	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 1 de 21</i>

LISTA DE DISTRIBUCIÓN

1. Archivo SSHyAL-UNRC 2. Archivo ASyMA - FCEFQyN 3. Responsable de HyS en Facultad


CONTROL DE CAMBIOS

Rev.	Fecha	Autor del cambio

DOCUMENTOS ASOCIADOS

Documento	Descripción	Ubicación
UNRC-FCEFQyN-PG-01	Plan de Protección para actividades de Investigación y/o Servicio	Carpeta de procedimientos UNRC-FCEFQyN

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre: Msc. Fernando López Puesto: Responsable HyS FCEFQyN Fecha: enero de 2010 Firma:	Nombre: Ing. Luís Turiello Puesto: Responsable de HyS de la UNRC Fecha: Firma:	Nombre: Dra. Gladys Mori Puesto: Decana de la FCEFQyN Fecha: Firma:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 2 de 21</i>

1. OBJETIVO

Establecer normas de trabajo seguro para los investigadores que desarrollen tareas de campo fuera de las instalaciones de la Facultad de Ciencias Exactas, Físicoquímicas y Naturales y dentro del territorio nacional. Establecer normas de prevención y atención de accidentes.

2. ALCANCE

Todo personal de la Facultad que desarrolle tareas de investigación a campo.

3. INFORME DE SALIDA

Se debe informar toda salida a campo llenando un formulario provisto por el Área de Seguridad y Medio Ambiente (ASyMA) de la FCEFQyN, declarando fecha de salida, lugar, integrantes etc., para la correspondiente comunicación a la ART.

4. EQUIPO DE TRABAJO

4.1. Conformación

Todo equipo de trabajo que realice tareas de campo debe estar formado por un mínimo de dos personas, a los efectos de poder coordinar el auxilio necesario ante un accidente de uno de los integrantes. Si se trata de un equipo numeroso, es conveniente la asignación previa de roles y responsabilidades jerárquicas para casos de emergencias y toma de decisiones. Se debe disponer de los datos del Centro Asistencial más cercano al lugar donde se desarrollarán las tareas y diagramar un plan de emergencias en casos de accidentes, forma y medios de locomoción para llegar al mismo, tiempo estimado, etc. Asimismo y de ser necesario por el lugar a visitar, confirmar la existencia de suero antiofídico en el puesto sanitario más cercano.

4.2. Medios de transporte

Si el trabajo de campo a realizar implica traslados conduciendo vehículos, el personal de la FCEFQyN que realice esas tareas debe poseer licencia habilitante para el tipo de vehículo a emplear (automóvil, pick up, etc.). Se aconseja que el conductor asignado tenga conocimiento de conducción de vehículos en terrenos con nieve, ripio, caminos de montaña etc. de acuerdo al lugar en que se realizará la investigación.

A los vehículos involucrados se les deberá efectuar una revisión técnica previa y deberán portar los elementos de seguridad correspondientes (cinturones de seguridad, balizas portátiles, extintores, chaleco reflectivo para el conductor, tacos de madera, neumáticos de auxilio en condiciones, crique, cadenas de ser necesarias, de acuerdo al lugar a transitar, etc.).

Si debe llevar un bidón adicional de combustible, es conveniente adicionar uno vacío extra a los efectos de utilizarlo en caso de deterioro (pinchadura u otro).

En las embarcaciones deben asegurarse la suficiente cantidad de elementos de rescate, chalecos salvavidas etc.

4.3. Medios de comunicación

Se deberán evaluar los medios de comunicación apropiados a utilizar en el lugar en que se desarrollarán las tareas, ya sea para intercomunicación de los integrantes del equipo como para la comunicación con la localidad más cercana (teléfono, celular, handy, radio, etc.)

4.4. Indumentaria


Se recomienda llevar y utilizar, como equipo básico:

Ropa de algodón adecuada (pantalón largo grueso y amplio y camisa de mangas largas para evitar raspaduras con la vegetación, piedras etc.).

Calzado acorde al lugar y tarea a realizar, pero en general de suela gruesa y que cubra hasta arriba del tobillo, por lo menos. No calzar hojotas.

Gorro o sombrero

Anteojos para protección solar o gafas de seguridad para evitar que las malezas o ramas lastimen los ojos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 3 de 21</i>

Mochila adecuada a la estructura física de cada persona, preferentemente con cincha lumbar o riñonera.

Guantes adecuados (algodón o cuero) si va a manipular plantas o animales.

Protector solar, crema humectante y protector para labios para evitar quemaduras solares.

Repelente para mosquitos.

4.5. Examen Psicofísico.

Si las tareas se realizarán en lugares de difícil acceso o demandarán esfuerzo físico significativo, tales como: escalar montañas, caminatas prolongadas por la selva, portar mochilas pesadas, buceo, exposición a inclemencias climáticas etc., se deberá presentar el formulario de aptitud psicofísica (Ver formulario en Anexo I) firmado por un profesional médico. Este deberá indicar si el examinado puede realizar las tareas declaradas, dejando constancia de las patologías halladas (Ej. diabetes, hipertensión arterial) y la medicación prescrita. Los formularios se incorporarán al botiquín para conocimiento del responsable del mismo.

4.6. Vacunaciones

Toda persona que realice tareas de campo deberá tener el esquema de vacunación antitetánica completo. Se recomienda a quienes deban trasladarse a zonas de enfermedades endémicas para cuya prevención existan vacunas, la inmunización correspondiente. (Ver Anexo II. Esquema de vacunaciones).

4.7. Botiquín de primeros auxilios

De deberá llevar un botiquín de primeros auxilios con los elementos básicos que se detallan en el Anexo III. Los elementos de este botiquín están calculados para un equipo de trabajo de dos a tres personas y se incrementarán en forma proporcional de acuerdo a la cantidad de integrantes del grupo.

4.8. Manual de primeros auxilios

El Manual de Primeros Auxilios (ver Anexo IV) debe integrar el botiquín. Cuando la tarea de campo demande un periodo de tiempo prolongado y en lugares de difícil acceso o alejados de centros urbanos, por lo menos, la persona encargada del botiquín debe cumplimentar una capacitación previa en primeros auxilios.

5. ANEXOS


I. FORMULARIO DE APTITUD PSICOFISICA

II. ESQUEMA DE VACUNACIONES

III. BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS

IV. MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS

V. FORMULARIO PARA COMUNICACIÓN DE SALIDA A CAMPO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 4 de 21</i>

**ANEXO I
FORMULARIO DE APTITUD PSICOFISICA**

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Profesión:

Tareas a realizar (breve reseña mencionando lugar, características del terreno, cantidad de días, etc.)

