

MANUAL DE

PRIMEIROS AUXILIOS

Servizo de Vixilancia da Saúde

CONTENIDO

PRIMEIROS AUXILIOS	3
OBXECTIVOS PRIORITARIOS.....	3
ACTITUDE ANTE AS DIVERSAS SITUACIÓNS DE URXENCIA	5
1. Accidentes por electricidade	6
2. Asfixias e atragoamentos.....	7
3. Escordaduras e luxacións.....	12
4. Feridas.....	13
5. Fracturas	16
6. Hemorraxias.....	17
7. Intoxicación por ingestión e inhalación de substancias tóxicas	20
8. Lesións producidas por animais.....	23
9. Mareo, lipotimia ou desmaio simple, síncope, epilepsia.....	27
10. Queimaduras e conxelacións.....	33
TÉCNICAS BÁSICAS DE PRIMEIROS AUXILIOS	37
Manobra de Heimlich	38
Posición lateral de seguridade (P.L.S.).....	41
Reanimación parada cardíaca	44
RCP Pediátrica.....	48
No caso de que teñamos un DESA dispoñible	50
Transporte do accidentado.....	54
TELÉFONOS E SERVIZOS DE URXENCIAS	58

PRIMEIROS AUXILIOS

Que son os primeiros auxilios?

Por primeiros auxilios entendemos a axuda inmediata facilitada a persoas feridas ou que se puxeron subitamente enfermas, antes de que chegue a ambulancia e/ou se faga cargo delas o persoal sanitario.

OBXECTIVOS PRIORITARIOS

1. Identificar a situación de emerxencia

Conseguir información sobre o ocorrido a partir das persoas que se atopan no lugar do accidente.

2. Actitude ante a mesma

- a) Sinalizar o lugar do accidente.
- b) Garantir a seguridade do socorrista.
- c) Atender ao ferido/a ou accidentado/a.
 - Transportalo/a fóra de la zona de perigo.
 - Salvar a vida.
 - Impedir que se agrave a lesión.
 - Axudar na súa recuperación.
- d) Previr outros danos.

Todo socorrista nas súas actuacións debe coñecer e aplicar sempre neste orden os seguintes principios básicos (PAS):

1. **Protexer** a el mesmo e á vítima.
2. **Avisar** aos servizos de emerxencias 061 ou 112.

3. Socorrer, pero para facelo correctamente antes fai falla realizar a avaliación do ferido/a valorando os **signos vitais**:

A: **Conciencia.**

B: **Respiración.**

C: **Pulso (so persoal sanitario).**

Para paliar os efectos do accidente, e durante o tempo que transcorra ata iniciar o traslado das persoas damnificadas a un centro médico, actuarase da forma seguinte:

- a) Con axuda das persoas que se encontren no lugar do accidente, atenderase aos damnificados, sentados ou deitados no solo, si é posible sobre mantas, e prestarase a atención requirida en cada caso.
- b) Para decidir qué medidas se aplicaran, débese, en primeiro lugar observar ao ferido/a:
 - **¿Responde?**
 - **¿Respira?**
 - **¿Sangra?**

Desta forma farase unha idea do estado dos tres órganos vitais: corazón, pulmóns e cerebro.

- c) Unha vez identificada a situación, temos as seguintes posibilidades:
 - Qué capacidade temos para resolver a situación?
 - Necesitamos pedir axuda?
 - A quen pedimos axuda?

Os dous primeiros interrogantes van a depender da natureza do accidente ou enfermidade.

O terceiro interrogante, a quen pedimos axuda vai estar influenciado polo mesmo, o que vai modular o punto ao que pidamos socorro.

.....
ACTITUDE ANTE AS DIVERSAS
SITUACIONES DE URXENCIA
.....

1. ACCIDENTES POR ELECTRICIDADE

A gravidade dos danos producidos pola corrente sobre o corpo das persoas, vai a depender da intensidade da mesma, da clase e da duración da exposición.

Estes accidentes poden provocar trastornos cardíacos inmediatos como a Fibrilación Ventricular (FV) que conduce a unha morte por parada cardíaca.

Actitude ante os accidentes eléctricos

- Desconectar inmediatamente a corrente eléctrica.
- Se non fose posible a desconexión da rede eléctrica, cómpre separa-la persoa cun obxecto non condutor da electricidade (un pau de madeira) sen tocala directamente ante o perigo de “quedar encadeados”.
- Se o accidentado/a non respira, está en paro cardíaco ou fibrilación ventricular, é necesario instaurar inmediatamente as medidas de reanimación cardiopulmonar (pax. 44).
- Chamar ao 061/112 e trasladalo a un centro médico o máis axiña posible.

2. ASFIXIAS E ATRAGOAMENTOS

Denominamos asfixia á supresión da función respiratoria por calquera causa que se opoña ao cambio gaseoso nos pulmóns entre o sangue e o aire do ambiente.

A persoa atragoada empeza a tusir e loita por respirar. O seu rostro e beizos poden adquirir unha cor azulada.

Causas máis frecuentes

- Corpo extraño que obstrúe as vías respiratorias (comida, vómito, calquera obxecto que pasara a traquea ou bronquios).
- Gases irritantes, tóxicos, fume...
- Inmersión na auga.

Actitude ante unha situación de asfixia

Está en relación coa causa que a produce:

1.- **Corpo extraño sólido** que obstrúe as vías respiratorias:

⇒ Pódese diferenciar en:

- Obstrución parcial: Pode falar, tose con forza e respira.
- Obstrución total: Non pode falar, pode mover a cabeza, non pode respirar, respiración estertorosa, intentos silenciosos de tusir e finalmente inconsciencia.

⇒ Como actuar:

En caso de obstrución parcial

a) Animalo a tusir.



Animalo a tusir

En caso de obstrucción total

- a) Golpes interescapulares (5).
- b) Manobra de Heimlich.

Normalmente abonda esta manobra para que o paciente se recupere (Ver páxina 38).



