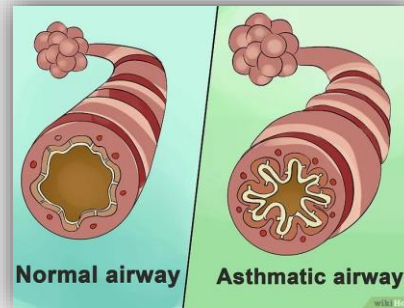
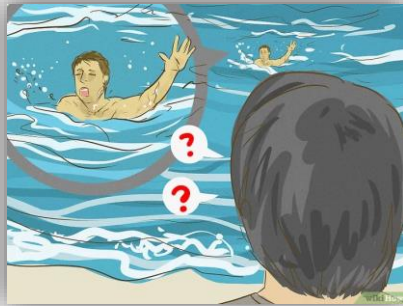


**PATOLOGÍAS ORGÁNICAS DE URGENCIA  
UNIDAD 5**

**5.1 Problemas respiratorios**

Los problemas respiratorios son una situación relativamente frecuente de aplicación de primeros auxilios. En esta unidad vamos a tratar los que sean aplicables en los casos de ahogamiento, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).



**AHOGAMIENTO**

En este apartado nos centraremos en los accidentes producidos por ahogamiento por inmersión en un líquido, generalmente agua.

Aunque se utiliza muy a menudo el término ahogamiento, sería más correcto hablar de “casi ahogamiento” o near-drowning, ya que el ahogamiento se refiere al fallecimiento de una persona por falta de respiración.

En este sentido, hay que tener en cuenta que la falta de respiración no lleva necesariamente a la muerte, ya que se puede realizar un rescate y la reanimación subsiguiente, salvo en los casos en los que la víctima sufre una muerte súbita debido a un paro cardíaco producido por el contacto con el agua fría (síndrome de inmersión).

A continuación, se enumeran las posibles causas del ahogamiento por inmersión:

– Accidentes domésticos en la bañera, lavaderos, pozos, etc.

- Zambullidas en zonas con rocas o de poca profundidad, que pueden ocasionar un traumatismo craneoencefálico.
  - Comidas abundantes previas a la inmersión que pueden producir vómitos y aspiración, mareos y pérdida de conciencia.
  - Uso de drogas, siendo la más común en estos casos el alcohol.
  - Desarrollo de una crisis epiléptica, que puede a veces ser desencadenada por el frío.
  - Reacciones alérgicas antes de la inmersión a medicamentos, alimentos, picaduras, etc. También pueden producirse al contactar con algún animal marino.
  - Hiperventilación voluntaria provocada en algunos deportes acuáticos (buceo con tubo o snorkel), con la finalidad de resistir más debajo del agua sin respirar.
- El problema es que la hipoxia comienza sin que la persona tenga la necesidad de respirar de nuevo.
- Síncope por fatiga, vértigo, pánico, etc.

El ahogamiento constituye la cuarta causa de muerte en el mundo, ocurriendo la mayoría de los casos en niños menores de 10 años. Es una muerte accidental que se puede prevenir, y su pronóstico depende de la rapidez de actuación en el rescate y en la reanimación.

Una actuación rápida puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte, ya que una muerte clínica no implica necesariamente muerte cerebral, sobre todo en situaciones de hipotermia y en niños. Por esta razón, hay que tener en cuenta que hay que reanimar siempre y prolongar la reanimación cardiopulmonar (RCP), calentando a la víctima a la vez que se realizan las maniobras adecuadas.

#### **Vocabulario**

*Taquipnea:* incremento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales.

*Empiema:* presencia de pus en la cavidad pleural.

*Neumomediastino:* presencia de aire en la cavidad abdominal.

Con respecto a los **síntomas**, en los pacientes que han sufrido una situación de casi ahogamiento se presentan sobre todo problemas neurológicos y respiratorios, aunque también existen otros.

Destacamos los siguientes:

– **Pulmonares:** en este caso, los pacientes pueden no tener síntomas, o bien presentar taquipnea, tos e incluso edema agudo de pulmón. La evolución de estos síntomas puede ir desde una recuperación gradual hasta el desarrollo de complicaciones como insuficiencia respiratoria, aparición de neumonías, abscesos, empiema y manifestaciones relacionadas con la reanimación o la terapia ventilatoria, como neumotórax o neumomediastino.

– **Neurológicos:** convulsiones, agitación, confusión y coma. Hay que valorar la posibilidad de que sea un paciente politraumatizado con lesiones craneoencefálicas, cuyos síntomas se solapan con los del ahogamiento.

– **Cardiovasculares:** principalmente arritmias, que pueden ocasionar un paro cardíaco.

#### **Primeros auxilios en caso de ahogamiento**

En primer lugar, hay que sacar a la persona del agua.

