante.

Materiales NO válidos:

- Cuerdas, alambre, cable o cualquier material de menos de 3 cm de anchura: cortan los tejidos sin cortar el flujo sanguíneo.

Técnica:

- Dobla el material en banda de al menos 4-5 cm de ancho.
- Colócalo 5-7 cm por encima de la herida, sin cruzar la articulación.
- Da dos vueltas alrededor del miembro y haz un nudo.
- Coloca el objeto rígido sobre el nudo y haz un segundo nudo sobre él.
- Gira el objeto rígido como un cabrestante hasta que el sangrado cese.
- Asegura el objeto rígido con otro nudo o tirando de él bajo la banda para que no se afloje.
- Anota la hora de colocación en la víctima.

Mito: el torniquete siempre causa amputación

Falso. La evidencia médica acumulada en contextos de trauma civil y militar demuestra que un torniquete correctamente aplicado durante menos de dos horas rara vez causa daño permanente. Lo que sí causa daño permanente e irreversible es la muerte por exanguinación. Si la situación lo requiere, aplica el torniquete sin dudar.

4. Tipos de heridas y su atención

Una herida es cualquier pérdida de continuidad en la piel o los tejidos subyacentes producida por un agente externo. Su gravedad depende de la profundidad, extensión, localización, mecanismo de producción y grado de contaminación.

Heridas leves: limpieza y protección

1

Lávate las manos o usa guantes

Antes de tocar la herida, protégete y protege a la víctima de una infección cruzada.

2

Controla el sangrado con compresión suave

En heridas leves, la compresión con una gasa limpia durante 3-5 minutos suele ser suficiente.

3

Limpia la herida con agua y jabón o suero fisiológico

Irriga abundantemente desde el centro hacia fuera. Elimina cualquier cuerpo extraño visible y pequeño (tierra, gravilla, vidrio).

4

Desinfecta la herida

El agua oxigenada y el alcohol dañan el tejido de granulación y retrasan la cicatrización. Úsalos solo si no tienes disponible Betadine o Clorhexidina (preferible).

5

Cubre con apósito estéril o limpio

Usa una gasa estéril o un apósito adhesivo. Cambia el apósito si se moja o ensucia.

6

Valora la vacuna antitetánica

Si la herida es profunda, producida por objeto oxidado, contaminada con tierra o animal, o si la víctima no tiene la vacuna al día, debe acudir al Centro de Salud para valoración.

Heridas graves: cuándo actuar de otra manera

Una herida requiere atención médica urgente si...

- El sangrado no se controla tras 10 minutos de compresión directa firme.
- La herida es profunda y puede afectar a tendones, huesos o estructuras internas.
- Los bordes están muy separados y requerirán sutura (más de 1 cm de apertura).
- Hay un objeto enclavado en la herida.
- La herida es en el tórax o el abdomen (riesgo de afectación de órganos internos).
- La herida es en la cabeza con pérdida de conocimiento o confusión.
- Hay signos de infección: calor, enrojecimiento que se extiende, pus, fiebre (si han pasado horas).
- La víctima es un niño, un anciano o una persona inmunodeprimida.



Situaciones específicas

SITUACIÓN	ACTUACIÓN CORRECTA
Objeto enclavado	NUNCA retires el objeto: actúa como tapón de la hemorragia y su extracción puede desencadenar un sangrado masivo. Inmoviliza el objeto con apósitos colocados a ambos lados sin presionarlo y traslada a urgencias.
Hemorragia nasal (epistaxis)	Inclina la cabeza ligeramente hacia delante (no hacia atrás: la sangre iría a la garganta). Comprime las aletas nasales con los dedos durante 10-15 minutos sin soltar. Aplica frío en el puente de la nariz. Si no cede en 20 minutos, acude al Centro de Salud.
Herida en el ojo	No intentes retirar nada del ojo. Cubre ambos ojos con un apósito limpio sin presión (cubrir los dos evita el movimiento involuntario del ojo afectado). No laves el ojo si hay objeto enclavado. Traslada a urgencias.
Herida en el tórax con entrada de aire	Si oyes un sonido de succión al respirar, es una herida torácica abierta. Cubre con un apósito de tres lados (uno sin sellar para que salga el aire). Llama al 112 inmediatamente: es una emergencia vital.
Herida abdominal con vísceras expuestas	NUNCA intentes reintroducir las vísceras en el abdomen. Cúbrelas con apósitos húmedos (empapados en suero o agua limpia) y mantén la zona húmeda. No des nada por boca. Llama al 112 y traslada urgentemente.
Mordedura de animal	Lava abundantemente con agua y jabón durante al menos 5 minutos. Acude siempre al Centro de Salud para valorar la necesidad de vacuna antirrábica y antitetánica, especialmente si es un animal desconocido.
Heridas por fauna marina (Ribadesella)	Pez escorpión, medusa, erizo: extrae espinas visibles con pinzas. Sumerge en agua caliente (no hirviendo, 40-45 °C) durante 30-90 minutos para las picaduras de pez escorpión: el calor desnaturaliza el veneno. Para medusas, retira los tentáculos con guantes o tarjeta, aplica suero salino. Nunca orina ni agua dulce: agravan la lesión.

5. El shock hipovolémico: reconocerlo y actuar

El shock hipovolémico es la consecuencia de una pérdida importante de volumen sanguíneo. El organismo intenta compensarla acelerando el corazón y contrayendo los vasos periféricos, pero cuando la pérdida supera su capacidad de compensación, los órganos vitales comienzan a fallar. Es una emergencia que requiere atención médica urgente.

SHOCK LEVE	SHOCK MODERADO	SHOCK GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> • Piel pálida y fría. • Pulso rápido (>100/min). • Sed. • Ligera ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez intensa, sudoración fría. • Pulso muy rápido y débil. • Confusión, agitación. • Respiración rápida y superficial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de consciencia. • Pulso apenas perceptible. • Respiración muy irregular. • Labios y uñas cianóticos (azulados).

En niños pequeños y bebés puede presentarse cianosis desde una

Qué hacer ante signos de shock

1

Llama al 112 inmediatamente

El shock hipovolémico requiere tratamiento médico con fluidos intravenosos. El primer interviniente no puede tratar el shock, solo puede sostenerlo.

2

Controla la hemorragia con todos los medios disponibles

Compresión directa, vendaje compresivo, torniquete si procede. El origen del shock es la pérdida de sangre: ese es el único punto donde puedes intervenir.

3

Posición antishock (Trendelenburg modificada)

Tumba a la víctima boca arriba y eleva las piernas unos 30-45 cm sobre el nivel del corazón (usa una mochila, una maleta, lo que tengas). Esto favorece el retorno venoso al corazón y al cerebro. No uses esta posición si hay traumatismo craneal, torácico o dificultad respiratoria.

4

Abriga a la víctima

El shock causa hipotermia progresiva. Cubre con una manta, ropa o lo que tengas disponible. La hipotermia empeora la coagulación y agrava el shock.

5

No des nada por boca

Ni agua, ni alimentos, ni medicamentos. Una persona en shock puede necesitar cirugía urgente y el contenido gástrico es un riesgo anestésico grave.

6

Habla con ella y vigila constantemente

Mantén a la víctima consciente hablándole. Comprueba la respiración y el nivel de consciencia cada minuto. Si pierde el conocimiento y deja de respirar, inicia RCP.

Resumen del Bloque 4: hemorragias y heridas

X primero: controla la hemorragia catastrófica antes que cualquier otra cosa.

Compresión directa: primera opción siempre. Firme, continua y sin levantar el apósito.

Torniquete: cuando la compresión no basta en extremidades. Anota siempre la hora.

Nunca retires objetos enclavados. Inmoviliza y traslada.

Shock: 112 inmediato, controla el sangrado, posición antishock, abriga, no des nada por boca.

BLOQUE 5

Traumatismos y lesiones físicas

Los traumatismos son la causa más frecuente de consulta de urgencias en España y una de las principales razones de intervención de Protección Civil y servicios de emergencias en entornos como el nuestro. Caídas en el monte, accidentes de surf en La playa de Vega o Santa Marina, golpes en actividades deportivas, accidentes de tráfico en la N-632 o la AS-263, quemaduras en el hogar: el traumatismo en todas sus formas forma parte de la realidad cotidiana del concejo.

Este bloque te enseña a identificar fracturas, esguinces y luxaciones, a inmovilizarlos correctamente con los medios disponibles, a reconocer y manejar una posible lesión de columna, y a actuar ante quemaduras de distinta gravedad.

1. Fracturas, esguinces y luxaciones

Estas tres lesiones afectan al sistema musculoesquelético y con frecuencia son difíciles de distinguir sin pruebas de imagen. Lo que importa desde el punto de vista del primer interviniente no es el diagnóstico exacto, sino actuar de forma que no agravemos la lesión y preparemos a la víctima para el traslado.

Cómo distinguirlas: señales orientativas

LESIÓN	QUÉ ES	SIGNOS ORIENTATIVOS	URGENCIA
Esguince	Estiramiento o rotura parcial de ligamentos de una articulación.	Dolor al movimiento, inflamación, posible hematoma. La articulación puede usarse con dificultad.	Media. Inmoviliza y aplica frío. Valora en urgencias si el dolor es intenso o no puede apoyar.
Luxación	Desplazamiento total de los huesos de una articulación entre sí.	Deformidad visible, posición antinatural del miembro, dolor intenso, impotencia funcional total.	Alta. Inmoviliza en la posición en que está. NUNCA intentes reducirla. Urgencias siempre.
Fractura cerrada	Rotura del hueso sin herida en la piel.	Dolor intenso, inflamación, deformidad, crepitación al palpar, impotencia funcional.	Alta. Inmoviliza el miembro tal como está, incluyendo las articulaciones superior e inferior a la fractura.
Fractura abierta	Rotura del hueso con herida en la piel, a veces con el hueso visible.	Todos los signos anteriores más herida con posible exposición ósea y hemorragia asociada.	Muy alta. Controla la hemorragia, cubre la herida, inmoviliza y llama al 112.

Principio universal: inmovilizar tal como está

La regla de oro ante cualquier sospecha de fractura o luxación es inmovilizar el miembro en la posición en que se encuentra, sin intentar corregir ni alinear. Mover un hueso fracturado o una articulación luxada sin los medios adecuados puede lesionar vasos sanguíneos, nervios y tejidos blandos circundantes, convirtiendo una lesión grave en una catástrofe.

Inmovilización con férula improvisada

Si los servicios de emergencias van a tardar, si hay que trasladar a la víctima o si el dolor es muy intenso, una inmovilización correcta con medios improvisados puede marcar la diferencia.

1

Reúne los materiales

Cualquier objeto rígido más largo que el miembro afectado sirve como férula: palos, paraguas, tablones, cartón grueso enrollado, esquís, remos. Para acolchar usa ropa, toallas o cualquier material blando.

2

Acolcha la férula

Coloca material blando entre la férula rígida y el miembro para evitar presión directa sobre prominencias óseas como tobillos, rodillas o muñecas.

3

Inmoviliza incluyendo la articulación superior e inferior

Una fractura de tibia requiere inmovilizar desde el tobillo hasta por encima de la rodilla. Una fractura de antebrazo, desde la mano hasta por encima del codo. Esto es lo que distingue una buena inmovilización de una mala.

4

Sujeta con vendas, tiras de ropa o cinturones

Fija la férula por encima y por debajo de la fractura, nunca directamente sobre el punto de máximo dolor. Los lazos deben estar firmes pero no tan apretados que comprometan la circulación.

5

Comprueba la circulación distal

Tras la inmovilización, verifica cada 10-15 minutos que los dedos (de mano o pie) tienen sensibilidad, temperatura normal y relleno capilar adecuado (al presionar la uña debe recuperar el color rosado en menos de 2 segundos). Si están fríos, azulados o entumecidos, afloja el vendaje.