Golpes intercostais



Manobra de Heimlich



Manobra de Heimlich coa vítima tombada

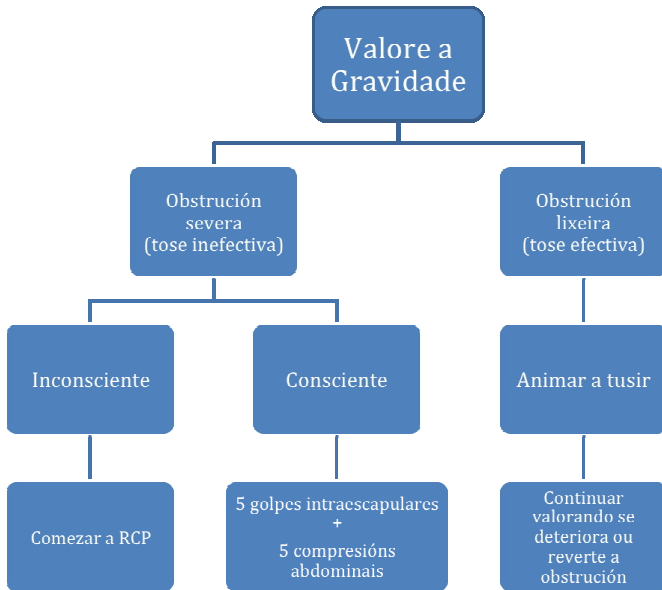
Importante:

- * Retirar o corpo extraño manualmente só si podemos velo e é accesible.
- * Se a vítima está inconsciente iniciar RCP.



Retirada do corpo extraño da cavidade bucal

SECUENCIA DE ACTUACIÓN NA OBSTRUCCIÓN DA VÍA AÉREA POR CORPO ESTRANHO NO ADULTO (ERC 2010)



2.- Gases irritantes

- As persoas que prestan os primeiros auxilios deben ter extremo coidado ao entrar na zona contaminada, para non ser vítimas da mesma situación que intentan solucionar.
- É importante sinalizar ben a zona de perigo e impedir o paso á mesma.
- Retirar ao accidentado/a do ambiente tóxico e colocalo nunha zona ben ventilada.
- Si está inconsciente e non ten respiración espontánea, iniciar a RCP e avise ao servizo de emerxencia (061 ou 112).

3.- Inmersión na auga

- a) Eliminar a auga das vías respiratorias mediante a manobra de Heimlich.
- b) Realizar reanimación cardio-pulmonar se fora necesario.
- c) Proporcionar ao interesado/a o calor e confort oportuno.
- d) Chamar ao 061/112 e trasladalo/a a un centro médico o máis axiña posible.

3. ESCORDADURAS E LUXACIÓNS

Chamamos **escordadura** a unha torcedura ou distensión violenta dunha articulación, sen luxación. Cando se produce dislocación permanente das superficies articulares considérase **luxación**.

Manifestacións das escordaduras e luxacións:

- Dor.
- Dificultade de movementos ou impotencia funcional.
- Inchazón.
- En ocasións hematoma.

Actitude ante as escordaduras e luxacións:

- Aplicar frío local mediante compresas ou bolsas de xeo.
- Inmobilizar a zona lesionada.
- Repouso ao principio.
- Empezar a camiñar con axuda tan pronto como se poida.
- Elevar a zona lesionada.
- Trasladar a un centro médico.

4 . FERIDAS

Enténdese por ferida a perda de continuidade da pel ou mucosas.

Clasificación das feridas

- a) **Abrasivas:** é a ferida menos profunda e consiste unicamente no desprendemento superficial da pel.
- b) **Punzantes:** producidas por un obxecto agudo. Con frecuencia teñen a aparencia dunha lesión de pequeno tamaño, pero, nalgúns casos, puideran ser graves pola profundidade ou o territorio afectado.
- c) **Incisas:** producidas por obxectos con fío. Presenta bordes máis amplos, máis ou menos lisos, sangrantes. Puideran ser graves pola súa localización, e/ou profundidade.
- d) **Contusas:** producidas por choque contra obxectos máis ou menos romos. Asentan nunha superficie vermella ou morada (contusión), non soen ser profundas e sangran moderadamente.
- e) **Lacerante ou esgazada:** é a causada por un obxecto romo, pero co fío suficiente para esgazar os tecidos. A hemorraxia adoita ser menor, aínda que tardan máis en curar.
- f) **Avulsións:** cursan con desgarro, separación e destrución do tecido, adoitan presentar hemorraxia abundante. Un exemplo claro é a ferida producida por unha mordedura de can.
- g) **Mixtas:** con características de dous ou máis dos tipos citados.

Riscos das feridas

- a) Hemorraxia.
- b) Lesión orgánica.

- c) Infección.
- d) Perda da función do membro.
- e) Cicatriz.

Valoración da localización da ferida

- a) Dende o punto de vista do compromiso vital (feridas profundas de tórax, abdome, colo, ...).
- b) Dende o punto de vista funcional (mans, cara, ollos, ...).
- c) Dende o punto de vista estético (cara, mans, ...).

Actitude ante unha ferida superficial, pequena, en principio non problemática

⇒ *O que se debe facer*

- a) Lavar a ferida con auga e xabón.
- b) Desinfectar con auga osixenada ou outro antiséptico.
- c) Cubrir a ferida cun apósito estéril (ou no seu defecto cun pano ou saba limpa) e comprima en caso de sangrado.
- d) Comprobar que está conservado o movemento do membro afectado.
- e) Nas lesións da man, (e antebrazo) retirar os aneis para evitar a posible compresión e edema dos dedos, e manter o membro algo elevado (en estribeira).
- f) Recomendase verificar a protección antitetánica e pensar noutros riscos infecciosos (hepatite B e C, SIDA, etc).

⇒ *O que non se debe facer*

- a) Limpar a ferida con alcohol (non é bo desinfectante para as feridas).

- b) Poñer pomadas ou pos (risco de sensibilización aos antibióticos e/ou formación de emplastos que impiden la cicatrización).
- c) Dar aspirinas (facilitan a hemorraxia).

Actitude ante unha ferida complexa, complicada, grave

A complexidade e a gravidade das feridas ven condicionada pola amplitude, profundidade e localización das mesmas, así como pola hemorraxia que puideran ocasionar.

⇒ *O que se debe facer*

- a) Deitar a vítima e chamar ao 061 ou 112.
- b) Cubrir a ferida cun apósito estéril (ou no seu defecto cun pano ou saba limpa).
- c) No caso de hemorraxia, comprimir para tratar de contela.

⇒ *O que non se debe facer*

- a) Retirar os obxectos incrustados ou cravados. Son feridas susceptibles de intervención cirúrxica e dificultaríase a localización dos territorios afectados, ademais do dano engadido ao retirar os corpos estraños.
- b) Intentar reintroducir vísceras. (Simplemente cubrilas cun pano limpo - estéril).
- c) Dar comidas nin bebidas, ante a posibilidade de intervención cirúrxica.
- d) Administrar calor local. Unicamente mantas para mantelo o máis comfortable posible.

5. FRACTURAS

Chamamos fractura á solución de continuidade dun óso, producida traumática ou espontaneamente.

Tipos de fractura

- Pechada, cando a pel permanece intacta.
- Aberta, cando hai unha ferida que permite a comunicación entre o óso e o exterior.

Manifestacións

- Dor intensa.
- Impotencia funcional.
- Inchazón e deformidade do membro afectado.
- Nalgúns casos ferida externa (fracturas abertas).

