

U.D. 6: HERIDAS, HEMORRAGIAS Y ASFIXIA

Atención básica en heridas, hemorragias y asfixia.

En esta unidad

APRENDERÁS A:

- Definir el concepto de herida y aplicar los procedimientos más adecuados dependiendo del tipo de herida.
- Describir las características de los diferentes tipos de hemorragias y aplicar los procedimientos de primeros auxilios más adecuados en cada caso.
- Identificar los diferentes tipos de asfixia en función de sus síntomas y aplicar los procedimientos de primeros auxilios.

ESTUDIARÁS:

- Las definiciones de las heridas, sus síntomas, clasificación y protocolos de actuación.
- La definición de las hemorragias, su clasificación, síntomas y aplicación de los protocolos.
- La asfixia, sus tipos y cómo actuar en los diferentes tipos de asfixia.

Y SERÁS CAPAZ DE:

- Realizar la valoración inicial de la asistencia en una urgencia, en caso de heridas, hemorragias y asfixias, describiendo los riesgos, recursos disponibles y tipo de ayuda necesaria.

HERIDAS.

1. Definición y tipos de heridas:

Una **herida** es la pérdida de continuidad (llamada *solución de continuidad*) de un tejido blando como la piel, un músculo o un órgano blando.

Las heridas son consecuencia de un traumatismo y pueden ser de mayor o menor extensión y profundidad, desde un simple rasguño hasta una amputación. En cualquier caso, con independencia de sus características, existe peligro de sangrado (hemorragia) y de infección.

1.1. Clasificación de las heridas:

Existen diferentes clasificaciones de las heridas. Las más generales consideran que una herida puede ser **abierta** o **cerrada** y, por otro lado, **simple** o **complicada**.

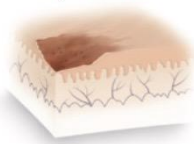
- **Herida abierta.** Con separación de los tejidos blandos y posibilidad de infección.
- **Herida cerrada.** Los tejidos blandos no se separan y puede llegar a comprometer algún órgano.
- **Herida simple.** Solo afecta a la piel, sin compromiso de ningún órgano.
- **Herida complicada.** Suele ser extensa, profunda y presentar abundante sangrado porque se ven afectados tejidos más profundos.



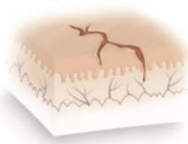
Existen varias formas de clasificar una herida: según su profundidad o según su forma y mecanismo de producción:

Abrasión	Erosión de la capa superficial de la piel (epidermis) causada por fricción o rozamiento. Comúnmente se denomina <i>raspón</i> .
Contusión	Lesión de la piel sin solución de continuidad (cerrada) causada por un golpe. Aparece cambio de color (hematoma o equimosis), tumefacción y dolor.
Laceración	Caracterizada por el desgarro de los tejidos. Es irregular, sangrante y se infecta fácilmente. Cuando presenta colgajos en el cuero cabelludo se denomina <i>scalp</i> .
Herida punzante	Causada por la penetración de un objeto delgado puntiagudo. Es pequeña y profunda. Sangra poco pero se infecta con facilidad.
Herida cortante (incisa)	Provocada por objetos afilados. Sus bordes son limpios y regulares, sangra mucho y no suele infectarse.
Herida contusa	Producida por objetos romos o sin filo. Sus bordes y su sangrado son irregulares, siendo frecuente su infección.
Herida mixta	Puede ser punzocortante o inciso-contusa (combinación de tipos descritos anteriormente, de características también mixtas).
Avulsión	Existe desgarro y destrucción de tejidos. Los bordes son irregulares, sangrantes y se infectan fácilmente.
Amputación	Herida en la que existe la separación de una extremidad.

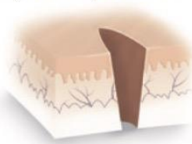
a) Abrasión.



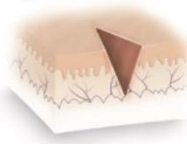
b) Contusión.



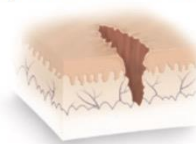
c) Herida punzante.



d) Herida cortante.



e) Herida inciso-contusa.