Inmovilización específica por zonas

ZONA	TÉCNICA RECOMENDADA
Tobillo / pie	Inmoviliza en ángulo de 90°. Usa una almohada o ropa enrollada en U alrededor del pie y venda sobre ella.
Rodilla	Inmoviliza en la posición en que está (nunca fuerces la extensión). Férula posterior larga desde el muslo hasta el tobillo.
Fémur (muslo)	Fractura de alta energía y hemorragia interna importante. Llama al 112. Inmoviliza el miembro completo. Signos de shock frecuentes: vigílalos.
Antebrazo / muñeca	Cabestrillo con el brazo en ángulo recto apoyado contra el tórax. Añade férula rígida si hay deformidad.
Clavícula	Cabestrillo del brazo del lado afectado. El paciente suele sujetarse el codo instintivamente: esa posición es la correcta.
Costillas	No se inmovilizan externamente (comprime la respiración). Anima a la víctima a sujetar la zona dolorosa con la mano. Sospecha neumotórax si tiene dificultad respiratoria creciente.

Lo que NUNCA debes hacer ante una fractura o luxación

- Intentar reducir una luxación o realinear un hueso fracturado: solo el médico con los medios adecuados puede hacerlo.
- Masajear la zona lesionada: agrava el daño en tejidos blandos y puede desplazar fragmentos óseos.
- Aplicar calor en las primeras 48 horas: el calor aumenta la inflamación. Usa frío (nunca directamente sobre la piel).
- Dejar caminar a alguien con sospecha de fractura en pierna o tobillo antes de descartar lesión ósea.
- Ignorar una fractura abierta: el riesgo de infección ósea (osteomielitis) es muy alto si no se trata a tiempo.

2. Lesiones de columna vertebral

Las lesiones de columna vertebral son las más temidas en traumatología por una razón sencilla: una actuación incorrecta puede convertir una fractura vertebral sin lesión neurológica en una tetraplejía o paraplejía permanente. La médula espinal es extremadamente frágil; un fragmento óseo desplazado por un movimiento brusco puede seccionarla en décimas de segundo.

Mecanismos frecuentes de lesión vertebral pueden ser ocasionados por accidentes de surf, las caídas en el monte, los accidentes de tráfico y los traumatismos en actividades náuticas.

Cuándo sospechar lesión de columna

MECANISMO DE LESIÓN SOSPECHOSO	SÍNTOMAS QUE DEBEN ALERTARTE
<ul style="list-style-type: none"> • Accidente de tráfico con impacto directo. • Caída desde más de la propia altura. • Impacto en la cabeza o el cuello (surf, buceo, zambullida). • Traumatismo de alta energía en espalda o cuello. • Persona inconsciente tras traumatismo (siempre sospecha lesión cervical). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en cuello o espalda tras el traumatismo. • Sensación de descarga eléctrica en brazos o piernas. • Entumecimiento, hormigueo o debilidad en extremidades. • Incapacidad para mover brazos o piernas. • Pérdida de control de esfínteres.

Protocolo de actuación ante sospecha de lesión vertebral

El principio fundamental es uno solo: no mover a la víctima salvo que su vida corra peligro inmediato en esa posición. Toda actuación gira en torno a este principio.

1

No muevas a la víctima

Si la víctima está consciente y no hay peligro inminente (fuego, agua, gas), no la muevas. Dile que permanezca quieta y tranquilízala. Tu misión es evitar el movimiento, no trasladarla.

2

Llama al 112 de inmediato

Informa del mecanismo de lesión y de la sospecha de traumatismo vertebral. El operador activará los recursos adecuados, que incluyen equipos con collarín y tabla espinal.

3

Estabiliza manualmente la cabeza

Colócate por detrás o al lado de la cabeza de la víctima y sujétala suavemente con las dos manos a ambos lados, sin tirar ni rotar, manteniéndola alineada con el eje del cuerpo. Mantén esta posición hasta que llegue el equipo de emergencias.

4

Si está inconsciente pero respira

Mantén la estabilización manual de la cabeza. Si vomita, es preferible girar todo el cuerpo en bloque (técnica de volteo en tronco) que dejarla aspirar el vómito. Esto requiere al menos dos personas.

5

Si no respira: la vida tiene prioridad sobre la columna

Inicia RCP. Una persona muerta no se recupera de una lesión medular. La RCP puede iniciarse manteniendo la cabeza lo más alineada posible, pero el riesgo de lesión medular es secundario ante la PCR.

Lesión vertebral en el agua: el gran riesgo de Ribadesella

Un surfista o bañista con impacto en el fondo o las rocas puede sufrir una fractura cervical mientras está en el agua. Si la víctima está consciente en el agua y refiere dolor cervical o pérdida de sensibilidad, mantén su cabeza fuera del agua y alineada mientras la acercas a la orilla con el mínimo movimiento posible del cuello. Nunca la saques del agua de un tirón por los brazos o las piernas. Llama al 112 desde el primer momento.

3. Quemaduras: clasificación y primeros auxilios

Las quemaduras son lesiones producidas por el calor, el frío extremo, la electricidad, sustancias químicas o la radiación. Su gravedad depende de la profundidad, la extensión y la localización. En el entorno doméstico de Ribadesella las más frecuentes son las térmicas (cocina, barbacoa, agua caliente), aunque el entorno marino también genera quemaduras por sol prolongado y por contacto con medusas.

Clasificación por grados

GRADO	CAPAS AFECTADAS	ASPECTO	DOLOR	EJEMPLO
1.er grado (superficial)	Epidermis	Piel roja, seca, sin ampollas. Similar a una quemadura solar.	Intenso	Sol, agua caliente breve.
2.º grado (parcial)	Epidermis + dermis parcial	Ampollas, piel húmeda, enrojecimiento intenso, muy dolorosa.	Muy intenso	Líquido hirviendo, llama breve.
3.er grado (profundo)	Todas las capas de la piel	Piel blanca, marrón o carbonizada. Aspecto seco y coriáceo. Sin dolor (nervios destruidos).	Ausente o mínimo	Fuego prolongado, electricidad.
4.º grado	Piel + tejidos profundos (músculo, hueso)	Carbonización visible, posible exposición ósea.	Ausente	Electricidad de alta tensión, fuego prolongado.

La regla de los 9: calcular la extensión

La extensión de la quemadura se mide como porcentaje de la superficie corporal total (SCT). La regla de los 9 asigna un porcentaje a cada región del cuerpo adulto:

REGIÓN CORPORAL	% SCT	REGIÓN CORPORAL	% SCT
Cabeza y cuello	9 %	Cada pierna completa	18 %
Cada brazo completo	9 %	Genitales	1 %
Tórax anterior	18 %	Referencia rápida: la palma de la mano de la víctima (incluidos dedos) equivale aproximadamente al 1 % de su SCT.	
Tórax posterior	18 %		

Cuándo una quemadura es una emergencia: llama al 112

- Quemadura de 2.º grado con más del 10 % de SCT en adultos, o cualquier extensión en niños.
- Cualquier quemadura de 3.er o 4.º grado, independientemente de la extensión.
- Quemadura en cara, manos, pies, genitales, pliegues articulares o circunferencial (rodea todo un miembro).
- Quemadura por electricidad o por producto químico.
- Quemadura con inhalación de humo: ronquera, tos, quemaduras en boca o nariz, cejas chamuscadas.
- Víctima anciana, niño menor de 5 años, embarazada o persona con enfermedades previas.

Protocolo de primeros auxilios en quemaduras térmicas

1

Aleja a la víctima de la fuente de calor

Aplica el PAS: protege la escena antes de acercarte. Apaga las llamas cubriendo con una manta o haciéndola rodar por el suelo. No uses agua a presión sobre llamas con aceite o grasa.

2

Enfría la quemadura con agua fría corriente

Aplica agua fría (15-25 °C) sobre la zona quemada durante al menos 20 minutos. Esta es la intervención más eficaz disponible para el primer interviniente: reduce la profundidad de la quemadura, alivia el dolor y limita el daño tisular. Comienza cuanto antes; el efecto es significativo hasta 3 horas después de la quemadura.

3

No uses hielo, agua muy fría ni pomadas

El hielo provoca vasoconstricción y puede agravar la lesión. Las pomadas, mantequilla, pasta de dientes u otros remedios caseros contaminan la herida e interfieren con el tratamiento médico posterior.

4

Retira ropa y joyas de la zona

Con cuidado, retira ropa, relojes, pulseras o anillos de la zona afectada antes de que aparezca el edema. No intentes retirar ropa adherida a la piel quemada: córtala alrededor.

5

No revientes las ampollas

Las ampollas actúan como barrera protectora estéril sobre la quemadura. Si se rompen, aumenta el riesgo de infección. Si una ampolla ya está rota, cubre con apósito estéril sin presionar.

6

Cubre con apósito estéril húmedo

Usa gasas estériles o apósitos empapados en suero fisiológico o agua limpia. En ausencia de material sanitario, un paño limpio húmedo es preferible a dejar la quemadura expuesta. Nunca uses algodón (deja fibras).

7

Prevén la hipotermia

El enfriamiento prolongado de grandes áreas quemadas puede provocar hipotermia, especialmente en niños o ancianos. Cubre el resto del cuerpo y los miembros no afectados con una manta.

Quemaduras químicas

Las quemaduras por productos químicos (ácidos, álcalis, lejías concentradas, productos industriales) tienen características específicas que modifican la actuación:

Protocolo para quemaduras químicas

1

Protégete tú primero

Usa guantes si los tienes. El producto que quemó a la víctima puede quemarte también a ti.

2

Retira la ropa contaminada con cuidado

Usa guantes o bolsas de plástico para manipularla. La ropa empapada en producto químico sigue quemando.

3

Lava con agua abundante durante al menos 20-30 minutos

Más tiempo que en las quemaduras térmicas. No uses neutralizantes (vinagre sobre álcalis, bicarbonato sobre ácidos): la reacción química genera calor y agrava la lesión.

4

Llama al 112 e informa del producto

El nombre del producto o el número de la ficha de seguridad es crucial para el tratamiento médico posterior.

Quemaduras eléctricas

Las quemaduras eléctricas son engañosas: el orificio de entrada y el de salida pueden parecer pequeños, pero el daño interno a lo largo del trayecto de la corriente puede ser devastador, afectando al músculo cardíaco y provocando arritmias graves horas después del accidente.

Puntos críticos en quemaduras eléctricas

- Antes de tocar a la víctima: asegúrate de que la corriente está cortada. Un electrocutado que sigue en contacto con la fuente eléctrica te electrocutará a ti también.
- Busca dos heridas: la de entrada (donde entró la corriente) y la de salida (donde salió, normalmente hacia tierra). Ambas necesitan atención.

- Vigila el ritmo cardíaco: la corriente eléctrica puede desencadenar fibrilación ventricular. Toda víctima de electrocución debe ser evaluada en urgencias aunque parezca estar bien.
- Si hay PCR: inicia RCP de inmediato. Las víctimas de electrocución tienen especialmente buenas posibilidades de recuperación con RCP precoz.
- Sospecha fractura vertebral: el espasmo muscular causado por la descarga puede fracturar vértebras.

4. Emergencias por temperatura: golpe de calor e hipotermia

Golpe de calor

El golpe de calor es una emergencia médica grave en la que la temperatura corporal supera los 40 °C y el organismo pierde la capacidad de termorregularse. Puede ser mortal si no se actúa con rapidez. En Ribadesella se da especialmente en veranos calurosos durante actividades físicas prolongadas al sol o en personas mayores sin ventilación.

RECONOCERLO	QUÉ HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal muy alta (>40 °C). • Piel caliente, roja y SECA (a diferencia del agotamiento por calor, donde hay sudoración). • Confusión, desorientación, delirio o pérdida de consciencia. • Dolor de cabeza intenso, náuseas. • Pulso rápido y fuerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llama al 112 inmediatamente. • Traslada a la sombra o a un lugar fresco. • Enfría activamente: aplica agua fría en cuello, axilas e ingles. Usa ventilador o abanico. • Si está consciente: ofrece agua fría a pequeños sorbos. • Si está inconsciente: posición lateral de seguridad y vigila la respiración.

Hipotermia

La hipotermia se produce cuando la temperatura corporal desciende por debajo de 35 °C. En Ribadesella es un riesgo real en actividades acuáticas (el agua del Cantábrico rara vez supera los 18-20 °C incluso en verano), en el monte en condiciones adversas y en personas mayores en invierno.