Nombre y Apellido del médico:


Matrícula Nacional/Provincial:

Examen psicofisico (consignar patologías declaradas o halladas, alergias, tratamiento de ser necesario, medicamentos y dosis)

Vacunaciones recibidas y sugeridas:

.....Sí NO es apto para realizar las tareas declaradas.
(Nombre y apellido)

Firma del médico Aclaración y/o sello

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 5 de 21</i>

ANEXO II VACUNACIONES

Todo integrante de un grupo de trabajo que realice tareas de campo debe tener la vacunación antitetánica completa .Ver esquema.

VACUNACION ANTITETANICA	
DOSIS	
Personas que nunca fueron vacunadas o no recuerdan su estado de vacunación previo.	Se aplican 3 dosis de vacuna intramuscular 0 días – primera dosis. 30 días – segunda dosis 12 meses – tercera dosis
Personas con antecedentes de 3 o mas dosis aplicadas con anterioridad (es lo mas frecuente)	Se aplica refuerzo: una dosis
Después de esta vacunación debe aplicarse un refuerzo cada 10 años. Si no existen contraindicaciones, en los refuerzos aplicar la Doble Adulto: antitetánica – antidiftérica.	

Asesorarse de la existencia de enfermedades endémicas propias del lugar a visitar De existir vacunas, aplicárselas. Ejemplo:

Vacuna Antiamarilla

Zonas endémicas: regiones de Centro América y Sudamérica Tropical, NE argentino, zonas fronterizas con Brasil y Paraguay. Algunos países exigen certificado de vacunación para permitir el ingreso.

Comienza la inmunidad a los tres días y dura por 10 años

Vacuna Antitifoidea


Viajes a zonas endémicas, Sur de Brasil, zona fronteriza con Argentina, algunas regiones de América Central y América del Sur

Vacunas Oral: 3 cápsulas (una día por medio)

Refuerzo cada 5 años Inyectable: 1 dosis intramuscular. Refuerzo al año. Inmuniza 3 años

Vacuna Antihepatitis A y B:

Optativa si bien se aconseja su aplicación con dos o tres meses de anticipación.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 6 de 21</i>

ANEXO III BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS

Contenido básico:

Algodón estéril 100gs (un envase) para limpiar alrededor de heridas.
 Gasa estéril de 10 x 10cm (una caja) para limpiar y cubrir heridas.
 Gasa furacinada (una caja) para cubrir lesiones en la piel, quemaduras, excoriaciones.
 Apósitos absorbentes de 10cm (una caja).
 Apósitos autoadhesivos (una caja).
 Vendas de distintas medidas (5, 7 y 10cm) cinco unidades de cada una.
 Cinta adhesiva hipoalergénica (un envase)
 Alcohol de 94° 500 cc (un envase) para higiene de las manos
 Agua oxigenada de 10 vol. 200cc (un envase) para lavar heridas.
 Agua destilada Sachet de 250cm (un envase)
 Guantes de látex (dos pares)
 Azúcar/ sal

Varios:


Tapones para oídos.
 Tijera.
 Alfileres de gancho
 Pinza de depilar
 Goma para lazo hemostático.
 Linterna chica
 Aguja /Hilo
 Jabón neutro
 Pañuelo grande
 Pastillas para potabilizar agua
 Kit para análisis de agua (Permite evaluar presencia de nitratos. Si los hay en exceso no sería agua apta para ser consumida ni aún potabilizada mediante pastillas)

Medicamentos:

Decadrón inyectable, en jeringa prellena.
 Antiespasmódico: Sertal gotas o comprimidos
 Analgésicos: Aspirina, Paracetamol 500mg o Ibuprofeno 400mg (comprimidos)
 Antidiarreico: Espreptocarboftiazol. Carbón activado en polvo o en comprimidos.
 Lociones antipruriginosas.

Importante:

Se incluirá en el botiquín de primeros auxilios los exámenes psicofísicos de aquellas personas que reciban medicación, (ej hipotensores, hipotiroideos etc.) para conocimiento del responsable del botiquín.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 7 de 21</i>

ANEXO IV MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS

1. OBJETIVO

Brindar nociones elementales para ser aplicadas en la emergencia a un hecho accidental que provoque lesiones corporales o descompensaciones clínicas de patologías preexistentes, hasta la derivación a un centro asistencial (Ej.: paro cardio-respiratorio, hemorragia intensa, etc.). Evitar o disminuir el riesgo de complicaciones posteriores al accidente. Se debe actuar con dominio de la situación manteniendo la serenidad.

2. DESCRIPCIÓN

2.1. Medidas generales aplicables a todos los casos

- Trate a la víctima con cuidado, no la mueva innecesariamente, ni permita que se mueva.
- Ante la necesidad de moverla o trasladarla, los movimientos deben ser suaves, coordinados, seguros y firmes.
- La víctima debe estar en posición lateral, con el cuerpo derecho, salvo que se sospeche que ha recibido lesiones en columna, en cuyo caso debe estar tendido sobre su espalda y no levantarla.
- No darle de beber, especialmente si esta inconsciente.
- Si vomita, inclinarle hacia un lado para evitar la asfixia.
- Afloje la ropa, cintura y cuello y evite que su cuerpo se enfríe.
- Compruebe si las vías respiratorias están libres de cuerpos extraños.
- Sí está conciente trate de mantener la calma, proporcionando seguridad emocional y física.
- Sí tiene la cara enrojecida, mantenga levemente alta la cabeza.
- Sí la víctima esta pálida, mantenga el cuerpo y las piernas en alto.

2.1.1 Asfixia

- Causas mas frecuentes:
 - o Presencia de un obstáculo externo.
 - o Paro cardíaco.
 - o Ambiente tóxico y/o falta de oxígeno.
- Tratamiento. Si existe un obstáculo externo, suprimirlo. Colocar al accidentado en un ambiente ventilado. Asegurar la libertad de las vías respiratorias. Para ello:
 - o Aflojar la ropa alrededor del cuello y cintura.
 - o Abrir la boca y liberar todo aquello que la obstruya (vómito, dentadura postiza móvil, etc.).
 - o Si está inconsciente (aunque respire), colocar una mano sobre la nuca y la otra en la frente basculando la cabeza hacia atrás suavemente; con está maniobra se libera la garganta obstruida por la caída de la lengua hacia atrás.
 - o Colocar en posición lateral de seguridad a fin de permitir la salida de sangre o vómito.
 - o Si la asfixia se produce por la presencia de un cuerpo extraño en la garganta, colocar al accidentado boca arriba, situarse a horcajadas sobre sus muslos y con la palma de la mano encima del ombligo y la otra mano sobre la primera, efectuar un movimiento rápido hacia adentro y hacia arriba para que el impulso del aire libere las vías respiratorias (Método de Heimlich)
 - o Esta maniobra se puede realizarse en posición de pie (Fig 1), sentado (Fig 2) o acostado (Fig 3).