1.2. Sintomatología de las heridas:

Las manifestaciones generales de las heridas son una separación de sus bordes (en mayor o menor medida), dolor y hemorragia, aunque la sintomatología depende básicamente del tipo de herida. También pueden aparecer manifestaciones secundarias como la afectación orgánica.

Previamente a la actuación ante una herida hay que **evaluar su gravedad, considerando diversos factores:**

- La **extensión**, porque a mayor extensión, mayor superficie expuesta y, por tanto, mayor probabilidad de infección.
- La **profundidad**, porque a mayor profundidad, mayor gravedad, por la posible afectación de cavidades y órganos cercanos.
- La **localización**, porque la herida tendrá mayor gravedad si es perforante en tórax o abdomen, o si se ven afectadas estructuras vasculares o nerviosas.
- La **contaminación**, porque las heridas sucias se contaminan mucho y son más difíciles de tratar y curar.

1.3. Actuación inicial ante una herida:

Algunas heridas son muy aparatosas por su intenso sangrado, lo que puede llevar a pasar por alto otras lesiones más graves. Toda actuación debe comprender, además del tratamiento de la herida, mecanismos para prevenir las infecciones, comenzando por la protección de todas las personas implicadas (el socorrista y la persona lesionada).

Los primeros pasos a seguir son comunes, con independencia de la gravedad de la herida.

PROTOCOLO:

1. Realizar una evaluación inicial del herido.
2. Valorar la herida y sus posibles complicaciones.

Si la herida es leve:	Si la herida es grave:
3. Detener la hemorragia.	3. Avisar a los servicios de emergencia.
4. Lavar con agua desde el centro al exterior para tratar de eliminar posibles cuerpos extraños, sin retirar objetos enclavados.	4. Tranquilizar al herido.
5. Limpiar la herida con un desinfectante.	5. Detener la hemorragia aplicando presión según el sangrado.
	6. Cubrir la herida con gasas o compresas estériles.
	7. Taponar la herida con gasas o compresas estériles hasta la llegada especializada.

<p>6. Colocar un apósito estéril o un paño limpio.</p> <p>7. No dar a la víctima nada de comer ni de beber.</p>	<p>8. Mantener la presión de nuestra mano sobre las gasas y, si se empapan de sangre, no se retiran, sino que se colocan más gasas sobre las primeras. No se deben retirar las gasas pues se arrastrarían con ellas los primeros coágulos que se forman para taponar la herida.</p>
---	---

1.4. Actuación ante heridas especiales:

A. Heridas en el tórax:

Los **síntomas** son hemorragia, dolor intenso y dificultad respiratoria. La hemorragia con burbujas o silbidos por la herida indica lesión pulmonar.

Las **complicaciones** en heridas penetrantes pueden ser **neumotórax** (presencia de aire en la cavidad pleural), por la entrada de aire a través de la herida, o lesiones óseas, como fractura de costillas o esternón.

- Durante la **inspiración** el aire entra en la cavidad pleural a través de la herida torácica abierta y se pierde la presión pleural negativa dando lugar a un colapso del pulmón.
- Durante la **espiración** se expulsa aire de la cavidad pleural a través de la herida. El mediastino se desplaza hacia el área afectada, alterando el retorno venoso.

PROTOCOLO:

1. Cubrir la herida. Colocaremos un apósito de material impermeable (plástico, papel de aluminio, etc.), cubriendo la herida con una gasa. Se sella con esparadrapo, cinta americana al tórax dejando siempre un lateral por sellar con esparadrapo. Si es grande y no silba, cubrirla por completo evitando la entrada de aire; si es pequeña y presenta succión, cubrir todos los lados salvo uno para permitir la salida del aire (neumotórax).



2. Vigilar las constantes vitales.
3. Mantener al herido en posición sentada. Si no es posible, en posición lateral semisentado, o bien acostado sobre el lado de la herida.

4. No dar de beber ni de comer al herido, ni extraerle cuerpos extraños si los hubiera.
5. Trasladar la víctima a un centro sanitario.

B. Heridas en el abdomen:

Los **síntomas** son hemorragia y dolor.

Las **complicaciones** que pueden existir son hemorragia interna (con riesgo de *shock*), perforación del tubo digestivo y salida del contenido abdominal al exterior.

PROTOCOLO:

Cubrir la herida con un apósito estéril humedecido. Si no es posible, hacerlo con un paño limpio y húmedo.