Si está consciente y sin lesión cervical, debemos colocarle en posición lateral de seguridad.

En caso de duda o si está inconsciente, mejor boca arriba.

A continuación, comprobaremos la respiración, el pulso y pediremos ayuda.

Una vez fuera del agua, el objetivo principal es iniciar la ventilación lo antes posible, cuando sea necesario.

Las maniobras de RCP hay que prolongarlas todo lo que podamos, evitando guiarnos por la frialdad del cuerpo de la víctima como signo para abandonar la reanimación, puesto que en todos los ahogados (o casi ahogados) se desarrolla una cierta hipotermia que protege, de alguna forma, al cerebro de la hipoxia.

Siempre habrá que tener en cuenta que la víctima puede presentar traumatismos asociados, como lesiones cervicales, por lo que tendremos especial cuidado con el cuello.

Por último, secaremos y cubriremos a la víctima con toallas, mantas o algo semejante, para abrirla y protegerla del frío.

Consciente	Inconsciente pero sin paro cardiorrespiratorio	Inconsciente y con paro cardiorrespiratorio
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descartar patología cervical o colocar collarín.</li> <li>- Lo secaremos y procederemos a proporcionarle abrigo.</li> <li>- Realizaremos una exploración para identificar y valorar su estado.</li> <li>- Anotaremos los datos de interés: tiempo de inmersión, temperatura, tipo de agua, traumatismos u otras patologías previas, si es submarinista, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevarán a cabo la apertura y la limpieza de la vía aérea, administrando oxígeno cuando llegue el personal sanitario.</li> <li>- Se procederá a actuar como si tuviera una lesión cervical, por lo que le colocaremos un collarín.</li> <li>- Lo secaremos y procederemos a proporcionarle abrigo.</li> <li>- Se iniciará el tratamiento médico.</li> <li>- Anotaremos los datos de interés anteriormente descritos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevarán a cabo la apertura y la limpieza de la vía aérea.</li> <li>- Se procederá a actuar como si tuviera una lesión cervical, por lo que le colocaremos un collarín.</li> <li>- Se realizará el protocolo RCP, acompañado de tratamiento médico.</li> <li>- Lo secaremos y procederemos a proporcionarle abrigo.</li> <li>- Anotaremos los datos de interés anteriormente descritos.</li> </ul>

Fernández-Villacañas Martín, M. D. (2013). Primeros auxilios. Macmillan Iberia, S.A. eLibro.net

### ASMA

El asma es una enfermedad respiratoria crónica, de tipo inflamatorio, muy frecuente, con presencia de pitos (sibilancias), sensación de falta de aire (disnea), tos y opresión torácica.

Es más común en niños y adultos jóvenes, pero se puede presentar a cualquier edad.

Podemos clasificar los tipos de asma según dos criterios:

– Según la gravedad, diferenciándose hasta cuatro formas de asma:

- Asma intermitente: presenta menos de una crisis a la semana y menos de dos veces al mes de síntomas nocturnos, breves exacerbaciones, permaneciendo asintomático entre ellas.
- Asma persistente leve: con más de una crisis a la semana, aunque estas no son diarias, síntomas nocturnos más de dos veces al mes, y presencia de exacerbaciones que afectan a la actividad y al sueño.
- Asma persistente moderada: presencia de síntomas diarios con uso diario de aerosoles de acción corta (los que se usan para la crisis, no para el mantenimiento), síntomas nocturnos más de dos veces a la semana y exacerbaciones que afectan a la actividad y al sueño.

- Asma persistente grave: presencia de síntomas continuos y asma nocturna frecuente, exacerbaciones frecuentes y actividad física limitada.

– *Según la causa que lo produce, pudiéndose distinguir entre:*

- Asma extrínseca: se presenta en individuos con pruebas cutáneas de alergia positivas y con antecedentes familiares. Se incluye aquí el asma ocupacional por agentes del entorno de trabajo (polvos, gases, etc.).
- Asma intrínseca: sin relación con pruebas cutáneas ni antecedentes familiares y sin identificación de agentes externos desencadenantes.

Los factores más frecuentes que pueden desencadenar una crisis asmática son los siguientes:

- Ejercicio, emociones, tos y olores intensos.
- Espiración forzada, inspiración profunda y reflujo gastroesofágico.
- Cambios en la humedad ambiental y la temperatura.
- Presencia de vapores irritantes y polvo.
- Tabaquismo, reacciones alérgicas e inmunitarias.
- Infecciones sinusales (de los senos paranasales) e infecciones respiratorias virales.
- Ciertos medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, por ejemplo, el ácido acetilsalicílico o el ibuprofeno.
- Algunos colorantes alimentarios.

Los signos y síntomas que se presentan en una crisis de asma son, principalmente, sibilancias, disnea, tos y opresión torácica.

Aunque no es habitual, hay crisis que pueden ocasionar un grave compromiso vital.