Actitude ante as fracturas

- Inmobilizar o membro fracturado cunha táboa ou periódicos para impedir lesións en vasos, nervios, músculos.
- Retirar aneis, pulseiras e reloxo para evitar a compresión que puideran ocasionar, se a fractura é nun membro superior.
- Manipular o menos posible a zona fracturada (non quitar zapatos nin calcetíns, ...).
- Se houberse fractura aberta cubrir a ferida cun pano limpo para manter a ferida illada.
- Trasladar a vítima se é posible ou avisar ao 061/112.

6. HEMORRAXIAS

Hemorraxia é toda perda de sangue ocasionada pola rotura dun vaso sanguíneo.

Gravidade dunha hemorraxia

Ven condicionada por:

- a) A localización da hemorraxia.
- b) A cantidade de sangue que se perde.
- c) A velocidade con que se perde.

HEMORRAXIA EXTERNA

É aquela na que a sangue se perde directamente ao exterior a través dunha ferida.

Actitude ante unha hemorraxia externa

⇒ *O que se debe facer*

- a) Deitar ao accidentado/a.
- b) Elevar a zona que sangra por encima do corazón.
- c) Facer presión directa sobre a ferida cun apósito estéril (ou no seu defecto cun pano ou saba limpa):
 - Continuar coa man na zona que sangra.
 - Colocar despois un vendaxe compresivo.
- d) Se a hemorraxia cede: Deben fixarse os apósitos cun vendaxe compresivo, sen apertar demasiado.
- e) Se a hemorraxia non cede: Seguir comprimindo e colocar un novo apósito por encima sen retirar o anterior e avisar ao 061.

⇒ *O que non se debe facer*

- a) Retirar as gasas aínda que estean empapadas: é mellor colocar outras encima. (Ao cambiar as gasas retírase o coágulo, impedindo así a coagulación).

HEMORRAXIA INTERNA

Non son hemorragias visibles por tanto unicamente poden sospeitarse polos antecedentes dun traumatismo ou polas manifestacións da persoa afectada, que pode presentar palidez, frío, incoherencia, pulso débil e rápido e ás veces perda de conciencia.

Actitude ante unha hemorragia interna

⇒ *O que se debe facer*

- a) Deitar a vítima sobre o lombo, coa cabeza ladeada.
- b) Cubrila cunha manta, (non calor local).
- c) Trasladala a un centro médico o antes posible.
- d) Controlar constantes vitais (so persoal sanitario).

⇒ *O que non se debe facer*

- e) Darlle comidas ou estimulantes.

HEMORRAXIAS EXTERIORIZADAS POR ORIFICIOS NATURAIS

Son hemorragias internas que atopan saída ao exterior a través de orificios naturais.

Actitude ante as hemorragias exteriorizadas por orificios naturais

a) Polo oído (OTORRAXIA):

⇒ *O que se debe facer*

- a) Deitar a vítima sobre o oído que sangra.
- b) Trasladar a un centro médico.

⇒ *O que non se debe facer*

- c) Non taponar o oído.

b) Pola nariz (EPISTAXIS):

- a) Manter a persoa sentada e coa cabeza cara abaixo para evitar que trague o sangue.
- b) Comprimir a fosa nasal pola que sangra, durante 10 minutos.
- c) Refrescarlle a cara e a caluga.
- d) Se non cesa a hemorraxia: facer taponamento nasal e traslado a un centro médico.

c) Pola boca

Dependendo da procedencia, pode ser:

- **HEMATÉMESE se procede do aparato dixestivo.**
- **HEMOPTISE se procede do aparato respiratorio.**

Actitude

- a) Repouso absoluto.
- b) Dieta absoluta (non dar de comer nin de beber).
- c) Sempre traslado a un centro médico, levando contido do vomito para valoración.

7. INTOXICACIÓN POR INGESTIÓN E INHALACIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS

A intoxicación é a manifestación que experimenta unha persoa ante a ingestión, inhalación, absorción transcutánea ou ocular de substancias tóxicas.

A maioría das intoxicacións prodúcense no ámbito doméstico e adoitan estar provocadas por medicamentos, cáusticos e corrosivos (produtos de limpeza), hidrocarburos (gasolina, líquidos para pulir mobles, ...), plantas e insecticidas.

Os síntomas son moi variables dependendo do tóxico e poden ir dende náuseas, vómitos, dor de cabeza, dor abdominal, visión dobre e erupcións cutáneas ata convulsións, dor torácica, dificultade respiratoria e perda de coñecemento.

Cómo evitalo?

Mantendo os axentes fóra do alcance, perfectamente etiquetados ou gardándoos en armarios altos e pechados con chave.

Se hai nenos/as ou persoas con discapacidade psíquica, retirar as plantas que poidan ser tóxicas.

Actitude ante unha intoxicación por ingestión

⇒ *O que se debe facer*

- Retirar os restos da boca.
- Se a persoa vomita, despexar as vías aéreas. Envolver un anaco de tea nos dedos da man antes de limpar a boca e a garganta. Gardar o vómito se se pode, isto pódelles axudar aos expertos

a identificar o tipo de medicamento que se pode utilizar para neutralizar o tóxico.

- Conservar o envase do produto inxerido (botella, caixa, etc.) é imprescindible para coñecer a composición.

⇒ *O que non se debe facer*

- Provocar o vómito tras a inxestión de substancias tóxicas a non ser que llo indique o médico: en xeral, un tóxico forte que produza queimaduras na garganta ao entrar tamén fará dano ao devolverse.
- Dar bebidas á persoa que inxeriu o tóxico: non se deben dar líquidos, xa que pode acelerar a absorción do tóxico ou dificultar as exploracións posteriores.
- Esperar a que se presenten os síntomas cando cremos que unha persoa se intoxicou. Chame ao 061 e siga as indicacións do médico.

Actitude ante unha intoxicación por inhalación

⇒ *O que se debe facer*

- Se a situación é segura, retirar á persoa do lugar do suceso.
- Abrir as ventás e portas para airear o recinto.
- Colocar un anaco de tea sobre o nariz e sobre a boca.
- Camiñar agachado preto do chan.
- Manter á vítima respirando ao aire libre.
- Chamar ao 061 e seguir as indicacións do médico.

⇒ *O que non se debe facer*

- Acender fósforos ou utilizar acendedores, pois algúns gases poden facer combustión.

Actitude ante unha intoxicación cutánea

⇒ *O que se debe facer*

- Lavar en arrastre con auga durante 5-10 minutos.
- Retirar as roupas expostas á substancia tóxica, se non existen queimaduras.
- Chamar ao 061/112 e seguir as indicacións do médico.

