

Ahogamiento y Rescate Acuático: Protocolo de Reanimación Post-Inmersión

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Ahogamiento y Rescate Acuático: Protocolo de Reanimación Post-Inmersión

El ahogamiento es la tercera causa de muerte por lesiones no intencionales en el mundo, con más de 230.000 fallecimientos anuales según la OMS. La asfixia por inmersión desencadena una cascada fisiopatológica que afecta pulmones, corazón y cerebro en cuestión de minutos. Un rescate correcto seguido de una reanimación adecuada, siguiendo los protocolos del European Resuscitation Council (ERC) y la International Life Saving Federation (ILS), puede salvar vidas incluso tras varios minutos de inmersión, especialmente en agua fría donde el reflejo de inmersión puede ofrecer cierta neuroprotección.

Fisiopatología del Ahogamiento

El ahogamiento se define como el proceso de sufrir dificultad respiratoria por sumersión o inmersión en un líquido. La terminología moderna eliminó las distinciones entre ahogamiento húmedo y seco, así como la diferencia clínica entre agua dulce y salada, ya que el manejo inicial es idéntico en ambos casos.

Cuando la víctima aspira agua, se produce un laringoespasma reflejo inicial seguido de relajación laríngea e inundación alveolar. El agua en los alvéolos destruye el surfactante pulmonar, provoca atelectasias y genera un shunt intrapulmonar que impide el intercambio gaseoso. La hipoxia resultante conduce rápidamente a acidosis metabólica, arritmias cardíacas y daño cerebral anóxico.

Fase 1 - Laringoespasma: Cierre reflejo de la glotis al contacto del agua con la laringe. Dura segundos a un minuto. La víctima no puede respirar ni gritar.

Fase 2 - Aspiración: Relajación del espasmo laríngeo por hipoxia. Entrada de agua en los pulmones con destrucción del surfactante y colapso alveolar.

Fase 3 - Hipoxia cerebral: Sin oxígeno, el cerebro sufre daño irreversible a partir de los 4-6 minutos. En agua fría (**Fase 4 - Parada cardiorrespiratoria:** La hipoxia prolongada provoca bradicardia extrema, fibrilación ventricular o asistolia. Sin RCP inmediata, la muerte es inevitable.

Reflejo de inmersión: En agua fría, especialmente en niños, el reflejo de inmersión mamífero puede reducir el consumo de oxígeno cerebral hasta un 50%, redistribuyendo sangre a corazón y cerebro. Se han documentado supervivencias neurológicamente intactas tras más de 30 minutos de inmersión en agua helada.

Rescate Acuático Seguro

El principio fundamental del rescate acuático es que el rescatador nunca debe convertirse en una segunda víctima. Las estadísticas muestran que un porcentaje significativo de ahogamientos múltiples ocurre cuando rescatadores no entrenados entran al agua. La regla clásica es: lanzar, alcanzar, remar y nadar, en ese orden de preferencia.

Lanzar: Arrojar un objeto flotante (salvavidas, bidón cerrado, nevera portátil, balón) conectado a una cuerda si es posible. Es el método más seguro para el rescatador.

Alcanzar: Extender un palo, remo, toalla o cinturón desde una posición segura en tierra firme o embarcación. Tumbarse para bajar el centro de gravedad y evitar ser arrastrado.

Remar: Usar cualquier embarcación disponible (kayak, tabla, bote) para acercarse a la víctima. Aproximarse por la popa o por el costado, nunca de frente.

Nadar (último recurso): Solo si se tiene formación en salvamento acuático. Llevar siempre un flotador de rescate. Aproximarse por la espalda de la víctima para evitar que se agarre al rescatador.

Peligro mortal: Una persona que se ahoga puede agarrar al rescatador con una fuerza extraordinaria, arrastrándolo bajo el agua. **NUNCA** entre al agua sin un elemento de flotación y sin formación en rescate acuático. Si la víctima le agarra, sumérjase: el instinto de la víctima le hará soltar para mantenerse en superficie.