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 8 de 21</i>



Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fig 1

- Si no respira tras extraer el cuerpo extraño:
 - o Practicar la respiración artificial.
 - o Practicar masaje cardíaco externo en el caso de no localizar el pulso en la carótida.
- Si se advierte la presencia de un gas tóxico inflamable, se deben tomar las siguientes precauciones:
 - o Protegerse o contener la respiración antes de la evacuación del accidentado.
 - o No encender cerillas ni tocar interruptores.

2.1.2. Lipotimia

- Ante una pérdida súbita del conocimiento de corta duración (2-3 minutos).
 - o Aflojar la ropa alrededor del cuello y cintura.
 - o Ventilar el ambiente.
 - o Acostar al afectado en posición horizontal, boca arriba, con las piernas elevadas.

2.1.3. Epilepsia

- Despejar el entorno de cualquier objeto que pueda herir al enfermo.
- Deslizar una manta o ropa debajo del afectado para amortiguar los golpes.
- Asegurar la ventilación limpiando permanentemente las secreciones que emanan de la boca.
- Colocar un pañuelo chico enrollado o cinto de cuero chico en un costado de la boca, entre los molares para facilitar la entrada de aire y evitar que se muerda la lengua. De no ser posible, tratar de introducir en la boca del convulso el dedo meñique abriendo un canal de aire en el costado de la misma para su mejor ventilación.

2.1.4. Heridas


a) Heridas simples

Estas son las que se pueden tratar, desinfectándolas y colocando el apósito correspondiente.

- Se lavará las manos con abundante agua y jabón.
- Limpiar la herida, partiendo del centro al exterior, con jabón o líquido antiséptico.
- Colocar apósito o vendaje compresivo

b) Heridas Graves

- Taponar la herida con gasas estériles.
- Aplicar una venda sobre la herida, más o menos apretada en función de la importancia de la hemorragia, cuidando de no interrumpir la circulación sanguínea.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 9 de 21</i>

2.1.5. Hemorragias

Pueden ser hemorragias arteriales, venosas o capilares, a su vez internas o externas. Ante cualquier tipo de hemorragia se debe actuar de la siguiente forma:

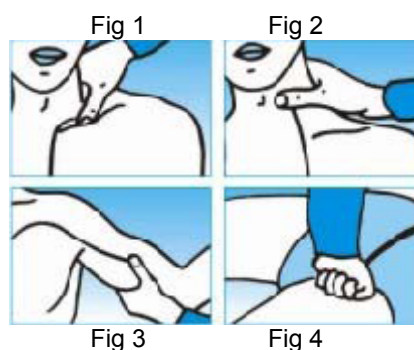
- Acostar al accidentado en posición horizontal
- Buscar una hemorragia externa, a veces oculta por la ropa.
- Sí se presume una hemorragia interna, arropar al accidentado y evitar cualquier movimiento.

a) Hemorragia externa

- Colóquese siempre guantes descartables para actuar.
- Para identificar el tipo de hemorragia seque la herida con una tela limpia o gasa.
- Cuando se ha producido una lesión venosa o de capilares, la sangre fluye en napa, cuando se ha lesionado una arteria, lo hace en forma de chorros intermitentes, rápidamente y muy abundante.
- Con el herido tendido se hace compresión local en el punto que sangra, con una compresa, tela limpia o gasa o bien con uno o dos dedos o con la palma de la mano, en función de la extensión de la herida.
 - o Esta técnica generalmente se utiliza con la elevación de la parte afectada, excepto cuando se sospecha lesión de la columna vertebral o fractura. En este caso antes de elevar la extremidad, se debe inmovilizar.
 - o Si la herida esta situada en un miembro superior o inferior, levántelo a un nivel superior al corazón.
 - o Si la hemorragia cesa, procederemos a colocar más gasas o apósitos y cubrirlos con una venda de rollo
 - o Si no se detiene, habrá que hacer compresión a distancia. Se utiliza cuando no se ha podido controlar la hemorragia por presión directa y elevación de la extremidad o en los casos en los cuales no se pueden utilizar los métodos anteriores (Ej. fracturas abiertas)
 - o En la compresión a distancia se ejerce presión sobre las arterias, en los siguientes puntos:


a.1.) Hemorragias en miembros superiores:

- Hombro: en la región retroclavicular (fig1) o en la carótida (Fig 2). Esta última maniobra realizarla con mucho cuidado.
- Brazo: en la arteria humeral a nivel de la cara interna del brazo. (Fig 3).



a.2.) Hemorragias en miembros inferiores:

- Pierna: arteria poplítea, a nivel del hueso poplíteo, en la cara posterior de la rodilla.
- Muslo: arteria femoral a nivel de la región inguinal (Fig.4)
 - o Si la hemorragia cesa después de 3 minutos de presión, suelte lentamente el punto de presión directa.
 - o Si la hemorragia continua, vuelva a ejercer presión sobre la zona sangrante. Mantener al herido acostado horizontalmente

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 10 de 21</i>

a.3.) Uso del Torniquete

- El torniquete es una maniobra encaminada a paliar una hemorragia aguda, que no puede ser contenida por el sistema convencional, mediante la compresión de todos los vasos sanguíneos en una zona circular próxima.
- Se utilizará sólo como último recurso, si los métodos descritos precedentemente no son efectivos.
- Es útil en amputaciones traumáticas de las extremidades, aplastamientos prolongados o cuando han fracasado las medidas convencionales, pero implica unos riesgos: gangrena, muerte por autointoxicación.
- Es muy importante reflejar en un papel grande prendido a la víctima o escribiendo directamente en la piel, preferentemente en la frente (el sudor puede borrar algunas tintas), la hora y la localización del torniquete y debe procurarse mantenerlo a la vista no ocultándolo con ropa u otros objetos.
- Es Torniquete se coloca sobre los puntos de presión más cercanos a la lesión. Se debe aflojar cada 20 minutos en los adultos y cada 10 minutos en los niños.

2.1.6 Hemorragias nasales:

Se realiza:

- Taponamiento
- Compresión local
- Aplicación de compresas frías
- Mantener la cabeza baja

2.1.7. Traumatismos

Son lesiones externas o internas resultantes de una acción exterior. Pueden ser originados por presión (golpes, compresiones, aplastamientos), por tracción (estiramientos) o por explosiones.

a) Contusiones

Se lesionan los tejidos sin herida abierta en la piel. En los casos leves:

- Aplicar frío para reducir la tumefacción y equimosis.
- Reposo.