1. Vigilar las constantes vitales.
2. Mantener al herido en posición de decúbito supino con las piernas flexionadas hasta la llegada de la asistencia de urgencia.



3. No extraer cuerpos extraños.
4. En caso de que existiera salida de vísceras, no reintroducir el contenido intestinal; cubrirlo con un apósito estéril húmedo.
5. No dar de comer ni beber al herido.

C. Heridas en la cabeza:

Los **síntomas** son sangrado abundante debido a la gran irrigación de la zona, hemorragia por oídos y nariz, visión doble y parálisis facial. En ocasiones se aprecia hundimiento de los huesos de la cara o el *scalp* (arrancamiento del cuero cabelludo).

PROTOCOLO:

1. Tranquilizar al herido.
2. Limpiar suavemente la herida con una gasa humedecida.

3. Cubrir con un apósito o una tela limpia ejerciendo ligera presión. Si existe hundimiento óseo, no ejercer presión.
4. Si la herida es profunda, trasladar al herido a un centro sanitario para valorar su posible sutura.
5. En caso de traumatismos graves y sospecha de lesión a nivel cervical (cuello), solicitar ayuda de personal especializado llamando al 112 para el traslado urgente del herido a un centro sanitario.

D. Heridas en los ojos:

PROTOCOLO:

1. Ante la presencia de cuerpos extraños no enclavados, intentar extraerlos por arrastre con un chorro de agua. En caso de que estén enclavados, no extraerlos.
2. Cubrir ambos ojos para evitar que los movimientos oculares agraven la herida.
3. Trasladar al herido a un centro sanitario.

HEMORRAGIAS:

Una **hemorragia** es la salida de la sangre del interior de los vasos sanguíneos (arterias, venas o capilares) por una rotura de la pared vascular.

Las hemorragias se pueden producir por:

- Algún tipo de **traumatismo**, que suele ser la causa desencadenante más frecuente.
- **Enfermedades** como la hipertensión, aneurismas, diabetes, hemofilia, úlceras sangrantes, etc.
- Una alteración de los factores de la **coagulación**, por toma de medicamentos como el ácido acetilsalicílico.
- Pueden aparecer de forma **espontánea**.

Sea cual sea la causa, la hemorragia provoca una disminución del volumen sanguíneo circulante, lo que puede dar lugar a un *shock* hipovolémico y a una insuficiencia de la oxigenación de los tejidos.

2.1. Signos y síntomas de las hemorragias:

Los signos y síntomas de las hemorragias dependen de la gravedad de la herida, pero los más frecuentes son:

Palidez y sudor frío.

Pulso rápido y débil.

Alteración del nivel de consciencia.

Debilidad.

Aumento de la frecuencia respiratoria.

Hipotensión.

Dolor abdominal, sobre todo si se acompaña de hinchazón.

Dolor torácico, en los sangrados pulmonares, cardíacos o de aorta torácica.

Cefalea intensa, en los sangrados intracraneales.

2.2. Clasificación de las hemorragias:

Las hemorragias se pueden clasificar en función de varios criterios: según el vaso sanguíneo lesionado (origen); según el espacio o zona donde se vierte la sangre, y según la cantidad o gravedad de la sangre perdida.

A. En función del vaso sanguíneo lesionado:

Vaso lesionado	Utilización
Hemorragia arterial	La sangre procede de una arteria, es de color rojo brillante (sangre oxigenada). Sale a presión, con fuerza y de forma intermitente coincidiendo con los latidos cardíacos. Suele ser muy intensa.
Hemorragia venosa	La sangre procede de una vena, es de color rojo oscuro. Sale de forma continua y sin fuerza (como deslizándose). Es una hemorragia menos intensa que la arterial.
Hemorragia capilar	La sangre procede de los capilares. Sale de forma continua, sin fuerza, y se ven manchas similares a pequeños puntos sangrantes en toda la zona lesionada. Se denomina «hemorragia en sábana».

B. En función del espacio al que se vierte la sangre:

Tipos de hemorragia	Características
Hemorragia externa	La sangre sale al exterior a través de una herida (visible).
Hemorragia interna	<p>La sangre no sale directamente al exterior. A su vez puede ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oculto (no exteriorizable): la sangre se vierte hacia cavidades sin contacto con el exterior (cráneo, abdomen, etc.). Son difíciles de valorar. 2. Exteriorizada: la sangre sale desde el interior del organismo al exterior a través de orificios naturales (oído, nariz, boca, vagina, ano, etc.).