⇒ *O que non se debe facer*

- Lavar no caso de contacto con cal seco (debese retirar cun pano seco).

Actitude ante unha intoxicación por contacto ocular

⇒ *O que se debe facer*

- Lavar abundantemente con auga mentres mantén as pálpebras abertas e separadas.
- Chamar ao 061/112 e seguir as indicacións do médico.

8. LESIÓNS PRODUCIDAS POR ANIMAIS

MORDEDURAS DE RÉPTILES

Actitude ante unha mordedura de réptil

- a) Deitar a vítima.
- b) Inmobilizar o membro afectado.
- c) So se os servizos de emerxencia o indican, colocar torniquete.

A **utilización do torniquete** require unhas precaucións:

- Debe poñerse unicamente en caso de estrita necesidade.
 - Débese deixar descuberto para que o socorrista, médico, ou enfermeiro advirtan a súa existencia rapidamente.
 - Débese anexar unha nota coa hora en que se puxo.
 - Cada hora débese afrouxar un minuto para evitar a falta de circulación absoluta.
- d) Aplicar xeo sobre a zona afectada.
 - e) Si é posible localizar o animal para identificalo.
 - f) Chamar ao 061/112 e trasladalo a un centro médico o máis axiña posible.

MORDEDURAS DE MAMÍFEROS

Riscos

- * A localización e envergadura da mordedura.
- * A secundaria infección.
- * A posibilidade de transmisión de enfermidades (tétanos, rabia).

Actitude ante unha mordedura de mamífero

- a) Coidados da ferida: lavado e desinfección.
- b) Localizar o animal e poñelo en observación.
- c) Chamar ao 061/112 e trasladalo a un centro médico o máis axiña posible.

PICADURAS DE INSECTOS

As picaduras de insectos producen no organismo humano reaccións alérxicas que, en xeral, aínda que podan ser molestas, non son graves salvo en casos de persoas alérxicas, nenos/as, ou en situacións nas que pola súa localización ou cantidade poidan comprometer as funcións vitais (cavidade oral por compromiso respiratorio).

Prevenición das picaduras de insectos

- * Locións ou cremas repelentes.
- * Aparellos ultrasóns de uso persoal.
- * Repelentes eléctricos.

Actitude ante as picaduras de insectos

⇒ *O que se debe facer*

- Se quedou o aguillón incrustado extráelo con pinzas e agullas.
- Aplicar auga con amoníaco al 50% o preparado de amoníaco de farmacia.
- Aplicar frío (xeo envolto nunha compresa).
- Toda persoa que sabe que é alérxica debe coñecer a prevención das picaduras de insectos e levar nas saídas ao campo a súa caixa de urxencia, coa medicación específica que o seu médico lle aconselle.

⇒ *O que non se debe facer*

- Espremer manualmente o lugar da picadura.
- Aplicar barro ou outros unguentos.

LESIÓNS PRODUCIDAS POR ANIMAIS MARIÑOS

PECES

Escarapote, faneca brava ou pez araña.

Con frecuencia están escondidos na area na veira do mar. Cravan o seu aguillón ao ser pisados, producindo dor, en ocasións moi intensa. É recomendable o uso de sandalias para previr as picaduras.

Actitude ante picaduras dos peixes

- * Lavar a zona afectada e localización do punto de entrada.
- * Buscar restos de espiñas e retiralos.
- * Aplicar auga quente ou pisar a area quente.
- * Se se observa malestar, dificultade respiratoria ou urticaria..., chamar o 061/112 para solicitar axuda e manteña a vítima en repouso.

MEDUSAS

Producen erupcións máis ou menos intensas con vesículas e bochas en xeral prurixinosas.

Actitude ante picaduras de medusas

- * Lavar a zona afectada con auga salgada, do mar preferentemente ou soro fisiolóxico.

- * Retirar con pinzas se hai restos de medusa sobre a pel.
- * Pódese aplicar despois un lavado con auga e vinagre, e despois somerxer a zona afectada en auga quente sobre os 40-45° C, ou o que se poida tolerar, durante uns 20 minutos. Ámbalas dúas cousas inactivan o veneno.
- * Se hai síntomas xerais (dispnea, malestar, mareo...), chamar o 061.

9. MAREO, LIPOTIMIA OU DESMAIO SIMPLE, SÍNCOPE, EPILEPSIA

MAREO, LIPOTIMIA OU DESMAIO SIMPLE

Concepto

É a sensación de diminución do estado de conciencia pero sen chegar a perdela por completo, con caída ao solo ou unicamente tendencia a caer.

Causas

- * Físicas: Dor, cansazo importante, estar de pé moito tempo, xaxún prolongado, exceso de calor, ...
- * Psíquicas: terror, emoción (ver sangue, que lle saquen sangue,...), histerismo.

Mecanismos de produción

Os mecanismos internos son variables, segundo a causa, pero en xeral producen unha diminución do volume sanguíneo que vai ao cerebro e polo tanto, un menor aporte de osíxeno ás células cerebrais.

Qué aprecia unha persoa cando se marea?

- * Frouxidade nas pernas.
- * Trastornos visuais: visión borrosa, visión dobre, puntos luminosos, ...

- * Inestabilidade ou sensación de perda de equilibrio ou sensación de vertixe, ...
- * Caída ao solo, se esta non se evita.

Qué se pode apreciar na persoa que se marea?

- * Palidez de pel e mucosas.
- * Suor fría xeneralizada.
- * Pulso débil e con maior frecuencia lento.

Actitude ante un mareo, lipotimia ou desmaio simple

⇒ *O que se debe facer*

- Deitar á persoa, sempre cos pes nunha posición máis elevada ca cabeza, poñendo esta ladeada como precaución (para evitar que a lingua poda provocar obstrución das vías respiratorias e para evitar que, se se produce un vómito este poda ir ás vías respiratorias).
- Retirar a todas as persoas que están arredor.
- Afrouxar a roupa.
- Tapala (só para evitar que perda a súa propia calor).
- Cando se atope ben, recomendarlle que realice unha consulta médica.

⇒ *O que non se debe facer*

- Nunca se debe permitir que a persoa se levante mentres poda existir falta de circulación cerebral.

SÍNCOPE

Concepto

É a perda de coñecemento con caída ao solo (debilidade xeneralizada, perda do ton postural, incapacidade para estar de pé, perda de conciencia).

Causas

- * Poden ser as do mareo, pero en maior grado, máis graves.
- * Hemorraxias.
- * Deshidratación grave.
- * Infarto.
- * Arritmia cardíaca.
- * Algunhas enfermidades cardíacas valvulares.
- * Accidente vascular cerebral.
- * Hipoglicemia.