Las contusiones torácicas, abdominales y craneales requieren intervención médica.

b) Luxaciones

Es el desplazamiento de las superficies óseas que conforman una articulación. Vuelven a su lugar mediante una reducción mecánica. Generalmente se producen lesiones ligamentarias.

- Aplicar frío para reducir la tumefacción y equimosis.
- Inmovilizar y trasladar

c) Esguince

Es una distensión o lesión ligamentaria articular sin llegar a la luxación


- Aplicar frío para reducir la tumefacción y equimosis
- Inmovilizar la articulación afectada

d) Fracturas

Se entiende como fractura a toda rotura de un hueso ya sea espontánea o provocada. Se denomina fractura cerrada cuando la piel regional se halla indemne y fractura abierta o expuesta, cuando se ha provocado una herida en la piel que permite la comunicación de la lesión ósea con el exterior. Estas últimas frecuentemente se acompañan de lesiones nerviosas, vasculares etc.

d.1.) Sintomatología

- Dolor intenso, localizado que aumenta con el movimiento
- Impotencia funcional, incapacidad para efectuar movimientos con el miembro fracturado
- Deformación, acortamientos
- Crepitación, sensación de roce producido por el movimiento de las extremidades óseas.
- Heridas, hematomas, exposición de un extremo óseo etc.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 11 de 21</i>

d.2.) Primeros auxilios.

- Inmovilizar el miembro o la zona afectada por la fractura, abarcando con la férula de inmovilización, en lo posible las dos articulaciones más cercanas a la lesión
- Mover lo menos posible al afectado
- No Intentar reducir o introducir el extremo saliente de un hueso en una fractura expuesta
- Si hubiera peligro o insuficiencia en la función respiratoria, hemorragias o shock, serán de atención prioritaria , antes que la atención de la fractura
- Trasladar

2.1.8. Quemaduras

Son lesiones de la piel y otros tejidos provocadas por diferentes causas como el calor, la electricidad, productos químicos, etc. Se clasifican en:

- Quemaduras de primer grado: la piel está enrojecida (eritema).
- Quemaduras de segundo grado: la parte interior de la piel (dermis) se quema, formándose ampollas (flictenas) llenas de un líquido claro.
- Quemaduras de tercer grado: la piel está carbonizada y los músculos, vasos y huesos pueden estar afectados.

La gravedad de las quemaduras también depende de su extensión y localización.

a) Quemadura grave. Conducta a seguir:

- Eliminar o suprimir la causa: Si la ropa está en llamas, impedir que el accidentado corra, enrollarlo en una manta o abrigo o hacerlo rodar por el suelo.
- Enfriar la quemadura: Rociar las regiones quemadas con abundante agua a una temperatura entre 10 y 20 °C, durante 10 ó 15 minutos.
- Cubrir las quemaduras: Proteger las quemaduras con gasas estériles
- Cubrir al herido: Con una manta o similar al fin de evitar el enfriamiento general.
- Posición horizontal del quemado: Generalmente de espaldas o en posición lateral si tiene quemada la espalda o boca abajo si tiene quemados los costados y la espalda.

b) Quemadura por frío o congelaciones

- Son lesiones producidas por acción del frío. Con mayor frecuencia se localizan en los dedos, nariz, orejas o lengua. También se clasifican en tres grados:
- Quemaduras de primer grado: la piel está blanca o pálida, a menudo puede haber sabañones o eritema perneo.
- Quemaduras de segundo grado: hay edema o se forman ampollas. En los pies se tiene la sensación de que el zapato aprieta.
- Quemaduras de tercer grado: existen lesiones de necrosis a veces gangrena (muerte de los tejidos) alteraciones profundas de la sensibilidad y hasta lesiones óseas.

Conducta a seguir ante una quemadura por congelación

- Cubrir la parte congelada con ropa, frazadas etc.
- Sumergir la parte congelada en agua tibia.
- No frote la parte afectada
- Si se produce insuficiencia respiratoria efectuar respiración artificial, los miembros afectados con congelamiento de cierta
- Colocar férulas o inmovilizaciones en importancia, para evitar fracturas.


2.1.9. Lesiones oculares producidas por sustancias químicas

- Irrigar de manera inmediata y prolongada el ojo durante al menos 20 minutos con agua o suero fisiológico.
- No tapar el ojo para que las lágrimas continúen limpiando cualquier sustancia química residual.

2.1.10. Lesiones por picaduras

a) Picaduras de insectos

Las picaduras de los insectos producen generalmente inflamación, a veces también infección.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 12 de 21</i>

De existir aguijón, extraerlo con una pinza, cuidando de no presionar demasiado la glándula o saco ponzoñoso que a menudo radica en la base del aguijón y queda expuesta. Aplicar paños húmedos con agua fría y/o hielo para evitar la inflamación. Se tratará la herida con antisépticos comunes, previo lavado con abundante agua jabonosa.

b) Picaduras de escorpiones

En la Argentina la única de importancia sanitaria, es la especie *trivittatus* de color castaño claro. La cola articulada posee una púa para inoculación del veneno. Se distribuye en el Norte de nuestro país llegando hasta la Provincia de Buenos Aires pudiendo encontrarse también, hacia el sur.

El veneno es neurotóxico con una acción predominantemente periférica. Actúa a nivel de las terminaciones nerviosas postganglionares del simpático y parasimpático. Localmente puede hallarse dolor de intensidad variable, eritema, leve edema, sensación de hormigueo, o disminución de la sensibilidad.

A nivel general puede producirse, de acuerdo a la intensidad del cuadro, sudoración, náuseas, salivación, a veces vómitos, hasta confusión mental, excitación psicomotriz, convulsiones, alteraciones cardiológicas y respiratorias (en los caso graves), que pueden llevar al óbito.

En los niños puede tener una evolución grave que requiera del suero específico. En los adultos por lo general el tratamiento es sintomático.

c) Picaduras de arañas

En la Argentina, las arañas vulgarmente se las conoce con los nombres de viuda negra o araña del lino o rastrojera. Este arácnido se distingue por su abdomen globular, que alcanza el tamaño de un garbanzo. Su dimensión –sin contar las patas- es de 8 a 12 mm. Ninguna de estas especies son de hábitos domiciliarios, por lo que se las halla siempre al aire libre. Se instalan, generalmente, a nivel del suelo, en los cultivos, plantaciones de ajo, rastrojos, debajo de piedras, dentro de cráneos vacunos, en cuevas abandonadas de pequeños mamíferos, en las huellas dejadas por el ganado, etc. También se encuentran en galpones, bolsas de cereales, fardos de pasto, rincones de habitaciones rurales, grietas de paredes, tranqueras, barandas de puentes y bocas de alcantarillas.