Además, las **hemorragias internas exteriorizadas** incluyen:

Tipos de hemorragias internas exteriorizadas	Características
Hematemesis	Salida de sangre por la boca procedente del aparato digestivo en forma de vómito, mezclada con residuos digestivos.
Hemoptisis	Salida por la boca de sangre procedente del aparato respiratorio que se expulsa con la tos.
Epistaxis	Salida de sangre por la nariz.
Otorragia	Salida de sangre por el oído.
Melena	Sangrado por el ano de sangre procedente del intestino.
Rectorragia	Sangrado por el ano de sangre procedente del aparato digestivo en su parte final (recto).

Metrorragia	Salida por la vagina de sangre procedente del útero (de origen distinto a la de la menstruación).
--------------------	---

C. En función de la cantidad de sangre perdida:

Gravedad de la hemorragia	Características
Leve	Pérdida inferior a 500 cm ³ de sangre.
Moderada	Pérdida entre 500 y 1000 cm ³ de sangre (aproximadamente el 10-15 % de la volemia).
Grave	Pérdida superior a los 1000 cm ³ de sangre (aproximadamente el 15-30 % de la volemia). Hay inicio de <i>shock</i> hipovolémico.
Muy grave	Pérdida entre 1500 y 3000 cm ³ de sangre (aproximadamente el 30-60 %). Hay <i>shock</i> hipovolémico.
Masiva	Pérdida de más de 3000 cm ³ de sangre (se pierde más del 60 %).

2.3. Manifestaciones de la hemorragia:

La forma en que se manifiesta una hemorragia depende de:

- La **cantidad de sangre extravasada**.
- La **velocidad del sangrado**. Las hemorragias arteriales son muy graves debido a la velocidad con la que se pierde sangre.
- La **edad** o la existencia de una **patología previa**. Determinadas enfermedades, como la hemofilia, aumentan la gravedad de la hemorragia. En otras ocasiones, el peligro aparece asociado a los medicamentos que se toman para ciertas enfermedades, como por ejemplo los anticoagulantes (heparina).

Puede ser más peligrosa una hemorragia lenta y persistente por una úlcera de estómago que una hemorragia rápida y corta por una herida incisa.

Cuando la hemorragia es **exterior** o exteriorizada, es fácil identificarla porque vemos la sangre y podemos valorar la cantidad de ella que se pierde y la velocidad del sangrado, pero cuando la hemorragia es **interna** solo podemos identificarla a través de manifestaciones generales.

Por otro lado, como ya hemos visto, el color de la sangre o la forma del sangrado nos aporta datos sobre su origen y el modo en que debemos actuar.

IMPORTANTE: para prevenir un *shock* hipovolémico hay que colocar al accidentado en posición *antishock*, tumbado en decúbito supino con las piernas en alto. Es importante abrigo a la víctima, para evitar la pérdida de calor.