Mecanismos de produción

O mecanismo interno tamén radica na falta de sangue no cerebro, pero como dixemos, producido por causas máis graves.

No síncope acostuma a haber perda do volume sanguíneo ou fallo do corazón na súa función de bomba.

Qué refire a persoa ao recuperar la conciencia?

- * Pode referir o mesmo que unha persoa con mareo
- * Datos relacionados coa enfermidade causante .do síncope (diabético, ter forte dor no peito que suxire infarto de miocardio, taquicardia importante, ...).

Qué se pode apreciar na persoa afectada?

- * Palidez importante da pel e mucosas.
- * Suor fría xeneralizada.
- * Pulso débil e rápido (salvo nalgúns fallos cardíacos, que pode ser moi lento).
- * Perda de conciencia.
- * Incontinencia de esfínteres.

Actitude ante un síncope

⇒ *O que se debe facer*

- Da mesma maneira que no caso de mareo.
- Cando recupere a conciencia, tratar de coñecer a causa.
- Si existe parada cardíaca ou respiratoria, iniciar RCP.
- Chamar ao 061/112 e trasladalo a un centro médico o máis axiña posible.

⇒ *O que non se debe facer*

- Permitir que a persoa se levante mentres poda existir falta de circulación cerebral.

EPILEPSIA

Concepto

A epilepsia é unha enfermidade neurolóxica, producida por unha lesión cerebral e que nalgúns casos pode provocar crises convulsivas, chamadas vulgarmente “ataques epilépticos”.

Causas

- * Predisposición hereditaria.
- * Erros conxénitos no desenvolvemento.
- * Anoxia cerebral.
- * Traumatismos cranio-encefálicos (TCE).
- * Tumores cerebrais.
- * Enfermidades infecciosas.
- * Trastornos metabólicos adquiridos.
- * Enfermidades dexenerativas do sistema nervioso central.
- * Consumo de alcohol ou tóxicos.

Qué se pode apreciar na persoa afectada?

1. A persoa está inconsciente, non inmóbil.
2. Sufre sacudidas en brazos e pernas e move a cabeza adiante e atrás (bruscas contraccións musculares).
3. A boca moi frecuentemente aparece encaixada.
4. Os ollos pechados ou entreabertos e en branco.
5. Non hai palidez da pel ou mucosas.

Actitude ante un ataque epiléptico

⇒ *O que se debe facer*

- Conservar a calma, xa que unha actuación precipitada pode ser perigosa.
- Tratar de que a persoa non se lesione durante a crise epiléptica, quitando obxectos perigosos de arredor.
- Colocar algo brando baixo a súa cabeza, para evitar que se golpee contra o solo.

- Observar a duración da crise epiléptica. Na gran maioría das ocasións finalizan en dous ou tres minutos, tras o cal a persoa se recupera gradualmente.
- Afrouxar as roupas arredor do colo, (garabatas, camisa, etc).
- Unha vez cesado as convulsións, débese colocar en posición lateral de seguridade, para facilitar a respiración.
- Débese esperar ao lado da persoa ata que a crise epiléptica termine. Deixar que descanse ata que se recupere e comprobar que volve pouco a pouco á situación normal.
- Chamar ao 061/112 e trasladalo a un centro médico o máis axiña posible.

⇒ *O que non se debe facer*

- Tratar de inmovilizar á persoa pola forza durante a crise epiléptica.
- Introducir algún obxecto na boca co afán de que a lingua non vaia cara atrás (dado que pode ser perigoso si traga o obxecto e se queda aloxado nas vías respiratorias, ademais das posibles lesións orais, ao intentar introduci-lo á forza).
- Realizar a respiración boca a boca durante a crise convulsiva (salvo que a persoa non volva a comezar a respirar terminada a crise convulsiva).
- Dar auga, alimentos ou pastillas pola boca (posto que un posible vómito co coñecemento alterado pode ser moi perigoso).
- A administración de medicamentos durante a crise epiléptica.

10. QUEIMADURAS E CONXELACIÓNS

QUEIMADURAS

Son lesións producidas no organismo pola calor en calquera das súas formas (lume, produtos químicos, electricidade,...). A súa gravidade ven determinada por unha serie de factores:

Clasificación das QUEIMADURAS

a) Segundo a súa orixe poden ser producidas por:

- * Axentes físicos:
 - calor
 - electricidade
 - radiacións
- * Axentes químicos:
 - ácidos
 - bases

b) Segundo a súa profundidade poden considerarse

- * primeiro grado (arroiamento ou eritema).
- * segundo grado (arroiamento e bocha).
- * terceiro grado (arroiamento, bocha e ferida con lesión profunda: escara).

c) Localización:

- * Son máis graves as queimaduras en zonas que supoñan compromiso vital (cara, colo, ...).
- * Zonas de flexión: mans, cónbados, ...
- * Xenitais.

d) Extensión:

- * Queimaduras leves - as que afectan a menos dun 10% da superficie corporal.
- * Queimaduras graves - as que afectan entre un 10% e un 50% da superficie corporal.
- * Queimaduras moi graves - afectan a máis dun 50% da superficie corporal.

Actitude ante pequenas queimaduras

[Producidas por calor, non profundas, pouco extensas, en zonas sen risco]

⇒ *O que se debe facer*

- Mergullar a zona queimada en auga fría durante 15 minutos.
- Si se considera oportuno acudir ao seu médico para valorar a lesión.

⇒ *O que non se debe facer*

- Poñer emplastos e pomadas que puideran retrasar a cicatrización.

Actitude ante queimaduras severas

[Queimaduras extensas, profundas producidas por lume]

⇒ *O que se debe facer*

- Valorar o estado xeral da vítima.
- Apagar as lapas da roupa, cubrindo con mantas que non sexan de fibra o accidentado ou facéndolle rodar no chan.
- Arrefriar a queimadura inmediatamente, aplicando auga fría de forma suave sobre a zona afectada durante 10 minutos.
- Lavar as mans con auga e xabón se é posible e cubrir a zona afectada con apósitos estériles ou, no seu defecto, moi limpos e humedecidos.

- Retirar aneis, reloxos, pulseiras... Se a queimadura e no membro superior.
- Chamar ao 061/112 e trasladalo a un centro médico o máis axiña posible. Evite que a persoa corra con lume na roupa.

⇒ *O que non se debe facer*

- Quitar a roupa queimada pegada ao corpo (cortala arredor da queimadura).
- Aplicar cremas, pomadas ou outros produtos ou medicamentos.
- Picar as ampolas.