Estas arañas son tranquilas, no agresivas, y sólo reaccionan si se las molesta o, sin que la persona se dé cuenta, las pisa y ejerce presión sobre alguna región corporal. Estos accidentes, por lo general, acontecen en el campo, y en especial en los cultivados. Son frecuentes durante el período comprendido entre los meses de diciembre y abril, tiempo que concuerda con el de la existencia de ejemplares adultos.

A pesar de las variantes que pueden registrarse respecto de la cantidad de veneno inyectado, región del cuerpo afectada, susceptibilidad del individuo, edad, peso, estado, etc., el cuadro clínico que se presenta es siempre severo, atemorizante y de rápida evolución. La acción comienza a hacer efecto, generalmente, después de los 30 minutos.

Entre sus síntomas, puede observarse: excitación y angustia en el enfermo, quien informará haber sentido un pinchazo en un punto determinado. Cuando el accidente se produce en los miembros inferiores o superiores, los dolores, al comienzo, son irradiados, y progresan desde el lugar de la picadura hacia la raíz de estos miembros, concentrándose en las articulaciones. Luego, se localizan casi constantemente en la región lumbar. Sobrevienen, entonces, contracturas de los músculos abdominales, dolores viscerales y convulsiones. Los dolores hacen que el enfermo se queje a gritos, con llanto angustioso y sensación de muerte próxima. Digamos que la muerte se presenta en un 2 a 4% de los casos, y que se concreta por paro respiratorio, precedido por edema agudo de pulmones.


El tratamiento sintomático no siempre logra un total éxito terapéutico, pues la cura definitiva consiste en la eliminación total del veneno, acción desintoxicante que demanda mucho tiempo. La neutralización rápida y total del veneno se logra, únicamente, con la aplicación de la antitoxina (suero) específica.

2.1.11. Lesiones por mordeduras de ofidios

Los accidentes por ofidios más frecuentes en nuestro medio lo ocasionan serpientes no venenosas (culebras) pero también pueden ser provocados por víboras (serpientes venenosas)

Para evitar los accidentes con serpientes venenosas:

- Mantenga libre de malezas el lugar del campamento, controlando diariamente el entorno.
- No remueva piedras o troncos, o introduzca sus manos en cuevas, nidos etc. hágalo preferentemente con un palo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 13 de 21</i>

- Revise el interior del calzado antes de colocárselo.
- Transite la zona con precaución; ábrase paso a través de la vegetación con un machete o un palo.

a) Ofidios más comunes


a.1.) Víbora yarará: En nuestro país hay varias especies, yarará de la cruz o yarará grande, yarará ñata, yararaca. Se distribuye en todo el país desde la zona fronteriza con Brasil, Paraguay y Bolivia hasta la Patagonia inclusive. Habitan generalmente en bañados, islas y a orillas de lagos y lagunas. La mordedura deja la marca de los dos orificios de los colmillos o dientes inoculadores, separados entre sí por una distancia de 1cm o más, pudiendo llegar a 3 y 4cm en las víboras grandes. Los signos y síntoma son similares. Dolor en el lugar de la lesión que aumenta progresivamente. La región afectada comienza a hincharse gradualmente y pueden aparecer manchas rosadas o violáceas o ampollas de contenido serohemático. El edema es duro y no deja marca al presionar con el dedo. El veneno provoca trastornos de la coagulación sanguínea, pudiendo presentarse hemorragias nasales, en encías y por orina. Además náuseas, vómitos, taquicardia, hipotensión, shock, insuficiencia renal etc.

a.2.) Víbora cascabel: Se distribuye en todo el norte y centro del país, hasta Córdoba, Norte de Santa Fe y la llanura cuyana. Alcanza una longitud de 1,80m. Presenta una cabeza triangular que se destaca del resto del cuerpo cubierto de escamas romboidales. Con el extremo distal de la cola produce un sonido característico que alerta de su presencia. El veneno tiene acción neurotóxica, miotóxica y hemolítica. A nivel de la mordedura puede haber leve eritema con discreto enema. En general signos leves, poco dolor. A los 15 a 30 minutos pueden aparecer las primeras manifestaciones generales como visión borrosa, disminución de la agudeza visual, visión doble, ptosis (caída) palpebral, náuseas, somnolencia o agitación, dolores musculares, oscurecimiento de la orina (mioglobinuria). Puede producir parálisis respiratoria e insuficiencia renal aguda. La muerte sobreviene 24 a 48 hs después del accidente, aunque puede dilatarse semanas como consecuencia de una insuficiencia renal.

a.3.) Serpiente de coral: Se distribuye de preferencia en climas cálidos y húmedos con lluvia frecuentes, aunque se las puede hallar en zonas frías de precordillera. Son de cuerpo delgado y no se distingue la cabeza del resto del cuerpo. Son poco agresivas y tienen hábitos subterráneos. Una variedad casi exclusiva de la Provincia de Misiones no supera los 80cm y en su cuerpo tiene anillos negros completos que se repiten periódicamente. La variedad que habita centro, N y NE es de mayor tamaño, puede alcanzar 1,30m y los anillos negros se repiten en series de tres. El veneno tiene acción neurotóxica. La sintomatología es de aparición precoz, alrededor de la primera hora de la mordedura. Existe compromiso muscular motor con parálisis de los músculos faciales, faringolaríngeos, (crisis de sofocación, sialorrea, disfagia), oculares (oftalmoplejía), parálisis respiratoria, colapso periférico y muerte por parálisis cardiorespiratoria. Los signos locales son mínimos y discretos, ligero edema, leve eritema, escaso dolor y ardor. La muerte sobreviene entre 4 y 8 hs después del accidente.

Normas generales de primeros auxilios.

- Evite que la víctima corra o se desespere.
- Haga que guarde reposo y se tranquilice.
- No aplicar torniquete.
- No abra la herida mediante incisión ni succione con la boca.
- No queme la herida, no friccioné con alcohol, no aplique hielo.
- No administre remedios caseros ni bebidas alcohólicas.
- Lave la herida con abundante agua o solución fisiológica por arrastre.
- Controlar permanentemente los signos vitales.
- En estas condiciones, y dependiendo del lugar y profundidad de la mordedura, la víctima puede resistir 2 a 4hs, sin tratamiento médico.
- Traslade al afectado a un Centro Asistencial especializado para la aplicación de suero antiofídico.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 14 de 21</i>

2.1.12. Mordeduras de otros animales.

Las mordeduras de animales (perros, gatos, murciélagos etc.) conllevan el riesgo de contraer enfermedades transmitidas por éstos como la rabia. En lo posible identificar y retener al animal para proceder a su estudio. Lavar la herida con abundante agua y jabón durante varios minutos, procurando eliminar por arrastre saliva y cuerpos extraños. Concurrir a un centro antirrábico.