GRADO	SIGNOS	ACTUACIÓN
Leve (32-35 °C)	Tiritona intensa, torpeza, confusión leve, piel pálida.	Aleja del frío. Ropa seca. Bebidas calientes si está consciente. Cubre bien.
Moderada (28-32 °C)	Cesa la tiritona (grave señal), somnolencia, habla pastosa, pulso lento.	Llama al 112. Maneja con extrema delicadeza: el corazón hipotérmico es muy sensible a las arritmias. No frotés ni masajees.
Grave (<28 °C)	Inconsciencia, pupilas dilatadas, pulso imperceptible, puede parecer muerto.	RCP si no hay pulso. Llama al 112. Recuerda: «Nadie está muerto hasta que esté caliente y muerto».

«Nadie está muerto hasta que esté caliente y muerto»

Este principio médico, establecido en medicina de urgencias de montaña y rescate acuático, es especialmente relevante en Ribadesella. Una persona extraída del agua fría del Cantábrico o del Sella que parece muerta puede tener el metabolismo tan enlentecido que sus signos vitales son imperceptibles. No abandones la RCP hasta que la víctima sea recalentada y evaluada por el equipo médico. Ha habido supervivencias documentadas tras hipotermias severas con temperaturas corporales por debajo de 18 °C.

Resumen del Bloque 5: traumatismos y lesiones físicas

Fracturas y luxaciones: inmoviliza tal como está, incluyendo articulaciones superior e inferior. Nunca reduzcas.

Columna vertebral: sospecha siempre ante traumatismo de alta energía. No muevas salvo peligro vital. Estabiliza la cabeza manualmente.

Quemaduras: agua fría corriente 20 minutos. Nunca hielo, pomadas ni ampollas reventadas.

Golpe de calor: enfriar activamente y 112 urgente.

Hipotermia: maneja con delicadeza, calienta progresivamente. RCP si no hay pulso. Nadie muerto hasta que esté caliente y muerto.

BLOQUE 6

Emergencias propias del entorno de Ribadesella

Ribadesella no es un entorno cualquiera. Es un concejo donde el mar Cantábrico, el río Sella, las marismas de la ría, las playas de arena fina y la montaña conviven a pocos kilómetros de distancia. Esta riqueza geográfica excepcional tiene una contrapartida: concentra en un territorio reducido una variedad de riesgos de emergencia que no se da en entornos exclusivamente urbanos, rurales o solo costeros.

Este bloque está dedicado íntegramente a las emergencias que son específicas o significativamente más frecuentes en nuestro entorno: el ahogamiento en mar y río, las lesiones por fauna marina del Cantábrico y los accidentes en el monte. El conocimiento del terreno, las corrientes, las especies locales y las rutas de evacuación es aquí tan importante como el protocolo técnico.

1. Ahogamiento y casi-ahogamiento

El ahogamiento es la tercera causa de muerte accidental no intencional en el mundo, según la OMS. En España, los meses de verano concentran la gran mayoría de los casos, y las costas cantábricas y los ríos de montaña están entre los entornos de mayor riesgo por la combinación de agua fría, corrientes impredecibles y oleaje irregular.

Es fundamental distinguir dos situaciones con actuaciones diferentes:

AHO GAMI EN TO	CASI-AHO GAMI EN TO
La víctima ha sufrido una PCR por asfixia por inmersión. Es la forma más grave: requiere RCP inmediata y activación del 112 con carácter de máxima urgencia.	La víctima ha sido extraída del agua con vida pero ha aspirado agua. Puede parecer bien en el momento pero deteriorarse en las horas siguientes. Toda víctima de casi-ahogamiento debe ser evaluada en urgencias, aún esté consciente y orientada.

Reconocer a una persona en apuros en el agua

Una persona que se ahoga raramente grita ni agita los brazos como en las películas. La respuesta instintiva de ahogamiento es silenciosa, vertical y breve. Reconocerla a tiempo es la diferencia entre un rescate y un cadáver.

SEÑALES DE ALARMA EN EL AGUA	SEÑALES DE QUE AÚN PUEDE AYUDARSE A SÍ MISMA
<ul style="list-style-type: none"> Cabeza inclinada hacia atrás, boca al nivel del agua o por debajo. Ojos vidriosos o cerrados, sin contacto visual. Brazos presionando hacia abajo en el agua, no hacia arriba. Cuerpo vertical, sin patada de piernas visible. Silencio: no grita, no pide ayuda. Movimiento lento y sin dirección, o inmóvil. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede responder a preguntas verbales. Agita los brazos por encima del agua. Puede sujetar un objeto que se le lanza. Mantiene la cabeza bien por encima del agua. <p>Si puede ayudarse a sí misma: lánzale un objeto flotante y da instrucciones claras desde la orilla.</p>

La regla del rescate: alcanza, lanza, rema, nada

Esta secuencia define las opciones de rescate por orden de menor a mayor riesgo para el rescatador. Siempre aplica la opción más segura disponible antes de pasar a la siguiente.

#	OPCIÓN	CÓMO
1	ALCANZA	Desde la orilla, extiende un brazo, una cuerda, una tabla de surf, un remo, una camiseta anudada, una correa de mochila o cualquier objeto largo. Mantente tumbado o agazapado para no ser arrastrado.
2	LANZA	Lanza un objeto flotante: tabla de surf, bidón, pelota, camiseta anudada, neverita. En playas con servicio de socorrismo hay aros salvavidas: úsalos. El objeto da tiempo hasta un rescate más organizado.
3	REMA	Si hay una embarcación, kayak, tabla de surf o similar, úsala para acercarte. Desde la embarcación, extiende un remo o una cuerda. No entres al agua desde la embarcación si puedes evitarlo.
4	NADA (último recurso)	Entra al agua solo si las tres opciones anteriores son imposibles, tienes capacidad de natación suficiente y eres consciente del riesgo. Lleva siempre un objeto flotante contigo. Acércate a la víctima por detrás para evitar que te sumerja en el pánico. Si te agarra, sumérgete: el instinto de la víctima es soltarte.

Rescate en el Sella: las corrientes del río son distintas al mar

El río Sella tiene tramos de corriente muy fuerte, pozas de profundidad variable y remolinos que pueden atrapar a una persona con facilidad, especialmente en época de crecida. Las corrientes del río son más impredecibles que las del mar: pueden arrastrar horizontalmente y hacia abajo simultáneamente. Si la víctima está en el río y no puedes rescatarla desde la orilla con un objeto, llama al 112 e indica el punto exacto del río (referencia a un puente, camping, aldea o punto kilométrico de la senda). No entres al agua de un río con corriente fuerte sin equipo de rescate específico.

Actuación tras extraer a la víctima del agua

Una vez que la víctima está fuera del agua, aplica el siguiente protocolo. Recuerda que en el ahogamiento la causa es la asfixia: las ventilaciones tienen aquí un peso especialmente importante.

1

Evalúa la consciencia y la respiración

Aplica el protocolo del Bloque 2: sacude los hombros, llama. Comprueba respiración con el MES durante 10 segundos. El vómito es muy frecuente en víctimas de ahogamiento: tenlo previsto.

2

Si respira: posición lateral de seguridad

Coloca en PLS (Bloque 2). Cubre con una manta o ropa seca para prevenir la hipotermia, que es casi inevitable tras una inmersión en el Cantábrico. Vigila constantemente: puede deteriorarse.

3

Si no respira: 5 ventilaciones iniciales antes de comprimir

A diferencia del adulto estándar, en el ahogamiento se comienza con 5 ventilaciones de rescate antes de iniciar las compresiones. El motivo es que la PCR es asfíctica: los pulmones tienen agua y el problema primario es la falta de oxígeno, no la arritmia cardíaca.

4

Continúa con ciclos 30:2 o compresiones solas

Tras las 5 ventilaciones iniciales, continúa con el protocolo estándar de RCP (Bloque 3). Usa el DEA en cuanto esté disponible, aunque en el ahogamiento la fibrilación ventricular es menos frecuente que en la PCR cardíaca.

5

No pierdas tiempo intentando expulsar el agua

El mito de que hay que «sacar el agua de los pulmones» antes de hacer la RCP es falso y peligroso. El agua en los alveolos no es el problema principal: la falta de ventilación sí lo es. No pongas a la víctima boca abajo ni la comprimas para expulsar agua. Empieza la RCP de inmediato.

6

Hipotermia protectora: no abandones la RCP

Como se explicó en el Bloque 5, el agua fría del Cantábrico puede ser protectora. Se han documentado recuperaciones completas tras tiempos prolongados de inmersión en agua fría. Mantén la RCP hasta que llegue el equipo médico.

7

Todo casi-ahogado va a urgencias

Aunque la víctima esté consciente, orientada y diga que está bien: toda persona que ha aspirado agua debe ser evaluada en urgencias. El edema pulmonar secundario al ahogamiento puede aparecer horas después y ser fatal.

Peligros específicos del litoral de Ribadesella

- Corriente de resaca (rip current): canal de agua que fluye rápidamente desde la playa hacia el mar abierto. Se reconoce como una franja de agua más agitada, turbia o de diferente color. Si te atrapa, no nades contra la corriente: nada en paralelo a la playa hasta salir de ella, luego vuelve a la orilla en diagonal.
- Oleaje de fondo (swell): olas de mayor tamaño generadas por temporales lejanos que pueden sorprender en días aparentemente tranquilos, especialmente en la playa de Vega y la desembocadura del Sella.
- Rocas cubiertas de algas en la zona intermareal: extremadamente resbaladizas. Caídas frecuentes en personas que acceden a pozas o zonas rocosas.
- Mareas vivas en la ría del Sella: la diferencia de nivel entre marea alta y baja puede superar los 4 metros en Ribadesella. La velocidad de la corriente de entrada y salida de la ría puede sorprender a kayakistas y bañistas.

2. Lesiones por fauna marina del Cantábrico

El mar Cantábrico alberga una fauna marina rica y en algunos casos potencialmente peligrosa para el bañista o el deportista acuático. El conocimiento de las especies presentes en el litoral de Ribadesella y el protocolo correcto de actuación ante sus lesiones evita complicaciones que en algunos casos pueden ser graves.

ESPECIE	CÓMO SE PRODUCE	SÍNTOMAS	QUÉ HACER	QUÉ NUNCA HACER
Medusa (Aurelia, Rhizostoma, Pelagia noctiluca)	Contacto con los tentáculos, incluso tras la muerte del animal en la orilla.	Dolor urente (quemazón), enrojecimiento, ronchas lineales, en casos graves: mareo, náuseas, dificultad respiratoria.	Retira tentáculos visibles con tarjeta o pinzas (nunca con la mano). Lava con agua de mar o suero salino. Aplica frío seco. Consulta al socorrista o urgencias si hay síntomas sistémicos.	Agua dulce (descarga los nematocistos). Frotar la zona. Orina (mito popular: no sirve y contamina).
Pez araña (Trachinus draco)	Pisotón en arena o zona rocosa poco profunda. Las espinas dorsales inyectan veneno.	Dolor intensísimo e inmediato, edema local, enrojecimiento. Raramente sistémico pero el dolor puede ser incapacitante.	Sumerge el pie o la mano en agua caliente (40-45 °C, no hirviendo) 30-90 min: el calor desnaturaliza el veneno. Extrae las espinas visibles con pinzas. Acude al Centro de Salud.	Agua fría (aumenta el dolor). Intentar succionar el veneno.
Erizo de mar (Paracentrotus lividus)	Pisotón o apoyo de mano en zona rocosa. Las púas se rompen al penetrar.	Dolor local, múltiples fragmentos de púas en la piel, inflamación, riesgo de infección si no se tratan.	Extrae las púas visibles con pinzas finas. Las púas pequeñas pueden disolverse solas en semanas. Desinfecta. Acude al médico si hay infección o púas muy profundas.	Aplastar las púas intentando extraerlas: se fragmentan más. Ignorar la herida: riesgo de infección.
Anémoma de mar	Contacto directo con tentáculos al tocarla en pozas intermareales.	Similar a la medusa pero generalmente más leve: enrojecimiento, picor, roncha local.	Lavar con agua de mar o suero salino. Frío seco. Antihistamínico oral si hay disponible y no hay contraindicación.	Agua dulce. Frotar.