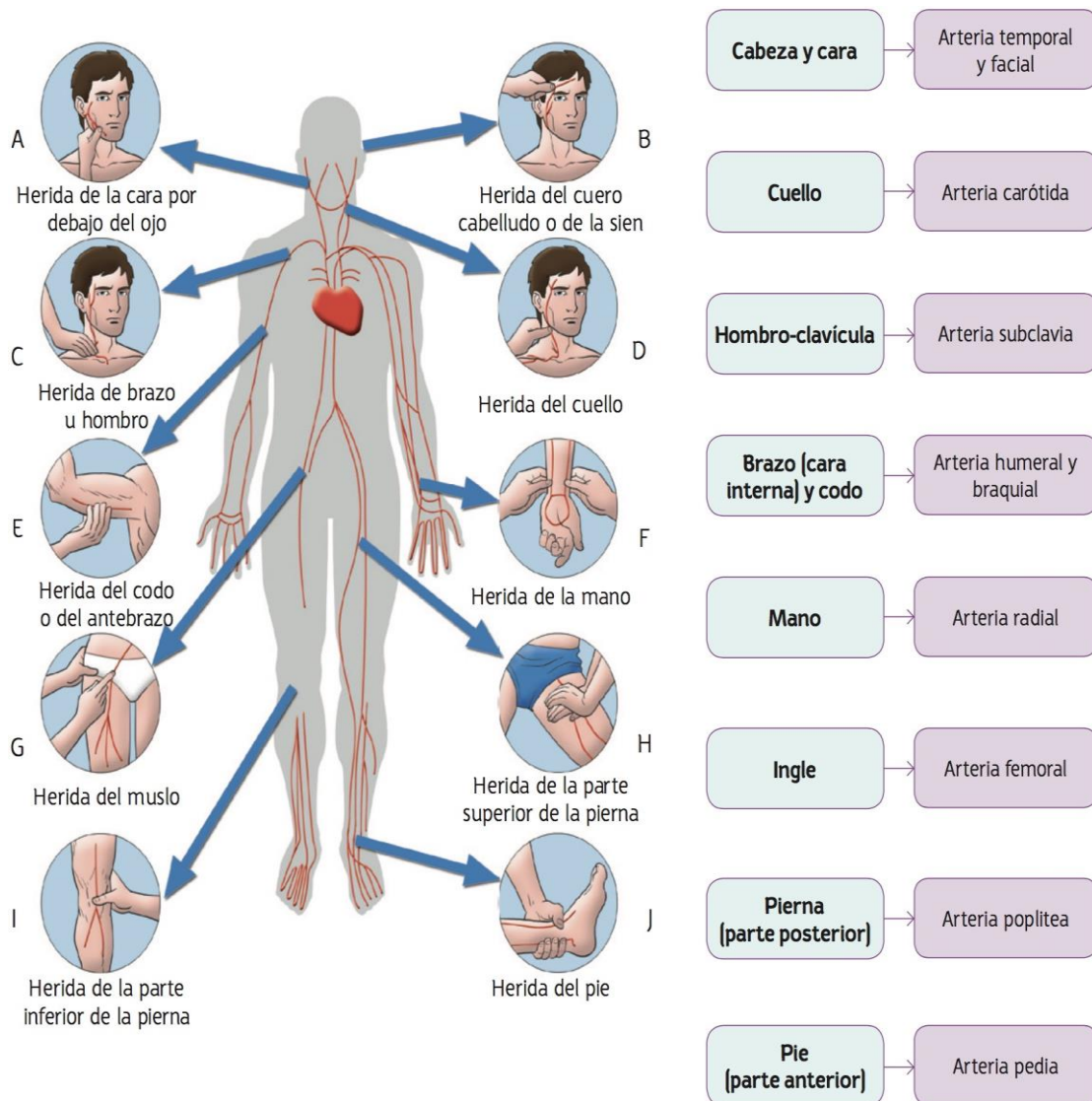
2.4. Actuación ante una hemorragia:

Las acciones que podemos adoptar ante un sangrado deben centrarse en controlar la hemorragia para reducir el volumen de sangre perdida y adoptar medidas generales de *antishock*.

A. Hemorragia externa:

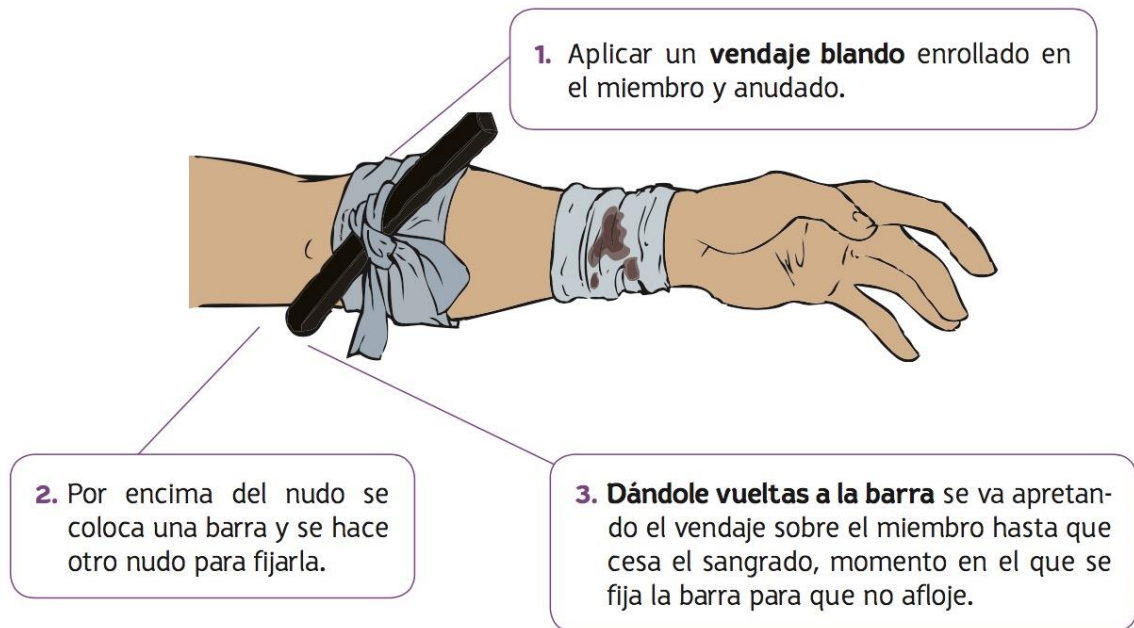
PROTOCOLO:

1. Dejar la zona sangrante al descubierto.
2. Colocar compresas o apósitos estériles sobre la herida y hacer presión directa sobre el orificio sangrante. Si no deja de sangrar, seguimos poniendo gasas, sin retirar las anteriores.
3. Colocar un **vendaje compresivo** para producir el cierre de los vasos sangrantes (pero sin que el pulso se vea afectado).
4. Elevar la zona sangrante si la hemorragia afecta a los miembros superiores o inferiores (brazos y piernas). Para ello, lo mejor es colocar al accidentado en decúbito supino.
5. Si a pesar de las medidas anteriores sigue sangrando, comprimir además directamente la arteria que lleva la sangre a la zona lesionada, «puntos de presión» (siempre por encima de la herida), para disminuir el flujo de sangre que llega a la herida y facilitar el tratamiento de la hemorragia.
6. Siguiendo las recomendaciones de la AHA (American Heart Association), si fracasan las medidas anteriores, y solo en caso de que el socorrista esté entrenado en ello, colocar un **torniquete** entre la zona que sangra y el corazón.



Para colocar un torniquete debemos seguir estos pasos:

1. Utilizar materiales blandos, anchos y no cortantes.
2. Enrollar el vendaje blando en el miembro y anudarlo.
3. Darle vueltas alrededor del miembro y sujetarlo con un seminudo. Poner un objeto duro y corto en medio del nudo y sujetar con varios nudos.
4. Retorcer el objeto hasta que deje de salir sangre por la herida.
5. Anotar la hora y la zona en que se coloca el torniquete.
6. Trasladar a la víctima tumbada, con los pies más altos que la cabeza y el torniquete a la vista, y no aflojarlo hasta la llegada al hospital si el tiempo transcurrido es de 15 ó 20 minutos.



IMPORTANTE:

El **torniquete** es la última elección, porque lleva asociada la pérdida de vascularización del miembro y, por tanto, pueden aparecer complicaciones relacionadas con la falta de oxígeno en los tejidos como: dolor, gangrena, parálisis de la extremidad o pérdida del miembro por amputación.

Así pues, antes de decidir poner un torniquete se debe tratar de controlar la hemorragia con otros métodos más seguros.

El torniquete solo está indicado en las siguientes situaciones:

1. **Amputación** de un miembro.
2. **Aplastamiento** de un miembro y solo antes de liberarlo, para evitar el sangrado inmediato.
3. **Hemorragia** en un miembro que **no puede ser controlada** por otros métodos.

B. Hemorragia interna:

PROTOCOLO:

1. Colocar a la víctima en decúbito supino, con los pies más altos que la cabeza y esta ladeada (posición *antishock* o de Trendelenburg).
2. No darle ningún tipo de bebida.
3. Aflojarle todo aquello que la puede comprimir y cubrir a la víctima para evitar la pérdida de calor.
4. Evacuar a la víctima lo antes posible a un centro hospitalario.

C. Hemorragia exteriorizada:

Epistaxis: en nariz.

PROTOCOLO:

1. Sentar a la víctima con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante y comprimir las fosas nasales con los dedos índice y pulgar, manteniendo la presión durante unos minutos.
2. Pedir a la víctima que inspire lenta y profundamente por la fosa que sangra y que expulse el aire por la boca.
3. Pasado este tiempo dejar de presionar y, si la hemorragia no se ha detenido, repetir el mismo proceso.
4. Evacuar a un centro sanitario si no es posible controlar la hemorragia.