2.1.13. Intoxicaciones

Un tóxico puede ingresar al organismo: Inhalación de gases tóxicos como funguicidas, herbicidas, insecticidas, humo

- Por vía respiratoria: en caso de incendio, vapores químicos, monóxido de carbono, vapores producidos por productos domésticos como pegamentos, pinturas o limpiadores, etc.
- Por vía dérmica: Por absorción o contacto con sustancias como plaguicidas funguicidas, herbicidas, insecticidas, plantas, etc.
- Por vía digestiva: Por ingestión de alimentos en descomposición, sustancias cáusticas o medicamentos
- Por vía circulatoria: Penetración directa a la circulación sanguínea por picadura de insectos o mordedura de animales, inyección de medicamentos vencidos o reacciones alérgicas a algún componente de los mismos.

2.1.13.1. Señales de intoxicación:

Según la naturaleza del tóxico, la sensibilidad de la víctima y la vía de penetración de la sustancia, algunas señales pueden ser:

- Cambios en el estado de conciencia como delirio, convulsiones, inconciencia
- Dificultad para respirar incluso paro respiratorio.
- Vómito o diarrea
- Quemaduras alrededor de la boca, la lengua o la piel si el tóxico es un cáustico
- Pupilas dilatadas o contraídas
- Dolor de estómago
- Trastornos de la visión, como visión doble

2.1.13.2. Medidas de descontaminación

Son aquellas acciones a realizar tendientes a evitar que el tóxico ingrese al organismo en su totalidad, impedir su absorción o acelerar su eliminación.

a) Descontaminación gástrica, puede realizarse mediante:

- Vómito provocado

En forma mecánica: Estimulando la úvula (campanilla) con el dedo o una cuchara. Administrando un emético (vomitivo): Jarabe de Ipeca Dosis: Adultos 30ml Niños 15ml

¡¡¡NO PROVOCAR EL VÓMITO!!!

Si observa quemadura en la boca y en los labios por ingesta de un cáustico

Si el aliento es a hidrocarburos, kerosén, nafta, etc.

Si la víctima está inconsciente

Si presenta convulsiones

Si presenta vómitos de sangre

Si presenta depresión neurológica


Si el tóxico es estircnina

Si el intoxicado tiene menos de seis meses.

- Lavado gástrico:

Se realiza en un centro asistencial mediante la colocación de una sonda nasogástrica gruesa. **CONTRAINDICACIONES:** Intoxicación con cáusticos e hidrocarburos - Depresión sin proteger la vía aérea - Convulsiones no controladas

Sustancias absorbentes:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 15 de 21</i>

Carbón activado: 1 a 2gs/kg de peso. (Adultos: 50 a 100gs - Niños 15 a 30gs)
 CONTRAINDICACIONES: Intoxicación con cáusticos e hidrocarburos - Depresión neurológica sin proteger la vía aérea - Obstrucción intestinal - Ileo-Peritonitis

b) Descontaminación intestinal

Catárticos salinos: (Se indican después del carbón activado) Sulfato de sodio o magnesio: Dosis: Adultos 15 a 30 g Niños 250mg / kg Sorbitol al 70% Dosis: Adultos 100 a 150ml Niños 1 a 2 ml /kg
 CONTRAINDICACIONES: Intoxicación con cáusticos, Obstrucción intestinal, Ileo-Peritonitis, Operaciones intestinales recientes

2.1.13.3. Medicación antitóxica.

- Antídotos: actúan directamente sobre el tóxico
- Antagonistas: su acción es opuesta a la del tóxico
- Quelantes: se unen o incorporan al tóxico
- Activadores y competidores enzimáticos: activan o utilizan la misma vía metabólica que el tóxico.

Primeras acciones a seguir ante un intoxicado

Mientras se espera la ayuda profesional de la emergencia médica, que debe solicitarse de inmediato, o se realiza el traslado del intoxicado a un centro asistencial, las primeras acciones a seguir deben encaminarse a:

Si la víctima esta conciente, averiguar por interrogatorio directo:

- Vía de penetración y tiempo transcurrido desde la intoxicación
- Composición química y física de la sustancia involucrada
- Cantidad probable
- Características de la persona afectada, edad, enfermedades previas etc.


Acciones a realizar:

- Aleje a la víctima de la fuente de envenenamiento, si es necesario
- Afloje las ropas pero manténgala abrigada
- Si el tóxico ingresó por vía digestiva, está seguro del tipo de tóxico ingerido y está indicado provocar el vómito (solo en ingesta de alcohol metílico, etílico, alimentos en descomposición o si así lo especifica el prospecto del producto ingerido) hágalo estimulando la úvula (campanilla) con el dedo o una cuchara o administre un vomitivo (jarabe de ipeca) como se explicó precedentemente.
- Coloque a la víctima lateralmente o boca abajo para evitar que el vómito sea ingerido nuevamente o pase a las vías respiratorias
- Si el tóxico ingresó a través de la piel, coloque a la víctima debajo de un chorro de agua aún con ropa que debe retirar después y continuar lavando con agua y jabón.
- Protéjase usando guantes y evitando que su piel entre en contacto con el tóxico.
- Si el tóxico penetró en los ojos separe suavemente los párpados y lave con agua corriente o solución fisiológica, si dispone de ella, mínimo durante 15 minutos y luego cubra con una gasa o tela limpia sin ejercer presión.

Si la víctima esta inconsciente

Acciones a realizar:

- Aleje a la víctima de la fuente de envenenamiento si es necesario
- Verifique si tiene pulso y respira
- Mantenga la vía respiratoria libre de secreciones
- Si constata paro respiratorio aplique maniobras de RCP (reanimación cardiopulmonar)
- Coloque a la víctima lateralmente o boca abajo para evitar, si tiene vómito, que éste sea ingerido nuevamente o pase a las vías respiratorias

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 16 de 21</i>

2.1.13.4. Intoxicaciones por inhalación

- Aislar a la víctima de la atmósfera tóxica y hacerle respirar aire puro.
- Si se observa paro respiratoria practicarle las maniobras de RCP en el ambiente exterior del mismo lugar del accidente.
- Para llevar a cabo el rescate de la víctima se tomarán las siguientes precauciones:
 - o No intentarlo jamás estando solo.
 - o Si son dos socorristas solamente uno entra y el otro permanece en el exterior.
 - o Si es posible se debe penetrar en la zona tóxica con una máscara antigás.

2.1.14. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR R.C.P

Emergencia cardiorrespiratoria. Muerte súbita o repentina

A partir del paro inesperado de la respiración y de la circulación contaremos con el denominado periodo de gracia dentro del cual será posible iniciar las maniobras que permitan resucitar a la víctima siempre y cuando aún no hubieran transcurrido más de cuatro a seis minutos. Aproximadamente al final de ese lapso se produce la muerte biológica y definitiva, por la destrucción de las células cerebrales, cuyos daños son irreversibles.