Circunstancias especiais ante as queimaduras

Queimaduras eléctricas

- * Desconectar a corrente eléctrica antes de tocar a vítima.
- * Se non fose posible a desconexión da rede eléctrica separar á persoa cun obxecto non condutor da electricidade (un pau de madeira) sen tocalo directamente ante o perigo de “quedar encadeados”.
- * No caso de parada cardiorrespiratoria iniciar RCP.
- * O tratamento destas queimaduras é similar ao que se leva a cabo nas queimaduras térmicas.

Queimaduras por produtos químicos

- * Asegurarse de que estea eliminada a causa das queimaduras. Se é químico seco, retire os excedentes.
- * Retirar calquera prenda contaminada.
- * Lavar o máis rápido posible con abundante auga, a chorro sobre a zona afectada, coa fin de diluír e eliminar a sustancia responsable da lesión. (Agás nas queimaduras por ácido clorhídrico e sulfúrico nas que a limpeza con auga produce mais calor).

- * Cubrir a zona queimada con panos limpos.
- * Chamar ao 061/112 e trasladalo a un centro médico o máis axiña posible. Evite que a persoa corra con lume na roupa.

CONXELACIÓN

Son lesións locais provocadas polo frío. Normalmente afectan a zonas como mans, pés, orellas e nariz.

O frío, en principio, provoca unha fase de vasoconstrición como mecanismo de defensa para diminuír a perda de calor o que produce una falta de osixeno.

⇒ *O que se debe facer*

- Retirar a vítima rapidamente da exposición ao frío.
- Quitar con moito coidado todo o que poida comprimir a zona afectada.
- Animar a vítima a que mobilice por si mesma a zona comprometida.
- Se está consciente, darlle de beber líquidos azucrados e quentes, infusións, caldo, auga con azucre...
- Envolver a zona conxelada, despois de secala con gasas estériles secas.
- Elevar o membro para evitar o edema.

⇒ *O que non se debe facer*

- Retirar o calzado se a lesión está nos pés.
- Realizar masaxes, friccionar con neve ou exposición ao lume ou outras fontes de calor.

.....

TÉCNICAS BÁSICAS
DE PRIMEIROS AUXÍLIOS

.....

→ Manobra de Heimlich

Esta manobra empregase nos casos de atragoamento que producen asfixia.

Non debe confundirse nunca con masaxe cardíaco (no cal as mans non se colocan no epigastrio, senón no peito a nivel do esterno).

Pasos para realizar a manobra de Heimlich:

- a. Colocarse detrás da vítima e situar ambos brazos arredor da parte superior do seu abdome.
- b. Inclinar á vítima cara adiante.
- c. Cerrar o puño e colocalo entre o embigo e o final de esterno
- d. Coller esta man coa outra man e empuxar secamente cara dentro e cara riba.
- e. Repetir a manobra ata 5 veces.



Manobra de Heimlich



Manobra de Heimlich coa vítima tombada

Situacións especiais ante a manobra de Heimlich

Autohemlich:

Se vostede se atragoa, atópase só e non resolve a situación tusindo, pode realizar a manobra de Hemlich en vostede mesmo da seguinte maneira:

1. Busque axuda si é posible.
2. Empuñe a man e coloque o polgar por enriba do embigo.
3. Suxeite o puño coa outra man e presione a área cun movemento rápido cara arriba.

Vostede tamén se pode apoiar sobre o borde dunha mesa, cadeira ou varanda e empurrar rapidamente a parte superior do abdome contra o borde, debe repetir este movemento ata que o obxecto que obstrúe as vías respiratorias saia.

Embarazadas ou persoas obesas:

A técnica debe modificarse por compresións torácicas, seguindo a mesma dinámica que as compresións abdominais.

Nenos/as:

Os procedementos para despejar as vías respiratorias non son moi distintos aos que empregamos nos adultos, só que é necesario facer adecuacións e variantes que van relacionados coa talla dos nenos/as. A persoa que realiza a manobra de Hemlich debe estar axeonllado para adecuarse á estatura do neno/a, rodease cos brazos e localízase o apéndice xifoides, dende este punto márcanse dous dedos cara abaixo, unha man en puño e coa outra envolvéndoa, levántanse un pouco os brazos e presiónase cara dentro e cara arriba (da mesma maneira que a técnica para adultos).

ACTITUDE ANTE AS DIVERSAS SITUACIÓNS DE URXENCIA

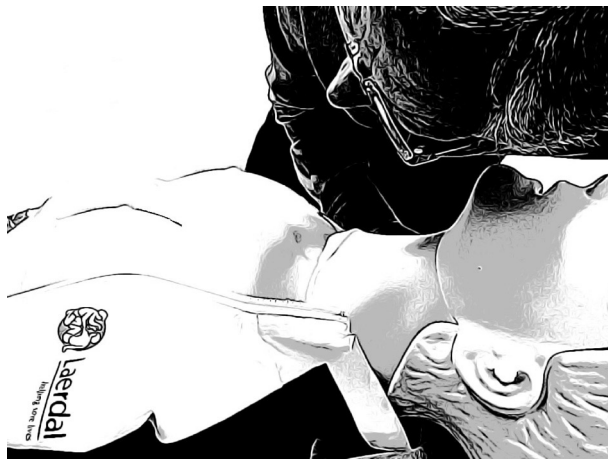
Para levar a cabo a reanimación siga os pasos que a continuación se describen:

1. Comprobar a resposta analizando a consciencia da vítima. Sacuda suavemente os ombros da vítima e pregunte ¿atópase ben?



Comprobar se está consciente

2. Comprobar a respiración (durante non máis de 10 seg.).
 - VEXA se hai movementos do tórax.
 - OIA na boca da vítima se hai ruídos respiratorios.
 - SINTA na súa meixela si respira.



Comprobar se respira

1. VÍTIMA INCONSCIENTE QUE RESPIRA:

Tras comprobar que a persoa está inconsciente pero respira e ten pulso:

➔ Posición lateral de seguridade (P.L.S.)

Tombar á persoa de lado para que en caso de que vomite ou expulse sangue ou secrecións non exista risco de atragoamento.

Esta posición non se levará a cabo se se trata dunha vítima politraumatizada.

Pasos para realizar a Posición Lateral de Seguridad:



1. Axeonllarse xunto a vítima e flexionar en ángulo recto o brazo do accidentado máis próximo ao reanimador/a co cóbado dobrado e a palma da man cara arriba.



2. Colocar a outra man na meixela máis preto ao reanimador/a.

3. Flexionar a perna a vítima que está máis lonxe do reanimador/a.



4. Xiralo suavemente cara o reanimador/a tirando da perna flexionada e empurrando do ombro simultaneamente, de forma que quede tombado lateralmente coa cadeira e xeonllo dobrados en ángulo recto.