<p>Escorpena (Scorpaena porcus)</p>	<p>Contacto al manipular capturas de pesca o en inmersión. Espinas venenosas.</p>	<p>Dolor intenso similar al pez araña, edema, riesgo de infección por la herida.</p>	<p>Mismo protocolo que el pez araña: agua caliente 40-45 °C durante 30-90 min. Acude al Centro de Salud.</p>	<p>Agua fría. Ignorar la herida.</p>
<p>Cigala, cangrejo, bogavante (captura o cocina)</p>	<p>Pinzamiento o corte al manipular crustáceos vivos, especialmente en actividad pesquera o marisqueo.</p>	<p>Herida incisa o lacerante, hemorragia variable, riesgo de infección por flora marina.</p>	<p>Control de hemorragia por compresión directa. Lavar abundantemente con agua y jabón. Valorar en urgencias si la herida es profunda o hay riesgo de lesión tendinosa.</p>	<p>Ignorar heridas aparentemente pequeñas: las bacterias marinas pueden causar infecciones graves.</p>

Avistamiento de medusas en Ribadesella: cómo informarse

La presencia de medusas en las playas de Ribadesella varía significativamente según la época del año, las corrientes y el viento. Antes de bañarte, consulta:

- El servicio de socorrismo de las playas de Ribadesella en temporada de baño (junio-septiembre).
- El canal de Protección Civil Ribadesella en redes sociales, donde se publican alertas cuando la presencia es significativa.

Reacción alérgica grave (anafilaxia) por fauna marina

En personas con alergia conocida o con sensibilización previa, el contacto con medusas, picaduras de erizo o consumo de marisco puede desencadenar una reacción anafiláctica grave. Los signos son: urticaria generalizada, hinchazón de labios o garganta, dificultad respiratoria, mareo intenso o pérdida de consciencia. En este caso:

- Llama al 112 inmediatamente.
- Si la víctima tiene adrenalina autoinyectable (EpiPen u similar) prescrita: aplícala en el muslo externo según las instrucciones del dispositivo.
- Mantén a la víctima tumbada con las piernas elevadas si está consciente. Si tiene dificultad respiratoria, siéntala.
- Si pierde la consciencia y deja de respirar: inicia RCP.

3. Accidentes de montaña y entorno rural

El concejo de Ribadesella tiene en su parte interior un territorio de notable valor natural: el macizo del Suevo y sus aledaños, con rutas de senderismo frecuentadas. A esto se suman las zonas rurales alejadas del núcleo urbano donde los tiempos de respuesta de los servicios de emergencias pueden superar los 20-30 minutos.

Los accidentes más frecuentes en este entorno son las caídas y torceduras en sendas (ya tratadas en el Bloque 5), la deshidratación y el agotamiento, las picaduras de himenópteros, los accidentes por rayo y la desorientación o pérdida en el monte.

Activación del rescate de montaña: cómo pedir ayuda eficazmente

En el monte, la calidad de la información que das al 112 determina el tiempo de llegada del rescate y los recursos que se movilizan. Un aviso bien dado puede ahorrar horas.

Información crítica para el 112 en un accidente de montaña

- Nombre de la ruta, sendero o camino que estás siguiendo (PR-AS, nombre del pico o collado).
- Descripción del entorno: tipo de terreno, si hay árboles, si ves alguna referencia (antena, cabaña, fuente, puente).
- Coordenadas GPS si tu móvil las muestra: en Android, abre Google Maps y mantén pulsado sobre tu posición. En iPhone, abre la app Brújula.
- Número de personas implicadas y estado de cada una.
- Si hay posibilidad de aterrizaje de helicóptero cerca: zona abierta, sin cables ni árboles altos.
- Nivel de batería de tu teléfono y si tienes cobertura suficiente para mantener la llamada.

Picadura de himenópteros (abejas, avispas, abejorros)

Las picaduras de abejas y avispas son muy frecuentes en el entorno rural del concejo, especialmente en los meses de verano y principios de otoño. La mayoría son leves, pero en personas sensibilizadas pueden desencadenar anafilaxia.

PICADURA LEVE (reacción local)	REACCIÓN GRAVE (anafilaxia posible)
<ul style="list-style-type: none"> • Extrae el aguijón raspando con una tarjeta (no con pinzas: exprimen más veneno). • Lava con agua y jabón. • Aplica frío local durante 10-15 minutos. • Antihistamínico oral si está disponible. • Vigila durante 30 minutos por si aparecen síntomas sistémicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Urticaria generalizada, hinchazón de cara o garganta, dificultad respiratoria, mareo o pérdida de consciencia. • Llama al 112 inmediatamente. • Aplica adrenalina autoinyectable si la víctima la tiene. • Tumba con piernas elevadas. Si hay dificultad respiratoria, sienta. • Si pierde consciencia y deja de respirar: RCP.

Accidente por rayo

Asturias es una de las comunidades autónomas con mayor actividad tormentosa de la Península. El Suevo está especialmente expuesto. El rayo no siempre impacta directamente: puede alcanzar a la víctima por conducción a través del suelo o los árboles.

1

Seguridad antes que nada

Si la tormenta sigue activa, aléjate de árboles aislados, crestas, cimas, zonas abiertas, agua y objetos metálicos. La víctima de un rayo no está electrificada: puedes tocarla con seguridad una vez que tú estás en un lugar seguro.

2

Evalúa consciencia y respiración

La parada cardiorrespiratoria es la causa principal de muerte por rayo. Aplica el protocolo del Bloque 2: consciencia, apertura de vía aérea, MES.

3

RCP si no respira

Inicia RCP de inmediato y usa el DEA si está disponible. Las víctimas de rayo tienen excelentes tasas de supervivencia con RCP precoz: el corazón joven y sano responde bien a la desfibrilación.

4

Sospecha lesión vertebral

El espasmo muscular violento causado por la descarga puede fracturar vértebras. Si la víctima está consciente, inmoviliza la columna cervical y no la muevas hasta que llegue el equipo de emergencias.

5

Atiende las quemaduras

El rayo produce quemaduras en los puntos de entrada y salida. Aplica el protocolo de quemaduras del Bloque 5. Las quemaduras dendríticas o arborescentes (en forma de árbol) son características del rayo.

Persona perdida o desorientada en el monte

La desorientación en el monte puede derivar en hipotermia, agotamiento y accidentes secundarios. Si eres tú quien está perdido o si encuentras a alguien en esa situación:

Protocolo si estás perdido o encuentras a alguien desorientado

- Para. Siéntate. Respira. La decisión de seguir caminando sin saber dónde vas es el error más frecuente y el que más aleja del rescate.
- Llama al 112. Aunque no sepas dónde estás exactamente, los servicios de emergencia pueden rastrear el móvil.
- Si no hay cobertura, desplázate lentamente hacia zonas más altas o abiertas intentando mantener contacto visual con referencias conocidas.
- Abrígate: incluso en verano, el monte puede alcanzar temperaturas de 8-10 °C por la noche con viento.
- No te separes del grupo si hay más personas: la búsqueda de un grupo es más fácil que la de un individuo.
- Señaliza tu posición: un espejo, ropa de colores vivos sobre una roca prominente o una hoguera de humo (solo si no hay riesgo de incendio) son señales visibles para el helicóptero de rescate.

Agotamiento y deshidratación en el monte

SEÑALES	FACTORES DE RIESGO EN RIBADESELLA	ACTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga intensa, calambres musculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humedad alta del ambiente cantábrico que dificulta la 	<ul style="list-style-type: none"> • Para y descansa en la sombra.

<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea, mareo, náuseas. • Orina oscura o ausente. • Confusión o irritabilidad. 	<p>percepción de la sudoración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios bruscos de temperatura entre el fondo del valle y las crestas. • Rutas con desnivel acumulado elevado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehidrata con agua o bebida isotónica a pequeños sorbos. • Si no mejora en 30 min o hay confusión: llama al 112. • No dejes sola a la persona afectada.
---	---	---

Botiquín mínimo para actividades en el entorno de Ribadesella

PARA ACTIVIDADES ACUÁTICAS	PARA ACTIVIDADES DE MONTE
<ul style="list-style-type: none"> • Pinzas finas (medusas, erizos). • Tarjeta de crédito caducada (aguijones). • Apósitos impermeables. • Antihistamínico oral. • Manta de emergencia. • Protector solar FPS 50+. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vendas y gasas estériles. • Cinta de esparadrapo. • Ibuprofeno / paracetamol. • Manta de emergencia. • Silbato de rescate. • Linterna frontal (por si anochece). • Agua extra (mínimo 0,5 l de reserva).

Resumen del Bloque 6: emergencias del entorno de Ribadesella

Ahogamiento: alcanza-lanza-rema-nada. 5 ventilaciones iniciales antes de comprimir. Todo casi-ahogado va a urgencias.

Fauna marina: agua caliente para pez araña y escorpena. Agua salada (nunca dulce) para medusas. Pinzas para erizos.

Rescate de montaña: para, respira, llama al 112 con la máxima información de localización posible.

Rayo: la víctima no está electrificada. RCP precoz con altas probabilidades de éxito. Sospecha siempre lesión vertebral.

Hipotermia en agua fría: nadie muerto hasta que esté caliente y muerto. No abandones la RCP.

BLOQUE 7

Emergencias médicas súbitas

Una emergencia médica súbita es aquella que se presenta de forma inesperada, sin traumatismo previo, y que puede comprometer la vida o causar secuelas graves si no se actúa con rapidez. A diferencia de los accidentes, estas situaciones pueden ocurrirle a cualquier persona en cualquier momento: en la cola del mercado de Ribadesella, en una romería, en el paseo marítimo o en casa de un familiar.

El primer interviniente no puede diagnosticar ni tratar estas enfermedades, pero sí puede hacer dos cosas fundamentales: reconocerlas a tiempo para activar los servicios de emergencias sin demora, y aplicar las medidas de soporte básico que mantengan estable a la víctima mientras llega la ayuda. En muchos casos, esos minutos son los que marcan la diferencia entre la recuperación completa y una secuela permanente.

1. Infarto agudo de miocardio

El infarto de miocardio se produce cuando una arteria coronaria queda obstruida y el músculo cardíaco que irriga comienza a morir por falta de oxígeno. Cada minuto sin tratamiento destruye tejido cardíaco de forma irreversible. El tiempo entre el inicio de los síntomas y la apertura de la arteria obstruida («tiempo puerta-balón» en el hospital) es el principal determinante del pronóstico.

El papel del primer interviniente es decisivo: en Ribadesella, con tiempos de traslado al HUCA o al Hospital de Arriondas que pueden superar los 30-40 minutos, cada acción previa al traslado cuenta.

Reconocer el infarto: síntomas clásicos y atípicos

SÍNTOMAS CLÁSICOS	SÍNTOMAS ATÍPICOS (también pueden ser infarto)
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor opresivo o en «banda» en el centro del pecho, de más de 20 minutos de duración. • Irradiación del dolor al brazo izquierdo, mandíbula, cuello o espalda. • Sensación de «peso» o «presión» en el pecho, como si alguien se sentara encima. • Sudoración fría, palidez, náuseas o vómitos. • Sensación de muerte inminente o angustia intensa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor exclusivamente en el brazo, la mandíbula o la espalda sin dolor torácico. • Indigestión, ardor de estómago persistente o dolor en la boca del estómago. • Fatiga extrema súbita sin causa aparente (especialmente en mujeres y diabéticos). • Dificultad para respirar sin dolor en el pecho. • Mareo intenso o pérdida breve de consciencia.

El infarto silencioso: especialmente frecuente en diabéticos y mujeres

Hasta el 25 % de los infartos de miocardio se presentan sin dolor torácico típico, especialmente en personas diabéticas (la neuropatía reduce la percepción del dolor) y en mujeres, que con mayor frecuencia presentan síntomas atípicos como fatiga, náuseas o dolor en la espalda. Ante la duda, llama al 112: es mejor una llamada innecesaria que un infarto no atendido.