Las causas pueden entre otras, alergias, asfixias, descargas eléctricas, envenenamientos, hemorragias masivas, infarto agudo de miocardio, traumatismos, etc.

Se denomina resucitación cardiopulmonar (RCP) al conjunto de maniobras que tratan de restablecer la respiración y los movimientos del corazón de una persona en la que accidental y recientemente se han suspendido ambas funciones.

Como actuar ante un paro respiratorio:

- Colocar la cabeza en hiperextensión.
- Mirar el movimiento torácico y/o abdominal
- Escuchar la respiración
- Sentir que el aire de la exhalación pega en nuestra mejilla.
- También se puede apoyar suavemente la mano en la boca del estómago o base del tórax para detectar la expansión o movimientos respiratorios. Si la víctima se encuentra en paro respiratorio debemos iniciar la reanimación respiratoria.

Método Oral Boca a Boca:


- Tender a la víctima boca arriba sin almohada. Si vomitara agua o alimentos, torcer la cabeza hacia un lado mientras devuelve. Aflojar las ropas de la víctima que opriman la garganta, el tórax o el abdomen.
- Arrodillado junto a la víctima. (Fig 17)

a) Coloque una mano en la nuca, la otra en la frente; procure elevar la de la nuca y empujar con la de la frente, con lo que habrá conseguido una buena extensión de la cabeza.

b) Sin sacar la mano de la nuca, que continuará haciendo presión hacia arriba, baje la de la frente hacia la nariz y con dos dedos procure ocluirla totalmente. Inspire todo el aire que pueda, aplique su boca a la de la víctima y sople con fuerza.

c) Retire su boca y compruebe si sale el aire que usted insufló por la boca del accidentado. Si no sale es que no entró por no estar bien colocada la cabeza. Extiéndala más aún, echando más hacia atrás la frente y compruebe que entra el aire, viendo cómo se eleva el pecho del accidentado cuando usted insufla aire.

Si aún así no puede comprobarse que entra aire en su tórax, seguramente será debido a que la glotis (garganta) está obstruida por la caída de la base de la lengua. Para colocarla en buena posición debe hacerse lo siguiente: con la mano que estaba en la nuca empújese hacia arriba el maxilar inferior haciendo presión en sus ángulos, hasta que compruebe que los dientes inferiores están por delante de los superiores. En esta posición es seguro que la base de la lengua no obstruye la glotis y que el aire insuflado puede penetrar en los pulmones, elevando su pecho, lo que siempre es fácil de comprobar.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 17 de 21</i>

d) Repita una insuflación cada 5 segundos (unas 12 ó 14 por minuto).

e) Si empieza a recuperarse acompase el ritmo de las insuflaciones al de la respiración del accidentado.

f) Por último, no olvide tomar el aire suficiente para evitar mareos, etc.

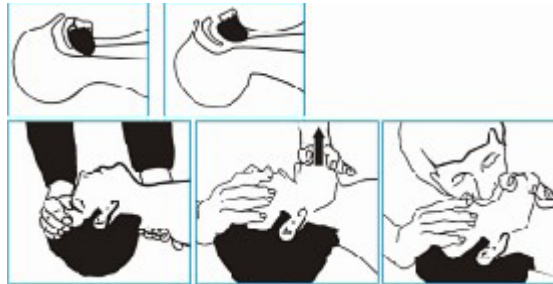


Fig. 17

Paro circulatorio

Si la víctima no respira, está inconsciente y se observa que está muy pálido, carece de pulso en la muñeca y cuello, tiene las pupilas dilatadas y no se oyen los latidos cardíacos, es muy probable que se haya producido una paro cardíaco por lo que se debe proceder a practicar, además de la respiración artificial boca a boca, el masaje cardíaco externo. Observar las pupilas nos da el tiempo estimativo del paro cardíaco, pues a los pocos segundos de éste, comienzan a dilatarse (midriasis). La dilatación es total después de 4 a 5 minutos. Pasados los mismos, al producirse la muerte biológica, la pupila totalmente dilatada pierde brillo presentando el aspecto de vidrio opaco *midriasis parálitica irreversible. Una resucitación efectiva hará que la midriasis se reduzca y hasta desaparezca


Masaje Cardíaco Externo

La persona encargada de practicarlo se coloca de rodillas al lado de la víctima, aplicando la parte posterior de la palma de la mano sobre el esternón, cuatro o cinco centímetros por encima de la "boca del estómago". La palma de la otra mano se coloca sobre la de la primera (Fig. 18).



Fig 18

- Se ejerce una presión firme y vertical al ritmo de 40 u 80 veces por minuto.
- El hundimiento torácico será de 3cm a 5cm dependiendo de la contextura física
- Al final de cada acto de presión se suprime éste para permitir que la caja torácica, por su elasticidad, vuelva a su posición de expansión. Si es solamente un socorrista el que presta los auxilios, comenzará con la respiración boca a boca, realizando 2 insuflaciones iniciales , para continuar con la siguiente pauta:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 18 de 21</i>

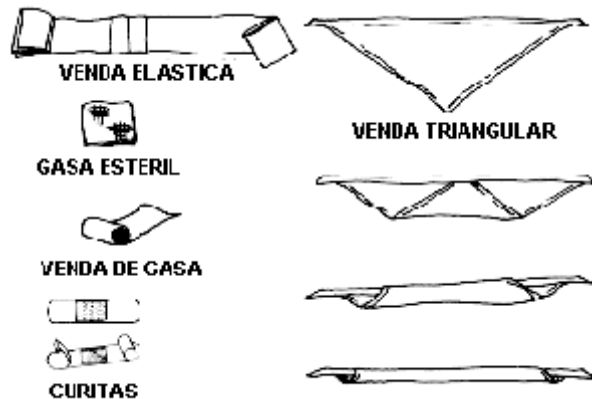
15 presiones esternales-2 insuflaciones
15 presiones esternales-Z insuflaciones

Aproximadamente cada 2 minutos, hay que verificar la eficacia circulatoria tomando el pulso en la carótida. Y así hasta la recuperación o fallecimiento del accidentado.

2.1.15. Vendajes

Los vendajes son las ligaduras o procedimientos hechas con tiras de lienzo u otros materiales, con el fin de envolver una extremidad u otras partes del cuerpo humano lesionadas. En Primeros Auxilios se usan especialmente en caso de heridas, hemorragias, fracturas, esguinces y luxaciones. El vendaje se utiliza para:

- Sujetar apósitos
- Fijar entablillados
- Fijar articulaciones




2.1.15.1 Cabestrillo

Se utiliza para sostener la mano, brazo o antebrazo en caso de heridas, quemaduras, fracturas, esguinces y luxaciones. Pueden emplearse los confeccionados a esos efectos o improvisar un cabestrillo con una tela triangular de la siguiente forma:

Coloque el antebrazo de la víctima ligeramente oblicuo, es decir que la mano quede más alta que el codo.