5. Estender a cabeza cara atrás e colocar a man da vítima que queda arriba co dorso da mesma baixo a meixela, para manter a extensión da cabeza.
6. Seguir ao seu lado vixiando os seus signos vitais ata que chegue a axuda solicitada.



2. VÍTIMA INCONSCIENTE QUE NON RESPIRA:

➔ Reanimación parada cardíaca

Se a vítima non responde e non respira atopámonos ante unha **Parada Cardiorrespiratoria** que é a detención da respiración e o latido cardíaco dun individuo. Implica a detención da circulación do sangue e polo tanto implica tamén a detención do subministro de oxíxeno ao cerebro. Se un paciente entra neste estado a morte é inminente, polo tanto require de intervención inmediata a través da reanimación cardiopulmonar (RCP).

A RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar) consiste en 2 accións principais: a compresión do tórax (para facer que o sangue circule) e a respiración de rescate (para aportar osíxeno aos pulmóns).

A Reanimación Cardio-Pulmonar pode evitar a lesión dos órganos vitais, coma o cerebro e o corazón.

Siga os seguintes pasos:

Chamar ou pedir a alguén que o faga ao nº 061/112 e consiga un *DESA* o antes posible (si está dispoñible).

A persoa que efectúa a chamada deberá indicar claramente o seu nome, o lugar do incidente e que a vítima está en parada cardíaca.

Falar coas testemuñas a fin de conseguir a maior información posible en relación á situación de emerxencia.

Comezar RCP tan pronto como poida seguindo as indicacións seguintes:

Faga compresións torácicas

- * Colocar á vítima boca arriba, sobre unha superficie dura.
- * Colocar o talón da súa man no centro do peito e o talón da outra man enriba da primeira, cos cóbados rectos e os ombreiros situados directamente sobre o peito da vítima.
- * Deprimir o esterno 5-6 cm. e a continuación libere a presión.
- * Realizar 30 compresións torácicas.
- * A frecuencia das compresións ten que ser como mínimo de 100 por minuto pero non máis de 120 por minuto.



Colocación da primeira man no medio do peito para aplicar as compresións



Colocación da segunda man enriba da primeira entrelazando os dedos

Administre respiracións de rescate

- * Manter a vía aérea aberta (manobra fronte – queixo ou tracción mandibular) e utilizar os dedos polgar e índice da man que inclina a cabeza, para apertar o nariz.
- * Inspirar normalmente e coloque os seus beizos arredor da boca da vítima.
- * Insuflar aire firmemente dentro da vítima durante 1 seg. (comprobe mirando de perfil se o peito do paciente se eleva).
- * Separar a súa boca da da vítima e permita que o peito baixe a medida que sae o aire.
- * Realizar dúas respiracións de rescate.



Manobra fronte-queixo



Manobra de tracción mandibular



Ventilación artificial

- * Se a súa respiración de rescate inicial no fai que o peito se eleve, antes do seguinte intento:
 - Examinar a boca da vítima e extraer calquera corpo extraño visible.
 - Comprobar que está ben realizada a manobra fronte - queixo.
- * Se non pode ou non quere facer as respiracións de rescate, facer só compresións torácicas. Si se realizan só compresións torácicas, deberían ser continuas, a unha frecuencia de polo menos 100 por minuto pero non máis de 120 por minuto, cunha profundidade de a lo menos 5 cm pero non maior de 6 cm.

Continuar combinando 30 compresións torácicas con 2 respiracións de rescate ata que:

- * Algún profesional se faga cargo.
- * O reanimador/a estea fisicamente esgotado.
- * A vítima empece a respirar con normalidade, en nese caso colóqueo en posición lateral de seguridade (PLS).

→ RCP Pediátrica

Características especiais na RCP en nenos/as

Ventilacións

- * No caso de lactantes (0-1 ano). Asegurar unha posición neutra da cabeza. Inspirar e cubrir coa boca do reanimador/a a boca e nariz do lactante, asegurándose de que consegue un bo selado. Insuflar de forma sostida na boca e/ou nariz do lactante durante arredor de 1 segundo. Inspirar de novo e repetir a secuencia 5 veces.
- * No caso de nenos/as maiores de 1 ano. Abrir a vía aérea coa manobra de fronte - queixo. Apertar a parte branda da nariz cos dedos polgar e índice da man que está apoiada na fronte. Inspirar e colocar os labios na boca do neno/a, asegurándose de conseguir un bo selado. Insuflar aire de forma sostida durante 1 segundo, comprobando que o peito da vítima se eleva. Retirar a boca do reanimador/a e comprobar que o peito do neno/a descende cando sae o aire. Inspirar de novo e repetir a secuencia 5 veces.

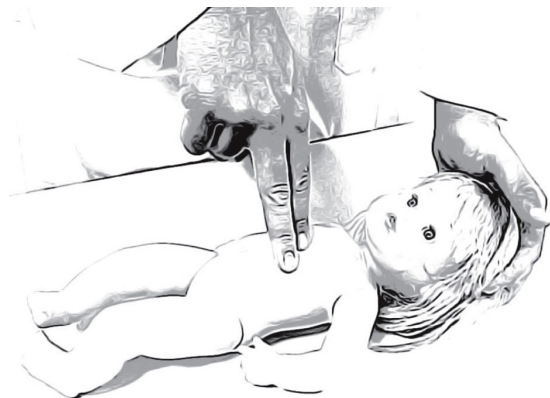
Se hai dificultade para conseguir unha ventilación efectiva, é posible que a vía aérea estea obstruída: abrir a boca da vítima e extraer calquera causa visible da obstrución.

Compresións

No caso dos lactantes (0-1ano):

- * Se hai un so reanimador/a, debe comprimir o esterno coa punta dos dedos.
- * Se hai dous ou máis reanimadores/as, débese usar a técnica “do abrazo” con dúas mans.

Colocar ámbolos dous dedos polgares xuntos sobre a metade inferior do esterno coas puntas dirixidas cara a cabeza do neno/ a. Co resto das mans e os dedos abrazar a parte inferior da caixa torácica do lactante, coas costas da vítima apoiada sobre os dedos.



Nos nenos/as maiores dun ano:

- * Colocar o talón dunha man sobre o esterno, aproximadamente un través do dedo por encima da apófise xifoide. Elevar os dedos. Colocarse na vertical do peito da vítima, e co brazo estendido, comprimir esterno.
- * Nos nenos/as máis maiores poden utilizarse as dúas mans.

- ➔ **No caso de que teñamos un DESA dispoñible**
(e contemos coa certificación adecuada para o seu uso):



- * Un DESA é un aparato que pode administrar unha descarga eléctrica ao corazón para restablecer a función.
- * Poñer en funcionamento o DESA e retirar a roupa do peito da vítima.