Otorragia: en oído.

PROTOCOLO:

1. No taponar el oído.
2. Colocar a la víctima en posición lateral de seguridad (PLS) sobre el oído que sangra.
3. Colocar un apósito y sujetarlo con suavidad para que absorba la sangre.
4. Si tiene algún cuerpo extraño dentro, no intentar su extracción.
5. Si sospechamos que la hemorragia se debe a un traumatismo craneal, evitar cualquier movimiento de la cabeza.
6. Trasladar al accidentado a un centro hospitalario en PLS.

Hematemesis: procedente del aparato digestivo.

PROTOCOLO:

1. Evaluar a la víctima y controlar sus constantes vitales.
2. No darle nada de comer ni de beber.
3. Mantenerla en PLS o en decúbito supino, con las piernas flexionadas.
4. Valorar si hay síntomas de *shock* hemorrágico.
5. Trasladarla a un centro hospitalario en la misma posición.

Hemoptisis: proveniente de pulmones o bronquios.

PROTOCOLO:

1. Evaluar a la víctima y controlar sus constantes vitales.
2. No darle nada de comer ni de beber.
3. Colocarla en posición de decúbito supino semisentado.
4. Valorar si hay síntomas de *shock* hemorrágico.
5. Trasladarla con urgencia al hospital (y si es posible, llevar una muestra de esputo).

Melena: en las heces.

PROTOCOLO:

1. Trasladar a la víctima a un centro sanitario lo antes posible.
2. Llevarla en posición de semisentado y con las piernas flexionadas, para evitar el retroceso de la sangre hacia el aparato digestivo.

D. Hemorragia cutánea:

PROTOCOLO:

1. Aplicar frío durante 15 o 20 minutos, en intervalos de 1 hora durante 3 o 4 horas para reducir el sangrado y la inflamación.
2. Realizar un vendaje compresivo.
3. Pasadas las primeras 48 horas, es posible aplicar compresas calientes, teniendo cuidado de no producir quemaduras.

ASFIXIA.

La **asfixia** es un mecanismo caracterizado por la deficiente oxigenación de la sangre debido a la disminución del aporte de aire a los pulmones.

La consecuencia de la asfixia es la **hipoxia** de los tejidos. En casos graves, la asfixia conduce a la muerte en poco tiempo.

3.1. Causas de asfixia:

Los mecanismos que pueden dar lugar a déficit de aire en los pulmones (hipoxia) pueden ser:

- **Obstrucción de las vías respiratorias** (ahogamiento), bien por agentes externos (estrangulamiento o compresión) o bien por agentes internos (rotura, atragantamiento, inflamación, etc.).

- **Inmersión en líquidos** (ahogamiento por inmersión –introducción parcial o total de cuerpo en el líquido- o sumersión –la introducción es total-).
- **Disminución del oxígeno en el aire**, por permanencia a grandes altitudes, en incendios, o cuando el oxígeno está desplazado por otros contaminantes del aire, como sucede en la intoxicación por monóxido de carbono.

El papel del socorrista en cada uno de estos casos es distinto, por lo que debemos conocerlos todos y evaluar la situación antes de actuar.

3.2. Manifestaciones de la asfixia:

Podemos clasificar las manifestaciones de la asfixia en **generales**, como consecuencia de la hipoxia, y **especiales**, que dependen del mecanismo de producción de la asfixia.

A. Manifestaciones generales:

Dificultad para respirar con ruidos respiratorios y en ocasiones: tos, cianosis (color azulado de la piel), dificultad para hablar; pérdida de conocimiento y, en casos graves, parada cardiorrespiratoria.

B. Manifestaciones especiales:

Hay algunos tipos especiales de asfixia que tienen unas manifestaciones particulares, como en la **intoxicación por monóxido de carbono** (que estudiaremos en la Unidad 9), en la que la piel adquiere una tonalidad rosada, o en el **estrangulamiento**, en el que aparece plétora (color rojo de la cara), edema y hematomas faciales, así como petequias oculares. En casos de estrangulamiento, es muy típica la pérdida del control de los esfínteres, por lo que el accidentado suele orinarse.