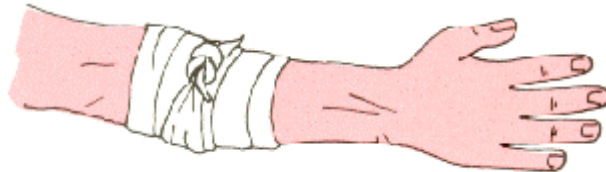
- Ubíquese detrás de la víctima y coloque una tela triangular.
- Lleve el extremo inferior de la venda hacia el hombro del brazo lesionado.
- Amarre los dos extremos de la venda con un nudo hacia un lado del cuello (del lado del lesionado) NUNCA sobre los huesos de la columna vertebral.
- Deje los dedos descubiertos para controlar el color y la temperatura. Fig. A, B, C



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 19 de 21</i>

2.1.15.2. Vendaje circular

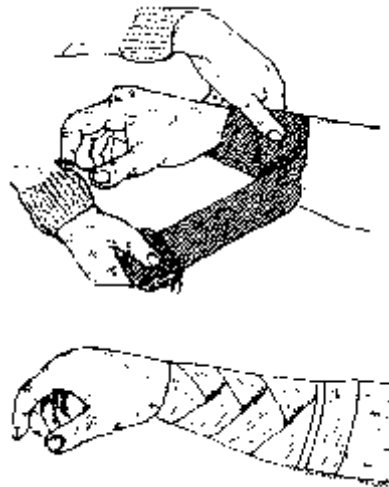
Se usa para fijar el extremo inicial y final de una inmovilización o para fijar un oposito, también para iniciar y/o finalizar un vendaje y sujetar apósitos en la frente, miembros superiores o inferiores y para controlar hemorragias. Superponer la venda de forma que tape completamente la anterior.



2.1.15.3. Vendaje espiral

Se utiliza generalmente en extremidades, en este caso la venda cubre el 2/3 de la vuelta anterior y se sitúa algo oblicua al eje de la extremidad. Se emplea una venda elástica o semielástica, porque puede adaptarse a la zona que se va a vendar. Se usa para sujetar gasa, apósitos o férulas en brazo, antebrazo, mano, muslo y pierna. Inicie el vendaje siempre en la parte más distante del corazón en dirección a la circulación venosa.


Ejemplo: Si el vendaje es en el brazo comience por la mano hasta llegar al codo o axila, según sea necesario.



El vendaje debe ser aplicado con una tensión homogénea, ni muy intensa ni muy débil. El paciente bajo ninguna circunstancia después de haber terminado el vendaje debe sentir hormigueo en los dedos, notarlo frío o apreciar un cambio de coloración en los mismos.

Evite vendar una articulación en extensión, porque al doblarlo dificulta su movimiento.

- De ser posible no cubra los dedos de las manos o de los pies.
- El extremo final de la venda se puede sujetar por distintos sistemas:
 - o Con un imperdible o un esparadrapo.
 - o Cortando la venda por la mitad y uniendo los extremos mediante un nudo.
 - o Doblando la venda hacia atrás en dirección opuesta a la que se llevaba.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	UNRC-FCEFQyN-PG-02
	REALIZACION DE TAREAS A CAMPO	Rev. 1
	A N E X O I	<i>Página 20 de 21</i>

- Cuando se llega al punto en el que se ha realizado el doblaje, se hace un nudo con el cabo suelto de la venda.
- Utilizando un ganchito especial para este fin.
- Durante la ejecución del vendaje se cubrirán con algodón las salientes óseas y las cavidades naturales, como axilas o ingles.

2.1.16. Transporte de heridos

- Si un herido no puede recibir atención médica en el lugar del accidente o no puede acercarse una ambulancia para su traslado, debe ser transportado a un centro asistencial cumpliendo las siguientes indicaciones.
- No trasladar o mover a un herido sin haber realizado antes los primeros controles o pasos necesarios para estabilizarlo físicamente, como ser asistencia respiratoria o cardiorrespiratoria, individualizar y detener hemorragias, detectar lesiones fracturarias e inmovilizarlas mediante férulas o vendajes, etc.
- Abrigarlo para que el cuerpo no se enfríe.
- Moverlo con sumo cuidado
- De no contar con una camilla para su transporte, la misma se podrán improvisar usando tabloncillos, mantas u otros elementos a disposición en el lugar donde se encuentre el herido.
- También puede emplearse el transporte manual, en brazos, cargado sobre el hombro del socorrista, arrastre de bombero, en la denominada sillita de oro entre dos personas o la camilla humana, donde se emplean tres a cuatro personas

2.1.16.1. Arrastre de bombero

Con la víctima consciente, acostada boca arriba, el socorrista se ubica sobre ella en posición de gateo y comienza a desplazarse arrastrándola cuando ésta con sus manos se toma de su cuello.

Con la víctima inconsciente, el socorrista se ubica boca arriba con las piernas flexionadas sosteniendo entre ellas al accidentado y desplazándose con las manos hacia atrás, arrastrándolo. Camilla humana, apta para el traslado de víctimas con traumatismos o lesiones de columna. Los socorristas se arrodillan todos sobre la misma rodilla a un lado de la víctima, que se encuentra tendida sobre su espalda. Proceden a introducir sus antebrazos por debajo del cuerpo de ésta, teniendo en particular cuidado con la cabeza y levantan a la víctima en un solo movimiento hasta colocarla sobre los muslos y rodillas de los socorristas, que finalmente se incorporan, quedando el accidentado en posición dorsal. Los movimientos para depositar al lesionado en una camilla serán los mismos pero a la inversa.

**ANEXO V.
FORMULARIO PARA COMUNICACIÓN DE SALIDA A CAMPO**

1.- Fecha de la salida a campo: Desde:...../...../.....Hasta:...../...../.....

2.- Nombre y Apellido del Responsable:.....

3.- Tareas a realizar (breve reseña mencionando lugar, características del terreno, etc.):

4.- Personal que realizará tareas fuera del Campus de la Universidad:

Nombre y Apellido	Documento

5.- Se realizaran tareas particulares que requieran Examen Psicofísico de las personas involucradas: indique con una cruz lo que corresponde:

Si:..... No:.....

En caso de que su respuesta sea “SI” adjuntar copia de dichos exámenes al presente anexo.

6.- Medidas de seguridad a tomar:

.....

.....
Firma de Responsable