Protocolo de actuación ante sospecha de infarto

1

Llama al 112 de inmediato

No esperes a ver si mejora. No lles a la víctima al médico en coche particular: la UVI móvil puede iniciar el tratamiento en el lugar y durante el traslado. Cada minuto cuenta.

2

Sienta o acuesta a la víctima en la posición más cómoda

La posición semisentada (respaldo de silla, almohadas) suele ser la más tolerable para el dolor torácico e isquémico. Afloja ropa ajustada alrededor del cuello y el pecho.

3

Tranquilízala y pídele que no haga esfuerzos

La actividad física aumenta la demanda de oxígeno del corazón y empeora la isquemia. La víctima no debe caminar, subir escaleras ni hacer ningún esfuerzo.

4

Aspirina si está disponible y no hay contraindicación

Si la víctima no tiene alergia conocida a la aspirina y puede tragar: un comprimido de 300 mg de ácido acetilsalicílico masticado (no tragado entero) reduce la agregación plaquetaria y puede limitar el tamaño del infarto. Esta indicación es solo para adultos conscientes, sin alergia, sin sangrado activo y sin contraindicación conocida.

5

Prepara el DEA

Si hay un DEA cercano, tenlo a mano. El infarto puede evolucionar a fibrilación ventricular y PCR en cualquier momento. Actúa antes de que ocurra.

6

Si pierde la consciencia y deja de respirar: RCP

Inicia RCP de inmediato (Bloque 3) y usa el DEA. El infarto es la causa más frecuente de PCR en adultos.

Lo que NO debes hacer ante un infarto

- Dejar a la víctima sola bajo ningún concepto.
- Darle agua, comida ni ningún medicamento salvo la aspirina en las condiciones indicadas.
- Trasladarla en coche particular si el 112 ya está en camino: la UVI móvil es el entorno más seguro.
- Decirle que «seguramente no es nada» para tranquilizarla: el tiempo es músculo cardíaco.

2. Ictus: reconocerlo con el método FAST

El ictus o accidente cerebrovascular se produce cuando el aporte de sangre al cerebro se interrumpe de forma súbita, bien por un coágulo (ictus isquémico, el 85 % de los casos) o por la rotura de un vaso (ictus hemorrágico, el 15 % restante). El cerebro tolera muy mal la falta de oxígeno: se estima que en cada minuto sin tratamiento se destruyen 1,9 millones de neuronas.

El ictus es la primera causa de discapacidad adquirida en adultos en España y la segunda causa de muerte. Sin embargo, si se detecta a tiempo y se trata en las primeras horas en un centro especializado, muchos pacientes se recuperan completamente o con secuelas mínimas. El reconocimiento precoz por el primer interviniente es, literalmente, la clave de esa recuperación.

El método FAST: la herramienta de reconocimiento más importante

FAST es el acrónimo internacional de reconocimiento del ictus adoptado por las principales sociedades de neurología y emergencias. Cada letra corresponde a un signo que puede evaluarse en segundos por cualquier ciudadano sin formación sanitaria.

<h1>F</h1> <p>FACE Cara</p>	<h1>A</h1> <p>ARM Brazos</p>	<h1>S</h1> <p>SPEECH Habla</p>	<h1>T</h1> <p>TIME Tiempo</p>
<p>¿Tiene la cara caída o asimétrica?</p> <p>Pídele que sonría. Si un lado de la boca no sube o el párpado está caído: POSITIVO.</p>	<p>¿Puede levantar los dos brazos?</p> <p>Pídele que extienda los dos brazos al frente con las palmas hacia arriba con los ojos cerrados. Si uno cae: POSITIVO.</p>	<p>¿Habla con normalidad?</p> <p>Pídele que repita una frase simple. Si arrastra las palabras, no puede hablar o dice cosas sin sentido: POSITIVO.</p>	<p>Tiempo: llama al 112 ahora</p> <p>Si cualquiera de los tres signos es positivo: llama al 112 de inmediato e indica la hora de inicio de los síntomas.</p>

Otros síntomas del ictus que no recoge el FAST

- Pérdida súbita de visión en uno o ambos ojos, o visión doble.
- Cefalea súbita e intensa «en trueno», la peor de su vida, sin causa aparente (típica del ictus hemorrágico).
- Pérdida brusca del equilibrio, vértigo intenso o dificultad para caminar sin causa aparente.
- Pérdida súbita de sensibilidad en un lado del cuerpo (cara, brazo, pierna).

Ante cualquiera de estos síntomas: FAST positivo. Llama al 112.

Protocolo de actuación ante sospecha de ictus

1

Llama al 112 de inmediato y anota la hora exacta de inicio

La ventana terapéutica para la trombólisis (disolver el coágulo con medicación) es de 4,5 horas desde el inicio de los síntomas. La hora exacta es información crítica para el neurólogo.

2

Mantén a la víctima en reposo absoluto

No la hagas caminar, no le des nada por boca, no le pidas que «se espabile». El esfuerzo puede agravar la lesión cerebral.

3

Posición según el estado

Si está consciente: semisentada o tumbada con la cabeza y los hombros ligeramente elevados. Si está inconsciente pero respira: posición lateral de seguridad sobre el lado afectado (el paralizado). Si no respira: RCP.

4

No le des aspirina

A diferencia del infarto, en el ictus la aspirina puede estar contraindicada: si es un ictus hemorrágico (rotura de vaso), la aspirina agravaría el sangrado. Solo el médico puede indicarla tras la prueba de imagen.

5

Tranquilízala y habla con ella

Aunque no pueda responder coherentemente, puede escucharte y entenderte. Preséntate, explícale que ya viene la ayuda. El estrés emocional puede empeorar el cuadro.

AIT: el aviso que no podemos ignorar

El Accidente Isquémico Transitorio (AIT) produce los mismos síntomas que el ictus pero se resuelve espontáneamente en menos de 24 horas, sin dejar aparente secuela. Muchas personas lo ignoran por este motivo. Error grave: el AIT es el aviso más potente de que un ictus completo puede ocurrir en las horas o días siguientes. Toda persona que haya tenido un episodio de FAST positivo, aunque haya desaparecido, debe acudir a urgencias ese mismo día sin falta.

3. Crisis epiléptica

La epilepsia afecta a aproximadamente el 1 % de la población. Una crisis epiléptica es el resultado de una descarga eléctrica anormal y sincrónica de neuronas cerebrales. Puede manifestarse de formas muy distintas: desde una mirada fija de pocos segundos hasta una convulsión generalizada con pérdida de consciencia.

La crisis epiléptica generalizada tónico-clónica (la más conocida popularmente como «ataque epiléptico») suele generar mucho miedo en los testigos. Sin embargo, en la mayoría de los casos es autolimitada y no requiere más intervención que proteger a la víctima de lesiones mientras dura. Saber qué hacer —y qué NO hacer— es todo lo que necesitas.

Fases de una crisis tónico-clónica y qué esperar

FASE	QUÉ OCURRE	DURACIÓN HABITUAL
Aura (no siempre)	Sensación subjetiva que precede la crisis: olor raro, visión de luces, sensación extraña. Solo la víctima la percibe.	Segundos a minutos.
Tónica	Contracción muscular generalizada y rígida. Pérdida brusca de consciencia y caída. Puede haber un grito inicial por el espasmo de la glotis. Cianosis (labios azulados) por apnea.	10-30 segundos.
Clónica	Sacudidas rítmicas de todo el cuerpo, progresivamente menos frecuentes. Posible mordedura de lengua. Posible incontinencia urinaria.	1-3 minutos.
Postictal	Confusión, somnolencia, desorientación. La persona puede no reconocer a los presentes. Cefalea frecuente. Recuperación progresiva.	Minutos a 1 hora.

Qué hacer durante una crisis epiléptica

1

Mantén la calma y mira el reloj

Anota la hora de inicio. Si la crisis dura más de 5 minutos sin ceder, o si hay varias crisis seguidas sin recuperación entre ellas (estatus epiléptico): llama al 112 de inmediato.

2

Protege a la víctima de golpes

Retira objetos duros o cortantes del entorno. Coloca algo blando bajo la cabeza (una chaqueta doblada, una mochila). Si es posible, desplázala de zonas de peligro (bordes, escaleras, agua).

3

Afloja la ropa ajustada

Desabrocha el cuello, la corbata o cualquier prenda que comprima el cuello o el tórax para facilitar la respiración.

4

Colócala de lado si es posible

Si las sacudidas lo permiten, gira suavemente a la víctima hacia un lado para facilitar el drenaje de saliva y prevenir una aspiración. No es imprescindible durante la fase activa si no puedes hacerlo con seguridad.

5

Cuando cesen las convulsiones: PLS y vigila

Al terminar la fase clónica, coloca en posición lateral de seguridad. Comprueba la respiración. Durante la fase postictal la víctima puede estar muy confusa: tranquilízala con calma, no la retengas por la fuerza.

6

Quédate con ella hasta la recuperación completa

La fase postictal puede durar entre minutos y una hora. La víctima no debe quedarse sola hasta que esté completamente orientada.

Lo que NUNCA debes hacer durante una crisis epiléptica

- Meter nada en la boca: ni dedos, ni cucharas, ni ningún objeto. Es imposible tragarse la lengua; solo conseguirás una lesión en los dedos o en la boca de la víctima.
- Sujetar o inmovilizar a la víctima por la fuerza para «parar» las convulsiones: no puede hacerse y puede provocar fracturas.
- Echarle agua en la cara para «despertarla».
- Darle medicamentos por boca durante la crisis: con el nivel de consciencia alterado puede aspirarlos.
- Alejarte y dejarla sola.

Cuándo SÍ debes llamar al 112 en una crisis epiléptica

- La crisis dura más de 5 minutos sin ceder (estatus epiléptico: emergencia neurológica grave).
- Hay dos o más crisis seguidas sin recuperación completa de la consciencia entre ellas.
- Es la primera crisis conocida de la víctima.
- La víctima se lesiona durante la crisis.
- La crisis ocurre en el agua (riesgo de ahogamiento).
- La víctima es una embarazada (puede ser eclampsia).
- No se recupera con normalidad en 10-15 minutos tras el fin de la crisis.

4. Crisis alérgica grave: anafilaxia

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave y potencialmente mortal que se produce cuando el sistema inmune reacciona de forma exagerada a un alérgeno. La liberación masiva de histamina y otros mediadores provoca vasodilatación, broncoespasmo y edema que pueden causar la muerte por colapso cardiovascular o asfixia en minutos.

En el entorno de Ribadesella, los desencadenantes más frecuentes son el marisco y el pescado (especialmente en la temporada de mariscos y en las fiestas gastronómicas), el veneno de himenópteros (abejas y avispas en el entorno rural) y los medicamentos. También pueden desencadenarla el látex, los cacahuets y el ejercicio físico en personas sensibilizadas.

Reconocer la anafilaxia: el cuadro clínico progresivo

SISTEMA	SÍNTOMAS LEVES-MODERADOS	SÍNTOMAS GRAVES (ANAFILAXIA)
Piel	Urticaria, picor generalizado, enrojecimiento difuso, hormigueo en labios.	Edema de labios, lengua o garganta (angioedema): signo de alarma máxima.
Respiratorio	Estornudos, rinorrea, tos, ligera dificultad respiratoria.	Broncoespasmo intenso, estridor (silbido al inspirar), asfixia progresiva.
Cardiovascular	Taquicardia, ligero mareo.	Hipotensión grave, pulso débil y rápido, pérdida de consciencia.
Digestivo	Náuseas, dolor abdominal, vómitos.	Diarrea intensa, vómitos incoercibles.

Protocolo de actuación en anafilaxia

1

Llama al 112 de inmediato

La anafilaxia puede evolucionar de síntomas leves a colapso cardiovascular en menos de 10-15 minutos. No esperes a ver cómo evoluciona.

2

Retira el alérgeno si es posible

Si fue una picadura de abeja, raspa el aguijón (no lo aprietes con pinzas). Si fue un alimento, no hay nada más que hacer a este nivel.