Protocolo de Reanimación Post-Inmersión

La reanimación de una víctima de ahogamiento sigue los principios generales de soporte vital básico con modificaciones específicas dictadas por el ERC. La diferencia fundamental es que el ahogamiento es una emergencia primariamente respiratoria (hipóxica), por lo que la ventilación tiene prioridad sobre las compresiones torácicas.

Paso 1 - Extracción del agua: Extraer a la víctima del agua en posición horizontal si es posible, para evitar colapso cardiovascular por redistribución sanguínea. Si hay sospecha de lesión cervical (salto al agua, tobogán), inmovilizar columna cervical durante la extracción.

Paso 2 - Valoración inicial: Colocar en decúbito supino sobre superficie firme. Abrir vía aérea con maniobra frente-mentón (o tracción mandibular si hay sospecha cervical). Comprobar respiración durante 10 segundos.

Paso 3 - Cinco ventilaciones de rescate: Iniciar con 5 ventilaciones boca a boca, no con compresiones. La causa de la parada es la hipoxia, por lo que oxigenar los pulmones es prioritario. Cada ventilación debe durar 1 segundo con volumen suficiente para elevar el tórax.

Paso 4 - Compresiones torácicas: Si tras las 5 ventilaciones no hay signos de vida, iniciar compresiones torácicas con ratio 30:2. Frecuencia de 100-120 compresiones por minuto, profundidad de 5-6 cm en adultos.

Paso 5 - Continuar RCP: Mantener ciclos 30:2 sin interrupción hasta llegada de servicios de emergencia, uso de DEA o recuperación de la víctima. En ahogamiento, la RCP prolongada puede ser exitosa, especialmente en agua fría.

Importante: NO realizar maniobra de Heimlich ni intentar drenar agua de los pulmones. No es efectivo y retrasa el inicio de la ventilación. El agua aspirada se absorbe rápidamente en la circulación. La prioridad absoluta es ventilar y oxigenar.

Situación

Acción

Duración

Víctima consciente, tose

Animar a toser, posición cómoda, vigilar

Observación 24h recomendada

Víctima consciente, no tose

Posición lateral, vigilar respiración

Activar emergencias 112

Víctima inconsciente, respira

Posición lateral de seguridad

Activar 112, vigilar constantemente

Víctima inconsciente, no respira

5 ventilaciones + RCP 30:2

Hasta llegada de SEM o recuperación

Inmersión en agua fría >30 min

RCP agresiva y prolongada

No declarar muerto hasta caliente y muerto

Ahogamiento Secundario y Vigilancia Post-Rescate

Toda víctima de ahogamiento que haya aspirado agua, aunque se recupere en el lugar, debe ser trasladada a un centro sanitario para vigilancia. El edema pulmonar diferido puede aparecer horas después del incidente, provocando insuficiencia respiratoria progresiva.

Los signos de alarma post-inmersión incluyen tos persistente, dificultad respiratoria progresiva, taquipnea, cianosis, esputo espumoso, confusión mental y somnolencia. Cualquiera de estos síntomas en las 24 horas siguientes a un episodio de inmersión requiere evaluación médica urgente.

Monitorización respiratoria: Controlar frecuencia respiratoria cada 15 minutos durante las primeras 2 horas. Normal en adulto: 12-20 respiraciones por minuto.

Saturación de oxígeno: Si se dispone de pulsioxímetro, mantener SpO2 por encima del 95%. Valores inferiores indican compromiso pulmonar.

Posición del paciente: Semisentado (posición Fowler) para facilitar la respiración. Administrar oxígeno suplementario si está disponible.

Control de temperatura: La hipotermia es frecuente tras inmersión. Retirar ropa mojada, abrigar con mantas secas, proteger del viento. Recalentar gradualmente.

Atención: El llamado ahogamiento secundario puede manifestarse hasta 24-72 horas después del incidente. Una víctima que parece completamente recuperada puede deteriorarse rápidamente por edema pulmonar diferido. SIEMPRE buscar evaluación médica hospitalaria tras cualquier episodio de inmersión con aspiración de agua.

 **Advertencia:** Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.