3.3. Asfixia mecánica o inflamatoria:

Las asfixias mecánicas e inflamatorias se producen por una **obstrucción en las vías respiratorias** (ahogamiento), lo que impide que el aire llegue hasta los pulmones. Hay muchas situaciones que pueden desencadenar este tipo de asfixia, pero además hay **factores de riesgo** y personas que presentan una mayor predisposición a sufrirla (como ocurre con los ancianos o los enfermos de asma).

A. Causas desencadenantes:

Trastornos de la deglución	Hay enfermedades que cursan con disfagia (dificultad para tragar), como cáncer de esófago, reflujo gastroesofágico, enfermedad de Alzheimer, etc.
Enfermedades respiratorias	Muchas enfermedades respiratorias pueden producir espasmo de los bronquios o de la laringe, lo que provoca, en casos graves, asfixia. Destacan el asma y el enfisema.

Trastornos del sueño	Como la llamada apnea del sueño , en la que los pacientes dejan de respirar frecuentemente mientras duermen.
Reacciones alérgicas	Hay situaciones en las que se produce una reacción alérgica que afecta a la laringe. Se produce una inflamación laríngea que, en casos graves, puede obstruir completamente el paso de aire (crup laríngeo).
Trastornos del desarrollo	<p>Las personas con trastornos del desarrollo tienen un mayor riesgo de asfixia por múltiples causas, como:</p> <p>Disminución del reflejo de la tos.</p> <p>Dificultades para tragar e incluso dificultad selectiva para ciertas texturas.</p> <p>Convulsiones, dificultades de la movilidad.</p>
Efectos medicamentosos	Hay medicamentos que relajan la musculatura voluntaria e incluso suprimen el reflejo de la tos, por lo que las personas que siguen un tratamiento con ellos son más propensas al atragantamiento.

B. Protocolos de actuación:

Asfixia por obstrucción mecánica:

En este caso el ahogamiento se produce porque un objeto obstruye las vías respiratorias.

1. Desobstruir las vías respiratorias, para lo cual se inspecciona la boca y la garganta con objeto de ver si el objeto está accesible.
2. Si está accesible, se puede retirar con la mano actuando siempre con mucha precaución para no agravar la situación.
3. Si la obstrucción es por un estrangulamiento, retirar el objeto que está comprimiendo el cuello.
4. En casos graves, aplicar las maniobras de OVACE (ver Unidad 4).
5. Controlar si la víctima entra en PCR. En este caso, aplicar las maniobras de RCP.

Asfixia por obstrucción inflamatoria:

Se produce por **inflamación de la laringe (laringitis)** que cursa con un **edema** que puede obstruir las vías respiratorias (infecciones, reacciones alérgicas, asma, etc.).

1. Colocar a la víctima en un **ambiente vaporizado** (si estamos en casa, podemos llevarla al cuarto de baño y abrir los grifos con agua caliente para que se llene de vapor).
2. En casos graves, debemos avisar al 112.
3. Iniciar las **maniobras de RCP**, teniendo en cuenta que el paso del aire está dificultado.
4. Controlar los signos vitales mientras llega la ayuda médica.

Asfixia por inmersión:

1. Sacar al accidentado del agua.
2. Comprobar su respiración.
3. **Liberar las vías respiratorias** de agua.
4. Aplicar la **maniobra de Heimlich (ver Unidad 4)**.
5. Llamar al 112. Si no respira, iniciar las maniobras de RCP.

Asfixia por falta de oxígeno ambiental:

Este tipo de asfixias se pueden producir por una falta de oxígeno en el ambiente, como consecuencia de un **incendio** (asfixia por humo) o bien por **intoxicaciones por gases** debidas al monóxido de carbono o al gas natural.

1. Adoptar **medidas de seguridad personal** porque las causas que provocaron la asfixia pueden afectarnos a nosotros también.
2. Si sospechamos que hay gas, no encender las luces ni hacer fuego.
3. **Retirar al accidentado** del lugar del accidente y llevarlo a un lugar ventilado.
4. Comprobar su respiración.
5. Si la asfixia se ha producido como consecuencia del humo en un incendio y la víctima está inconsciente, debemos iniciar las maniobras de RCP.
6. Llamar al 112.

Es probable que tenga lesiones en las vías respiratorias (quemaduras por inhalación), las cuales pueden agravar el pronóstico.