Los signos que nos orientan hacia la gravedad en el paciente son los siguientes:

- No poder articular palabras.
- Nivel de conciencia alterado.
- Utilización de la musculatura respiratoria accesoria, que habitualmente no participa en la ventilación (musculatura de la zona cervical).
- Cianosis (coloración azulada de piel y mucosas) por la falta de oxigenación.
- Falta de coordinación entre el tórax y el abdomen. Si por agotamiento del diafragma, asciende el abdomen durante la inspiración, estar atentos porque esto es signo de paro respiratorio inminente.
- Frecuencia respiratoria o cardíaca aumentada o disminuida.

Este último signo puede indicar un próximo paro respiratorio o cardiorrespiratorio.

Es fundamental tener en cuenta que una crisis asmática se puede confundir con otras alteraciones como disfunción de cuerdas vocales, crisis de ansiedad, cáncer de pulmón, etc. El diagnóstico diferencial debe ser realizado por un profesional médico.

### **Primeros auxilios en casos de asma**

Vamos a enumerar a continuación una serie de recomendaciones muy útiles para ayudar a un paciente que está sufriendo una crisis de asma, aunque lo fundamental y definitivo será el tratamiento farmacológico.

Podemos, por tanto, hacer lo siguiente:

- Avisar a los servicios de emergencia.
- Mantener al paciente en un entorno de calma y tranquilidad, indicándole que pronto será atendido.

- Si el paciente lleva tiempo con su enfermedad, hay que escuchar lo que él nos diga que le hace sentirse mejor.
- Habitualmente, el paciente se coloca en la postura que más le alivie, pero, en cualquier caso, la más indicada es la sedestación (sentado). En caso de alteración de la conciencia, vigilar el estado de la vía aérea.
- Retirar del entorno de la persona afectada todo lo que pueda generarle alergia o sensibilización, y no fumar en su presencia.
- En caso de que la ayuda médica vaya a tardar y su situación empiece a ser comprometida, preguntarle si tiene algún medicamento de acción rápida y que lo utilice, siempre que no se haya administrado ya alguna dosis. Vigilar en este caso la frecuencia cardíaca (pulso), y si esta llega a 120/minuto, cesar la administración del medicamento.
- Nunca hay que suministrar al paciente sedantes o tranquilizantes, porque pueden ocasionar paro respiratorio, ni darle golpes en la espalda o el pecho, ya que pueden agravar la situación.
- Si se produce un paro respiratorio o cardiorrespiratorio, seguir las recomendaciones de soporte vital mencionadas en anteriores unidades.

### **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)**

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por obstrucción crónica, poco reversible y progresiva al flujo aéreo, debida sobre todo a una reacción inflamatoria ocasionada por el humo del tabaco. Se trata de una enfermedad que se podría prevenir, que tiene repercusión sistémica (en todo el organismo) y que es tratable.

Hay que diferenciarla de otras enfermedades que también presentan obstrucción al flujo aéreo, como es el caso del asma bronquial, en la que la obstrucción se presenta de forma intermitente.

Los factores de riesgo directamente implicados son: el consumo de tabaco, la exposición a contaminantes en el aire, factores genéticos, como el déficit de la proteína AAT, y haber padecido durante la infancia enfermedades pulmonares agudas.

Con respecto a los **síntomas** más habituales, teniendo en cuenta que los pacientes suelen ser fumadores, son los siguientes:

- Tos y expectoración, siendo el esputo (material expectorado) de color blanquecino y preferentemente a primera hora de la mañana.
- Predisposición a infecciones bronquiales (esputo amarillo verdoso, fiebre, etc.) y evolución a bronquitis crónica.
- Disnea, el síntoma más característico de la EPOC. Suele ser aguda o progresiva, y se acompaña de un aumento de la frecuencia respiratoria, tos, incremento de la expectoración y espiración alargada.

Además, puede provocar pérdida de la conciencia, taquicardia, taquipnea, dolor torácico, náuseas, vómitos, sudoración, palidez, cianosis, incapacidad para hablar, disminución de la tensión arterial, riego sanguíneo defectuoso en zonas distales y agotamiento respiratorio.

#### **Primeros auxilios en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

En caso de EPOC, los primeros auxilios tendrán que ser los siguientes:

- Avisar a los servicios de emergencia, y mientras llegan colocar a la persona afectada sentada si está consciente, para facilitar la respiración.

- Mantendremos un entorno de calma y confianza, evitando actuaciones estresantes para que no aumente su consumo de oxígeno.
- Se asegura la vía aérea, sobre todo si el paciente está inconsciente, limpiando las secreciones de la cavidad bucal.

**Referencias:**

- Fernández-Villacañas Martín, M. D. (2013). Primeros auxilios. Macmillan Iberia, S.A. eLibro.net