- * Extraer os parches do envoltorio e colocalos segundo indican os propios parches. (un baixo a axila esquerda e outro baixo a clavícula dereita xunto ao esterno).



- * Apartarse da vítima mentres o DESA esta analizando ou des-cargando.





Continuar coas compresións e ventilacións

- * Seguir as indicacións de voz do DESA. El indicará se hai que administrar unha descarga e se hai que volver a empezar a RCP.
- * Se nalgún momento a vítima comeza a espertar e respira normalmente, **PARAR A RCP**, pero manter os parches pegados e coloque a vítima na **POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDADE**.
- * Se non conta coa formación certificada pero sabe manexar o DESA, comunique o feito ao 061.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIAIS ANTE A UTILIZACIÓN DUN *DESA*

■ **Nenos/as**

Os parches de adulto pódense usar en nenos de máis de 8 anos. Para nenos/as entre 1 e 8 anos usaranse parches pediátricos ou atenuantes de enerxía. Non está recomendado o seu uso para menores de 1 ano.

Ter en conta:

- A maioría das PCR en nenos/as son de orixe respiratorio.
- O ritmo soe ser asistolia ou disociación electromagnética.
- Só 7-15% das PCR en nenos/as son por FV, pero se estas se tratan precozmente teñen un bo pronóstico.

■ Auga

A auga conduce ben a electricidade. Por seguridade:

- Retirar a vítima de charcos.
- Resgardarse da chuvia.
- Secar o peito da vítima de auga ou suor.

■ Tórax con abundante pelo

- Rasurar a zona de colocación dos eléctrodos antes de pegalos.

■ Obesos ou con mamas grandes

Débase de intentar estirar a pel na zona de contacto co parche para que non queden burbullas de aire que diminúan a condución da enerxía.

■ Delgadeza extrema

Neste caso tamén apertar coidadosamente o parche contra a pel para un mellor contacto.

■ Medicación transdérmica

- Retirar parches de medicación.
- Limpar a zona.
- Se os eléctrodos se colocan sobre o parche existe risco de queimaduras ou mala condución da electricidade ao interior do tórax.

■ Marcapasos definitivo implantado e desfibriladores automáticos internos

- Localizar o marcapasos/Desfibrilador Interno (DAI).
- Pódese palpar un vulto e unha cicatriz debaixo dunha clavícula, normalmente a esquerda (xerador do marcapasos ou DAI).
- Poñer lonxe os eléctrodos desa localización, uns 2,5 cm.
- No resto dos pasos non hai cambios.
- Se o DAI está liberando descargas, deixalo actuar durante aproximadamente 1 minuto.

➔ Transporte do accidentado

É importante ter en conta que unha persoa que como consecuencia dun accidente presenta un conxunto de lesións en distintas partes do corpo (politraumatizado), débesele mover o menos posible e que hai que poñelo nun lugar seguro se aínda está exposto ao perigo.

Pódese improvisar unha padiola:

- Dous travesos unidos por dous traveseiros, unha lona e unhas correas.
- Táboa ancha e unhas correas.
- Escaleira de man e unhas correas.
- Paus e manta.

CONSIDERACIÓNS A TER EN CONTA NO TRANSPORTE DE ACCIDENTADOS

- Levar a padiola ao lugar en que se atopa a vítima, e non ao revés.

- Colocar ao ferido/a na padiola con sumo coidado, respectando sempre o bloque cabeza-pescozo-tronco-pernas.
- Suxeitalle con correas ou cintas para evitar que caia, pois calquera movemento brusco pode despedirle da padiola.
- Levantar a padiola con coidado e entre dúas persoas.
- Cando a vítima estea consciente deitaráselle boca arriba.
- Se a vítima ten feridas no tórax; colocalo semisentado.
- Se a vítima está inconsciente poñeráselle en posición lateral de seguridade.
- Se sospeita de que poida sufrir unha fractura de columna, estea consciente ou non, colocalo de lado.

Forma de colocación

■ TECNICA DA PONTE

- 1) Os/as socorristas colócanse agachados coas pernas abertas sobre a vítima.
 - Un/unha socorrista suxeita a cabeza.
 - Un/unha socorrista suxeita a parte alta das costas.
 - Un/unha socorrista suxeita á vítima polas cadeiras.
 - Un/unha socorrista suxeita a parte baixa das costas e coxas.
- 2) O/a socorrista que suxeita a cabeza da vítima, dá a orde de levantar a esta, e mantéñena levantada.
- 3) Outra persoa coloca unha padiola debaixo da vítima.
- 4) Os/as socorristas, cando o ordena o/a socorrista que suxeita a cabeza da vítima, depositan a este sobre a padiola.



■ TÉCNICA DA CULLER

1. Os/as socorristas se axeonllan a un costado da vítima:
 - Un/unha socorrista suxeita a cabeza e a parte alta das costas.
 - Un/unha socorrista suxeita a parte baixa das costas e coxas.
 - Un/unha socorrista suxeita as pernas por baixo dos xeonllos.
2. O/a socorrista que suxeita a cabeza da vítima, dá a orde de levantar a esta e colócana sobre os seus xeonllos.
3. Outra persoa coloca unha padiola debaixo da vítima.
4. Os/as socorristas, cando o ordena o/a socorrista á cabeza da vítima, depositan a esta sobre a padiola.





Transporte entre dúas persoas se non existe risco de lesión de columna vertebral:

- **Asento sobre mans:** Pódese improvisar un asento para trasladar a unha accidentado, unindo as mans de dous socorristas.

Dependendo das lesións que presente a vítima, da súa capacidade de colaboración e da forza dos socorristas, optaremos por un asento de catro mans, dun asento de tres mans ou un asento de dúas mans, con un ou dous brazos libres como respaldo ou/e para soste unha extremidade inferior lesionada.

- **Transporte en cadeira:** Pode usarse unha cadeira en caso de emerxencia.

TELÉFONOS E SERVIZOS DE URXENCIAS

TELÉFONOS DE EMERXENCIAS

Urxencias Médicas: 061

Emerxencias: 112

Bombeiros: 080 emerxencias

Policía Nacional: 091

Policía Municipal: 092

Centro Toxicolóxico Nacional: 915 620 420

CAMPUS DE SANTIAGO

Servizo Médico da Universidade

Para todo o persoal da USC, en horario de 8 a 3, de luns a venres

Teléfono: 881 814 520 (extensión 14520)

CAMPUS DE LUGO

Servizo Médico da Universidade

Para todo o persoal da USC, en horario de 8 a 3, de luns a venres

Teléfono: 881 822 446 (extensión 22446)

Este *Manual de primeiros auxilios*
foi elaborado polo Servizo de Vixilancia da Saúde
da Universidade de Santiago de Compostela
Maio 2017