3

Adrenalina autoinyectable si la víctima la tiene

La adrenalina es el único tratamiento eficaz de la anafilaxia. Si la víctima lleva un autoinyector (EpiPen, Altellus, Jext u otro), aplícalo en la cara externa del muslo, a través de la ropa si es necesario, y mantén presionado 10 segundos. Puede necesitar una segunda dosis a los 5-15 minutos si no mejora. En caso de no tener un auto inyector con dosis pediátrica, se puede utilizar un auto inyector de adulto, ya que la vida del niño dependerá de la epinefrina.

4

Posición: depende del estado de la víctima

Si está consciente con dificultad respiratoria: siéntala o semisentada. Si está consciente con mareo o hipotensión: tumbada con piernas elevadas. Si está inconsciente: posición lateral de seguridad. Si no respira: RCP.

5

No dar antihistamínico como único tratamiento

Los antihistamínicos (Benadryl, Polaramine) tratan la urticaria pero NO la anafilaxia. Son un complemento, nunca el tratamiento principal. En la anafilaxia grave solo la adrenalina salva vidas.

6

Vigila y permanece con la víctima

La reacción puede tener una segunda fase (reacción bifásica) entre 1 y 8 horas después de la primera, incluso tras aparente mejoría. Toda víctima de anafilaxia debe ser evaluada en urgencias y quedarse en observación al menos 4-6 horas.

Si tú eres el que tiene anafilaxia y estás solo

Aplica tu autoinyector de adrenalina de inmediato. Llama al 112. Abre la puerta si puedes para facilitar el acceso a los servicios de emergencias. Siéntate o tumbate: el esfuerzo de mantenerte de pie puede acelerar el colapso. Si tienes antihistamínico a mano, tómalo, pero no sustituye a la adrenalina.

5. Crisis diabética: hipoglucemia e hiperglucemia

La diabetes mellitus afecta a más del 14 % de la población adulta española. En el contexto de la emergencia extrahospitalaria, las dos situaciones más frecuentes y que requieren actuación del primer interviniente son la hipoglucemia (glucosa en sangre demasiado baja) y, con menos urgencia inmediata, la hiperglucemia grave con cetoacidosis.

La hipoglucemia es la emergencia diabética más frecuente y la más urgente: el cerebro depende exclusivamente de la glucosa como fuente de energía y sin ella puede causar daño neurológico irreversible en minutos. Reconocerla y actuar rápidamente puede evitar desde un desmayo hasta una PCR.

Es importante saber el régimen de medicamentos de estos pacientes, y saber si tienen una bomba de insulina.

Hipoglucemia vs. hiperglucemia: cómo distinguirlas

	HIPOGLUCEMIA (glucosa muy baja)	HIPERGLUCEMIA (glucosa muy alta)
Inicio	Brusco (minutos)	Gradual (horas o días)
Piel	Pálida, fría y sudorosa	Seca y caliente
Aliento	Normal o con olor a alcohol (acetona leve)	Olor «afrutado» o a acetona muy intenso más común en diabéticos tipo 1
Consciencia	Confusión, agitación, conducta extraña, pérdida de consciencia en casos graves	Somnolencia progresiva, raramente pérdida brusca de consciencia
Otros signos	Temblor, palpitaciones, hambre intensa, visión borrosa, cefalea	Sed intensa, mucha orina, náuseas, vómitos, respiración profunda y lenta
Urgencia	ALTA: actúa de inmediato	MODERADA-ALTA: llama al 112 o traslada a urgencias

En ocasiones es difícil distinguir los síntomas de hipo e hiperglucemia sobre todo en diabéticos tipo 2.

Protocolo ante hipoglucemia

- 1 Si está consciente y puede tragar: azúcar de acción rápida**
 Da 15-20 gramos de hidratos de carbono de absorción rápida: 3-4 sobres de azúcar disueltos en agua, un vaso de zumo de naranja, un refresco azucarado (no light), 5-6 caramelos o glucosa en gel si está disponible. El azúcar refinado o la miel tomados directamente también funcionan.
- 2 Espera 15 minutos y revalúa**
 Si a los 15 minutos no hay mejoría, repite la dosis. Si tras dos dosis no mejora o empeora: llama al 112.
- 3 Una vez recuperada, da un hidrato de carbono complejo**
 Una galleta, un trozo de pan o una pieza de fruta consolidan la glucemia e impiden una nueva bajada. El azúcar rápido sube deprisa pero también baja deprisa.
- 4 Si está inconsciente o no puede tragar: NO des nada por boca**
 El riesgo de aspiración es alto. Llama al 112 de inmediato. Coloca en posición lateral de seguridad. En algunos países los familiares tienen prescrito glucagón inyectable de emergencia: si la víctima lo tiene y tú sabes usarlo, adminístralo en el muslo.

Conducta extraña o agresividad: puede ser una hipoglucemia

Una hipoglucemia moderada puede manifestarse como confusión, agitación, irritabilidad, conducta inapropiada o incluso aparente embriaguez. Muchas personas hipoglucémicas han sido confundidas con personas bajo los efectos del alcohol, con consecuencias graves. Si una persona con diabetes conocida muestra conducta extraña o agresiva: ofrécele azúcar de inmediato si está consciente y puede tragar. Si no lo aceptó por la confusión: llama al 112.

El exceso de alcohol en diabéticos tipo 1 puede provocar una bajada de azúcar peligrosa, sobre todo si la persona no ha comido. El efecto del alcohol añadido a la hipoglucemia acelera el peligro de provocar una PCR.

Resumen del Bloque 7: emergencias médicas súbitas

Infarto: 112 inmediato, reposo, posición cómoda, aspirina 300 mg masticada si no hay contraindicación. Prepara el DEA.

Ictus (FAST): Cara-Brazos-Habla-Tiempo. Si alguno es positivo: 112 y anota la hora exacta. NO des aspirina.

Epilepsia: protege de golpes, no metas nada en la boca, no sujetes. 112 si dura más de 5 minutos.

Anafilaxia: 112 inmediato, adrenalina autoinyectable si la tiene, posición según estado. El antihistamínico no salva vidas.

Hipoglucemia: azúcar rápido si está consciente y traga. 15 minutos. Si no mejora o está inconsciente: 112.

BLOQUE 8**El botiquín doméstico y de emergencia**

Un botiquín bien equipado y correctamente mantenido es la extensión física de todo lo aprendido en esta guía. De nada sirve conocer el protocolo de control de hemorragias si en el momento crítico no tienes una gasa, o saber limpiar una herida si solo dispones de un algodón deshilachado. El botiquín no es un cajón donde acumular medicamentos caducados: es una herramienta de intervención rápida que debe estar siempre lista para usarse.

En este bloque encontrarás el inventario completo del botiquín doméstico básico, las adaptaciones necesarias para el botiquín del vehículo y para actividades acuáticas o de montaña en el entorno de Ribadesella, los criterios para conservar y renovar los materiales, y los errores más frecuentes que convierten un botiquín en algo inútil o incluso peligroso.

1. Principios básicos del botiquín

Dónde ubicarlo

- En un lugar accesible para los adultos del hogar pero fuera del alcance de los niños: armario elevado con cierre, no bajo llave (en emergencias los segundos cuentan).
- Alejado de fuentes de calor y humedad: el cuarto de baño no es un buen lugar (vapor y temperatura aceleran la degradación). Mejor un armario en el pasillo, el dormitorio o la cocina.
- Bien identificado: una cruz roja o verde visible en la puerta del armario o sobre la caja evita pérdidas de tiempo en una emergencia.
- Todos los convivientes adultos deben saber dónde está y qué contiene.

Cómo organizarlo

- Usa compartimentos o bolsas con cremallera separadas por categorías: material de cura, medicamentos, instrumental, documentación.
- Coloca siempre al frente los materiales de uso más frecuente y los de mayor urgencia.
- Pega en la tapa interior una lista de contenidos con las fechas de caducidad más próximas.
- Incluye una copia plastificada de los teléfonos de emergencia y de los datos médicos relevantes de la familia (alergias, medicación crónica, grupo sanguíneo).

Cómo mantenerlo

- Revísalo al menos dos veces al año: en enero y en junio es una buena rutina.
- Repón inmediatamente cualquier material usado, no esperes a la revisión periódica.
- Retira y destruye todo material caducado: los medicamentos caducados pueden ser ineficaces o tóxicos; el material de cura caducado pierde la esterilidad.
- Los medicamentos caducados deben depositarse en el punto SIGRE de la farmacia: nunca los tires a la basura ordinaria ni por el desagüe.

Los cinco errores más frecuentes en el botiquín doméstico

- Guardarlo bajo llave o en un lugar inaccesible: en una emergencia, los segundos cuentan.
- Llenarlo de medicamentos caducados o a medio usar: no es un archivo histórico de enfermedades pasadas.
- No tener gasas estériles: el algodón deja fibras en las heridas y no es apto para curación.
- Confiar en que «ya lo encontraré cuando lo necesite»: el caos en el botiquín multiplica el estrés en la emergencia.
- No revisarlo tras un uso: un botiquín vacío cuando se necesita es peor que no tenerlo.

2. El botiquín doméstico completo: inventario detallado

A continuación se presenta el inventario completo recomendado para un hogar, con la cantidad orientativa para una familia de 3-4 personas y las revisiones anuales. Los artículos marcados con asterisco (*) son imprescindibles y deben estar siempre disponibles.

ELEMENTO	USO PRINCIPAL	CANTIDAD
MATERIAL DE CURA Y APÓSITOS		
Gasas estériles individuales (10×10 cm)	Limpieza y cobertura de heridas. Única opción correcta sobre heridas abiertas.	20 uds.
Gasas estériles grandes (20×20 cm)	Heridas extensas, quemaduras, compresión de hemorragias.	10 uds.
Apósitos adhesivos surtidos (tiritas)*	Heridas pequeñas y rozaduras. Tener varios tamaños.	1 caja surtida
Venda elástica adhesiva 5 cm	Vendaje compresivo, sujeción de gasas, esguinces.	2 rollos
Venda elástica adhesiva 10 cm	Vendaje compresivo en zonas grandes (muslo, torso).	2 rollos
Venda de gasa (5 cm)	Fijación de apósitos en zonas irregulares.	3 rollos
Esparadrapo de tela 2,5 cm	Fijación de apósitos, sujeción, improvisación.	1 rollo
Apósito ocular estéril	Cobertura de lesiones oculares.	2 uds.
Apósito hidrocoloide (Compeed u similar)	Ampollas por rozadura, heridas superficiales en cicatrización.	4 uds.
Manta de emergencia isotérmica	Hipotermia, shock, protección frente a la intemperie.	2 uds.
Tira de sutura cutánea (Steri-Strip)	Aproximación de bordes en heridas que no requieren sutura.	1 paquete

INSTRUMENTAL		
Tijeras de punta roma	Cortar vendas, ropa, materiales. Punta roma para evitar lesiones.	1 ud.
Pinzas de disección sin dientes	Extracción de astillas, cuerpos extraños pequeños, manipulación de gases.	1 ud.
Pinzas de depilar finas (acero inox)	Extracción de espinas de erizo, púas, garrapatas.	1 ud.
Guantes de látex o nitrilo (talla M y L)	Protección del interviniente. Necesarios antes de cualquier cura.	10 pares
Jeringa de 20 ml sin aguja	Irrigación a presión de heridas sucias: más eficaz que el algodón.	2 uds.
Termómetro digital	Medición de temperatura. Evitar los de mercurio (tóxico).	1 ud.
Linterna pequeña (o pen light)	Exploración pupilar, búsqueda de cuerpos extraños en heridas u oídos.	1 ud.
Mascarilla de RCP con válvula unidireccional	Ventilaciones de rescate higiénicas y seguras.	1 ud.
Torniquete CAT o similar	Control de hemorragia masiva en extremidades.	1 ud.
ANTISÉPTICOS, SOLUCIONES E HIGIENE		
Suero fisiológico monodosis 10 ml	Limpieza de heridas, lavado ocular, irrigación. Preferable al agua oxigenada.	10 uds.
Clorhexidina acuosa al 2 % (preferible)	Antiséptico de elección para heridas. Mejor que la povidona en heridas limpias.	1 frasco 250 ml
Povidona yodada (Betadine) 10 %	Antiséptico para heridas muy contaminadas (animales, rocas de mar) o con riesgo de infección. No usar en bebés ni tiroides alterado.	1 frasco 125 ml
Alcohol isopropílico 70 %	Desinfección de instrumental y superficies. NO sobre heridas abiertas.	1 frasco 250 ml
Agua oxigenada	Limpieza mecánica de heridas superficiales con suciedad incrustada. Uso limitado: daña el tejido de granulación.	1 frasco 250 ml
Gel antiséptico de manos sin agua	Higiene de manos cuando no hay agua disponible.	1 frasco 100 ml
MEDICAMENTOS (consulta siempre con tu médico o farmacéutico)		
Paracetamol 650 mg	Analgésico y antipirético de primera línea. Uso en adultos y niños (ajustar dosis por peso).	1 caja
Ibuprofeno 400/600 mg	Antiinflamatorio, analgésico y antipirético. Contraindicado en embarazo, úlcera y algunos cardíacos.	1 caja

Ácido acetilsalicílico 300 mg (Aspirina)	Reservado para sospecha de infarto (masticar, no tragar). NO para fiebre en menores de 16 años.	1 caja
Antihistamínico oral (loratadina 10 mg o cetirizina)	Reacciones alérgicas leves, urticaria, picaduras. No sustituye a la adrenalina en anafilaxia.	1 caja
Suero de rehidratación oral	Diarrea, vómitos, deshidratación por calor.	4 sobres
Protector gástrico (omeprazol 20 mg)	Úlcera péptica, toma de AINEs, pirosis.	1 caja
Pomada antibiótica tópica (ácido fusídico o mupirocina)	Pequeñas heridas con riesgo de infección superficial.	1 tubo
Pomada para quemaduras leves (Biafine u similar)	Quemaduras de 1.er grado una vez enfriadas con agua.	1 tubo
DOCUMENTACIÓN (plastificada en el interior de la tapa)		
Ficha médica familiar	Alergias, medicación crónica, grupo sanguíneo, enfermedades relevantes de cada miembro.	1 hoja
Teléfonos de emergencia	112, Centro de Salud Ribadesella, Hospital de Arriondas, farmacia de guardia, contacto de emergencia familiar.	1 hoja
Instrucciones básicas de RCP	Resumen visual del protocolo de RCP para quien nunca ha hecho el curso.	1 tarjeta

3. El botiquín del vehículo

El Reglamento General de Vehículos (RD 2822/1998) exige que todos los vehículos a motor lleven un botiquín de primeros auxilios, aunque no especifica su contenido mínimo. En la práctica, la mayoría de los botiquines de vehículo de dotación estándar son insuficientes para una emergencia real. La accidentabilidad en la N-632 y la AS-263 hace especialmente relevante tener un botiquín de vehículo funcional.

El botiquín del vehículo debe adaptarse a las condiciones específicas: espacio limitado, cambios de temperatura (el interior de un coche puede superar los 60 °C en verano, degradando medicamentos y materiales), y la probabilidad de tener que atender politraumatismos.

ELEMENTO	POR QUÉ ES IMPRESCINDIBLE EN EL VEHÍCULO
Guantes de nitrilo (4 pares)	Protección ante múltiples víctimas o fluidos corporales.
Gasas estériles grandes (x10)	Control de hemorragias y cobertura de heridas en traumatismos.
Venda elástica cohesiva (x3)	Vendaje compresivo rápido.
Torniquete CAT	Hemorragia masiva en extremidades: la causa más prevenible de muerte en accidentes de tráfico.

Manta isotérmica (x2)	Shock, hipotermia, cubrición de víctimas en espera de ambulancia.
Mascarilla de RCP con válvula	Ventilaciones de rescate sin riesgo de contagio.
Tijeras de trauma (gancho)	Cortar ropa, cinturones de seguridad y equipos en accidentes. Imprescindible en el vehículo.
Linterna resistente	Visibilidad en el interior del vehículo accidentado o en la oscuridad.
Suero fisiológico (x5 monodosis)	Lavado de heridas y ojos en el lugar del accidente.
Esparadrapo de tela	Fijación de apósitos y vendajes en condiciones adversas.
Dispositivo de señalización V-16	Señalización obligatoria de la escena del accidente (no es sanitario, pero salva vidas).
Chaleco reflectante	Visibilidad del interviniente en la escena del accidente.

Conservación del botiquín del vehículo en el clima cantábrico

La humedad del ambiente cantábrico y las variaciones de temperatura entre invierno y verano afectan especialmente a los materiales del botiquín del coche. Révisalo cada 6 meses: comprueba que los envases de suero fisiológico no están hinchados (indican contaminación), que los apósitos adhesivos no han perdido adherencia por la humedad y que los medicamentos no están expuestos a temperaturas extremas. Guarda los medicamentos en la guantera o en el maletero según la temperatura preferente del producto.

4. Botiquín para actividades en el entorno de Ribadesella

Botiquín de playa y actividades acuáticas

El botiquín para playa debe ser compacto, resistente al agua y específico para las lesiones más frecuentes en el litoral de Ribadesella: picaduras de fauna marina, heridas por rocas y coral, quemaduras solares, traumatismos por tabla de surf y lesiones por arena.

ELEMENTO	INDICACIÓN ESPECÍFICA
Contenedor estanco o bolsa seca	Protege todos los materiales de la arena, el agua y la humedad salina.
Guantes de nitrilo (4 pares)	Manipulación de heridas y fauna marina.
Gasas estériles y apósitos impermeables	Heridas por rocas o coral. Los apósitos impermeables aguantan en contacto con agua.
Suero fisiológico monodosis (x10)	Lavado de heridas con arena, lavado ocular, enjuague de picaduras de medusa.
Pinzas finas de acero inoxidable	Extracción de espinas de erizo, púas de erizo y cuerpos extraños.
Tarjeta de crédito caducada	Extracción de agujones de abejas o de nematocistos de medusa (raspado, no presión).

Antihistamínico oral (loratadina)	Reacciones leves por picaduras de medusa o insectos.
Spray o gel de lidocaína tópica	Alivio inmediato del dolor por picadura de medusa o quemadura solar leve.
Protector solar FPS 50+ resistente al agua	Prevención de quemaduras solares. Renovar cada 2 horas y tras cada baño.
Manta isotérmica	Hipotermia tras inmersión prolongada o extracción de agua.
Termómetro	Vigilancia de temperatura en hipotermia por inmersión.
Silbato de rescate	Señalización de emergencia en el agua o desde la orilla.

Botiquín de montaña y senderismo

Para actividades la montaña o los senderos del concejo. Debe ser ligero, compacto y estar adaptado a las lesiones más frecuentes en el monte: torceduras de tobillo, heridas por caída, hipotermia, picaduras de insectos y agotamiento.

ELEMENTO	INDICACIÓN ESPECÍFICA
Mochila o bolsa específica de primeros auxilios	Ligera, de acceso rápido, con colores llamativos (rojo o naranja).
Guantes de nitrilo (4 pares)	Protección básica del interviniente.
Gasas estériles y apósitos variados	Heridas por caída, rozaduras, cortes.
Venda elástica cohesiva 6 cm (x3)	Esguinces de tobillo y rodilla: la lesión más frecuente en senderismo.
Venda de tela extensible 10 cm	Inmovilización improvisada de fracturas.
Esparadrapo y tijeras punta roma	Fijación y corte en condiciones de campo.
Manta isotérmica (x2)	Hipotermia, shock, cobertura de herido en espera de rescate.
Suero fisiológico monodosis (x5)	Lavado de heridas con tierra o grava.
Paracetamol 650 mg e ibuprofeno 400 mg	Analgesia ante traumatismos leves. No enmascarar síntomas graves.
Antihistamínico oral + crema antihistamínica	Picaduras de himenópteros, contacto con plantas urticantes.
Pinzas y extractor de garrapatas	El monte del Suevo y Ponga tiene presencia de garrapatas. Extracción correcta.
Silbato de rescate	Señalización sonora: 3 pitidos = socorro.
Linterna frontal con pilas de repuesto	Si la evacuación se alarga hasta el anochecer.
Protección solar y repelente de insectos	Exposición prolongada en crestas y zonas abiertas.
Bolígrafo permanente (Rotring u similar)	Anotar hora de torniquete, nombre de la víctima, hora de inicio de síntomas.

5. Adaptaciones del botiquín según necesidades específicas

SITUACIÓN	AÑADE AL BOTIQUÍN ESTÁNDAR
Familias con lactantes o niños pequeños	Termómetro rectal o de oído. Paracetamol líquido (dosis pediátrica). Suero de rehidratación oral pediátrico. Jeringa de dosificación. Apósitos de menor tamaño. Aspirador nasal. Recuerda: no usar aspirina en menores de 16 años.
Personas con alergia grave conocida	Adrenalina autoinyectable (EpiPen o similar) prescrita por su médico: imprescindible y siempre a mano. Antihistamínico de acción rápida inyectable si está prescrito. Tarjeta de alerta alérgica en la cartera y en el botiquín. Plan de acción escrito por el alergólogo.
Personas con diabetes	Glucómetro y tiras reactivas. Glucosa en gel o tabletas de glucosa de acción rápida. Glucagón inyectable si está prescrito. Azúcar refinado o zumo de naranja como reserva de emergencia. Registro de glucemias recientes.
Personas con cardiopatía conocida	Nitroglicerina sublingual si está prescrita (con fecha de caducidad al día). Aspirina 300 mg. Medicación cardíaca habitual en doble cantidad durante viajes. Lista actualizada de medicación para el equipo de emergencias.
Personas mayores que viven solas	Teléfono con marcado rápido al 112 y familiares. Listado de medicación actual visible y accesible. Botiquín especialmente bien organizado y con letras grandes en las etiquetas. Considerar dispositivo de teleasistencia.
Actividades de caza y pesca (sector relevante en Ribadesella)	Torniquete adicional. Apósito hemostático (QuikClot o similar) si está disponible. Vendaje israelí. Silbato. Mantas isotérmicas extra. Protocolo escrito de activación del rescate con referencias geográficas del coto.

6. Medicamentos en el botiquín: mitos y criterios de uso

La presencia de medicamentos en el botiquín doméstico genera muchas dudas: qué tener, qué no tener, cuándo usarlos y cuándo no. A continuación se aclaran los casos más frecuentes de mala práctica.

MEDICAMENTO	CUÁNDO SÍ	CUÁNDO NO / PRECAUCIÓN
Agua oxigenada	Limpieza mecánica inicial de heridas superficiales muy sucias (barro, tierra).	No usar como antiséptico habitual: destruye el tejido de granulación y retrasa la cicatrización. No usar en heridas limpias.
Povidona yodada (Betadine)	Heridas con alto riesgo de infección, mordeduras de animales y personas, heridas sucias cuando no hay clorhexidina.	No en embarazadas, neonatos, personas con alteraciones tiroideas ni en heridas limpias en cicatrización.
Aspirina (AAS)	Sospecha de infarto agudo de miocardio en adulto consciente sin contraindicaciones (masticada, 300 mg).	Menores de 16 años. Sangrado activo. Alergia al AAS. Ictus (puede agravar el hemorrágico).

Ibuprofeno	Dolor leve-moderado, inflamación, fiebre en adultos.	Embarazo (especialmente tercer trimestre). Úlcera péptica activa. Insuficiencia renal. Con precaución en cardiopatía.
Antihistamínico oral	Urticaria leve, reacción alérgica local, picaduras con reacción local.	No sustituye a la adrenalina en anafilaxia grave. No conduce si produce somnolencia.
Antibióticos orales	Solo con prescripción médica para una infección concreta.	Nunca en el botiquín de forma preventiva ni como «por si acaso». El uso inadecuado genera resistencias y puede enmascarar infecciones graves.
Nitroglicerina sublingual	Solo si está prescrita por el cardiólogo para angina de pecho estable conocida.	No administrar si la presión arterial es baja, si hay sospecha de infarto de ventrículo derecho ni si el paciente ha tomado inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil u similares).

Resumen del Bloque 8: el botiquín doméstico y de emergencia

Un botiquín es una herramienta, no un archivo: accesible, organizado, actualizado y conocido por todos en casa.

Material de cura imprescindible: gasas estériles, vendas cohesivas, esparadrapo, guantes y suero fisiológico.

El torniquete CAT debe estar en el botiquín del hogar y en el del coche: es la única intervención que puede detener una hemorragia masiva en extremidades.

Revísalo dos veces al año: caducidades, reponer lo usado, actualizar la ficha médica familiar.

Adapta el botiquín a tu entorno: la playa, el monte y el coche tienen riesgos distintos y el botiquín debe reflejarlo.

BLOQUE 9

Otras situaciones de emergencia

1. Ingestión de baterías de botón en niños

Dentro la ingestión de objetos en niños, la ingestión de baterías llega a ser hasta el 25%. El riesgo mayor es el daño al esófago por impactación de la batería o por salida de los químicos que dañan los tejidos, aunque la batería pase al estómago.

Los niños menores de 6 años son el mayor grupo de riesgo en la ingestión de baterías de botón. Las baterías de 2 cm corren mayor riesgo de quedar en el esófago y causar un problema mayor.

1

La prevención es muy importante

Siempre tener las baterías fuera del alcance de los niños, comprar empaques que sean seguros, y si están abiertos usar cinta adhesiva para que no tengan acceso a ellas. Nunca poner las baterías en zonas donde hay alimentos.

2

El tiempo de respuesta es vital

Se debe acudir a Urgencias para tratar de remover la batería con un endoscopio cuanto antes. El daño a la mucosa puede ocurrir en menos de 2 horas. Llama inmediatamente al 112 para recibir ayuda

3

Si la ingestión sucedió hace menos de 12 horas

Y el niño (mayor de 1 año) se encuentra bien, puedes darle 2 cucharadas de miel de abeja cada 10 minutos (máximo 6 tomas) mientras se espera la atención final. La miel neutraliza el ácido de la batería y puede disminuir el daño tisular. No debe darse nada más por vía oral.

4

Si se desconoce el tiempo de ingestión

O es mayor a 12 horas, o el niño presenta síntomas, no debe darse nada por la boca.

5

Nunca debe inducirse el vómito

Aunque la batería haya pasado al estómago, debe siempre acudir a urgencias para realizar rayos X o TAC para ubicarla y poder evaluar complicaciones.

Síntomas tempranos:

- obstrucción de la vía aérea
- sibilancias
- babeo
- vómito
- irritabilidad
- malestar en el pecho
- dolor de garganta

- dificultad para tragar
- disminución del apetito
- negativa a comer
- tos
- asfixia

Síntomas tardíos

- Vómito o tos con sangre
- Melena (heces negras)
- Dolor abdominal
- Tos
- Fiebre
- Limitación en el movimiento del cuello
- Pérdida de peso

Una complicación grave temprana es la hemorragia masiva si se perfora en esófago, se debe tener en cuenta, por lo cual debes estar preparado para una emergencia de este tipo y seguir los protocolos de hemorragias y de PCR.

Si el niño ingiere un imán de forma simultánea a una batería, es una emergencia quirúrgica, aunque aparentemente el niño se encuentre bien inicialmente. No demores la atención.

Ref:Amani Mubarak et al
Diagnosis, management and prevention of button battery ingestion in childhood: a European Society for
Paediatric Gastroenterology Hepatology ns Nutrition Position Paper. 2021.

BLOQUE 10

Recursos y formación

Esta guía ha recorrido los conocimientos esenciales de primeros auxilios adaptados al entorno de Ribadesella. Pero ningún documento, por completo que sea, puede sustituir a la formación práctica presencial. Los primeros auxilios son una habilidad que se aprende haciendo: las compresiones torácicas deben practicarse sobre un maniquí para calibrar la profundidad y el ritmo; la maniobra frente-mentón debe sentirse en las manos; el uso del DEA debe haberse ejecutado al menos una vez en un entorno controlado antes de tener que hacerlo de verdad.

Este último bloque es, por tanto, el más importante en términos de acción: te indica dónde formarte, qué herramientas digitales pueden apoyarte en la emergencia, y pone a tu alcance todos los contactos de emergencia del concejo y de Asturias en un formato listo para imprimir y tener a mano.

1. Formación en primeros auxilios en Ribadesella

Protección Civil Ribadesella

Protección Civil Ribadesella organiza periódicamente cursos de formación en primeros auxilios básicos abiertos a toda la ciudadanía del concejo. Los contenidos están adaptados al entorno local e incluyen práctica con maniqués de RCP, uso del DEA y actuación ante las emergencias más frecuentes en Ribadesella.

Cómo acceder a los cursos de Protección Civil Ribadesella

- Página web: www.pcribadesella.es
- Facebook: <https://www.facebook.com/ProteRibadesella/>
- Contacto directo con el Ayuntamiento de Ribadesella.
- Los cursos son gratuitos o de coste mínimo para los vecinos del concejo.
- Se organizan cursos específicos para colectivos: docentes, hostelería, deportistas acuáticos, cazadores y asociaciones vecinales.

¿Cuánto dura la formación en primeros auxilios y con qué frecuencia renovarla?

Un curso básico de primeros auxilios con práctica de RCP dura entre 6 y 16 horas según el nivel. Las guías del European Resuscitation Council recomiendan renovar la formación cada 2 años, ya que las habilidades técnicas (especialmente la RCP) se degradan significativamente en ese período sin práctica. En Protección Civil Ribadesella organizamos sesiones de repaso anuales para quienes ya han realizado el curso básico.

2. Aplicaciones móviles útiles en emergencias

El teléfono móvil es hoy en día una herramienta de emergencia tan importante como el botiquín. Las siguientes aplicaciones pueden marcar la diferencia en una emergencia real: desde facilitar la localización a los servicios de emergencias hasta guiarte paso a paso en una RCP.

APLICACIÓN	PLATAFORMA	COSTE	QUÉ HACE Y POR QUÉ ES ÚTIL
EMERGENCIAS Y LOCALIZACIÓN			
AlertCops	Android / iOS	Gratis	Botón SOS, compartir ubicación, chat, guardián, rescate, acompáñame, llamada simulada, avisos, alarma sonora
RCP Y PRIMEROS AUXILIOS			
Primeros Auxilios/ Cruz Roja	Android / iOS	Gratis	Información e instrucciones sobre primeros auxilios sanitarios
Primeros Auxilios Básicos	Android (Amazon)	Gratis	Información e instrucciones sobre primeros auxilios sanitarios
Técnico en Emergencias Sanitarias	Android (Amazon)	Gratis	Información para voluntariado socorrista
OTRAS NECESIDADES EN EMERGENCIAS			
Consejos frente a emergencias	Android (Amazon)	Gratis	Qué hacer antes, durante y después de las emergencias
Red de Apoyo para la Vida	Android (Amazon)	Gratis	Información sobre prevención del suicidio y otras cuestiones relacionadas

Prepara tu teléfono antes de necesitarlo

- Configura el marcado rápido de emergencias: guarda el 112 en favoritos y activa el SOS de emergencia nativo de tu teléfono.
- Completa la ficha médica del teléfono (iOS: app Salud → Ficha Médica; Android: app Información de emergencias o similar): grupo sanguíneo, alergias, medicación crónica. Los servicios de emergencias pueden acceder a ella sin desbloquear el teléfono.
- Carga el teléfono antes de actividades de riesgo: playa, montaña, actividades acuáticas. Considera llevar una batería externa portátil.

3. Teléfonos de emergencia: guía de referencia para Ribadesella

La siguiente tabla recoge todos los teléfonos de emergencia relevantes para el concejo de Ribadesella, organizados por categoría. Se recomienda imprimirla, plastificarla e incluirla en el botiquín doméstico y en el vehículo.

SERVICIO	TELÉFONO	OBSERVACIONES
SERVICIOS LOCALES — RIBADESELLA		
Ayuntamiento de Ribadesella	985 86 02 55	Horario de oficina. Para gestiones municipales y contacto con Protección Civil.
Policía Local de Ribadesella	985 85 80 22 619 76 95 76	Para emergencias locales.
Centro de Salud de Ribadesella	985 85 74 40	Consultas y urgencias. Fuera de horario: Hospital de Arriondas.
Protección Civil Ribadesella	684 63 47 91 (sólo WhatsApp)	Contacto a través del Ayuntamiento, email o de las redes sociales oficiales (Facebook: Protección Civil Ribadesella).
Cruz Roja Ribadesella	985 86 06 36	Gestión de voluntariado y emergencias sociales.
CENTROS SANITARIOS DE REFERENCIA		
Hospital de Arriondas (SESPA)	985 94 98 00	Hospital comarcal más cercano a Ribadesella. Urgencias 24 h. Referencia para la mayor parte de las emergencias del concejo.
HUCA — Urgencias (Oviedo)	985 10 80 00	Línea directa de urgencias hospitalarias del HUCA.
Urgencias Pediátricas Asturias	985 10 80 00	Extensión de urgencias HUCA. Para emergencias pediátricas graves.
Toxicología — Instituto Nacional	915 62 04 20	Consultas por intoxicaciones, ingestión de tóxicos, sobredosis. Disponible 24 h.
RESCATE, SEGURIDAD Y SERVICIOS ESPECÍFICOS		
Salvamento Marítimo	900 20 22 02	Emergencias en el mar: naufragos, embarcaciones en apuros, personas en el agua.
Guardia Civil — Puesto de Ribadesella	985 86 01 53	Seguridad ciudadana, tráfico, delitos en el concejo.
DGT — Información de tráfico	011	Información sobre el estado de las carreteras, accidentes y cortes de tráfico.

Emergencias Montaña (GES — GREIM)	062 / 112	Rescate en montaña a través de la Guardia Civil. Solicitar el Grupo de Rescate e Intervención en Montaña.
Emergencias Espeleología (GEAS)	062 / 112	Rescate en cuevas y zonas espeleológicas a través de la Guardia Civil.
APOYO PSICOLÓGICO, SOCIAL Y LÍNEAS DE AYUDA		
Teléfono de la Esperanza	717 003 717	Atención psicológica en crisis. Disponible 24 h. Sin coste.
Teléfono contra la Violencia de Género	016	Gratuito, no deja rastro en la factura. 24 h.
Teléfono de Atención a Menores	116 111	Atención a menores en riesgo. 24 h. Gratuito.
Servicios Sociales del Ayuntamiento	985 86 15 28	Atención social urgente. A través del Ayuntamiento de Ribadesella.

Cierre: el primer interviniente que Ribadesella necesita

Has llegado al final de esta guía. A lo largo de sus nueve bloques has recorrido los fundamentos del protocolo PAS, la atención a la persona inconsciente, la RCP y el DEA, el control de hemorragias, los traumatismos, las emergencias propias de la costa y el monte de Ribadesella, las crisis médicas súbitas, el botiquín y ahora los recursos de formación y los contactos de emergencia.

Pero ningún texto, por exhaustivo que sea, convierte a nadie en primer interviniente. Lo que te convierte en primer interviniente es la decisión de actuar. La decisión de no mirar para otro lado cuando alguien necesita ayuda. La decisión de mantener la calma cuando todo alrededor la pierde. Y, sobre todo, la decisión de formarte antes de que llegue la emergencia, no después.

En Ribadesella tenemos la suerte de contar con una red de recursos de emergencias comprometida: Protección Civil, Cruz Roja, el Centro de Salud, los servicios del 112. Pero esa red tiene un eslabón que ninguna institución puede cubrir: el vecino que está en el lugar en el momento exacto. Ese eres tú.

Un último mensaje de Protección Civil Ribadesella

Aprende. Practica. Actúa.

Porque en una emergencia, los primeros cinco minutos son tuyos.

Y tú puedes hacer que cuenten.

www.pcribadesella.es

Facebook: <https://www.facebook.com/ProteRibadesella/>