

M A N U A L

de

Primeiros Auxilios

do 061 de GALICIA



XUNTA DE GALICIA

Edita: Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Deseño e maquetación: Mabel Aguayo.

Ilustracións: José Tomás Díaz Teijo.

Imprime: Rías Baixas Punto Gráfico, S.L.

DL: VG-262-2002

ISBN: 84-453-3385-2

Reservados tódolos dereitos. Nin a totalidade nin parte de este libro pode reproducirse ou transmitirse por ningún procedemento electrónico ou mecánico, incluíndo fotocopia, gravación magnética ou calquera almacenamento de información e sistema de recuperación, sen o permiso escrito da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

COORDINACIÓN

JOSÉ ANTONIO IGLESIAS VÁZQUEZ

Coordinador docente da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

ARANTZA BRIEGAS ARENAS

Responsable de Publicacións da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

GRUPO DE TRABAJO

Susana García Jardón. DUE. Base Vigo. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Elena Pazó Guerrero. DUE. Base Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Estefanía Fernández Otero. Médica. Xefa de servizo. Base Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

José Antonio Iglesias Vázquez. Médico. Coordinador docente. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

M^a Dolores Martín Rodríguez. Directora asistencial. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Gabriela Ripplinger Morenza. Médica. Base Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

David Sánchez Campos. Médico. Base Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Luisa Gorjón Salvador. Médica. Base Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Natalia Rodríguez Arias. DUE. Base Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Raúl Mateos Pérez. DUE. Base Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

María Teresa Vila Alonso. Médica. Base Ourense. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Miriam Iglesias Castro. DUE. Base Ourense. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Elva Redondo Martínez. Médica. Base Vigo. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

María Jesús Medina Trigo. Médica. Base Vigo. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Manuel Mosquera Castro. DUE. Base Lugo. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Antonio Iglesias González. DUE. Base Lugo. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Manuel Fomprediña Martínez. Base Lugo. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Rosario Rasines Sisniega. DUE. Base Lugo. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Manuel Castro Mestre. Médico. Base Lugo. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

María Victoria Barreiro Díaz. Médica. Base Ferrol. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

PRESENTACIÓN

O presente Manual de Primeiros Auxilios que ten nas súas mans contén as principais situacións de urxencia e emerxencia sanitaria ante as que se pode atopar, e recolle para cada unha delas tanto o que se debe coma o que non se debe facer. Aínda que se trate dun tema que todos deberíamos coñecer, sempre é recomendable dispor dunha guía sinxela de actuación ante estas situacións habituais na vida cotiá.

O seu destino é a poboación en xeral e particularmente as Forzas de Orde Pública, o Corpo de Bombeiros e o voluntariado da Cruz Vermella e Protección Civil, que día a día traballan estreitamente cos profesionais sanitarios da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061, facendo posible o seu labor. Non debemos esquecer-nos nosos escolares que, debido á súa idade e ansia de aprendizaxe, aproveitan ó máximo estes coñecementos que despois non adoitan esquecer.

O manual pretende acadar un dobre obxectivo: o primeiro achegar máis á poboación, se cabe, ó 061, creado pola Consellería de Sanidade para lles garantir ós cidadáns unha atención de calidade eficiente e humana en situacións de emerxencia sanitaria; o segundo obxectivo é facilitarlle á poboación uns coñecementos básicos en materia de primeiros auxilios, xa que calquera cidadán debidamente adestrado pode, en ocasións, con manobras sinxelas, contribuír a salva-la vida doutras persoas, mentres chegan ó lugar do suceso os equipos de Urxencias Sanitarias 061.

Por último, recomendarlles que SEMPRE ante unha situación de urxencia ou emerxencia alerten a Central de Coordinación de Urxencias Sanitarias 061, indicando qué sucede, cómo está o paciente e ónde se está producindo a emerxencia, para que dende alí se poida facilita-la asistencia máis adecuada e indica-la que se debe facer ata a chegada dos equipos de emerxencia.

Quixera agradecer-lo esforzo da elaboración deste manual sinxelo, facilmente comprensible e manexable, á vez que completo, por parte do persoal da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. Non cabe dúbida de que o interese demostrado neste traballo repercutirá nunha mellor asistencia inicial por parte de tódalas persoas accidentadas.

José María Hernández Cochón.
Conselleiro de Sanidade.

1		Reanimación cardiopulmonar básica.....	9
2		Obstrucción da vía aérea (atragoamento).....	29
3		Traumatismos.....	37
4		Feridas.....	45
5		Hemorraxias.....	51
6		Epistaxe ou hemorraxia nasal.....	57
7		Amputación traumática de membros.....	61
8		Queimaduras.....	67
9		Accidentes de tráfico.....	73
10		Perda de coñecemento.....	79
11		Afogamento (inmersión en auga).....	83
12		Lesións oculares.....	87
13		Avulsión dental.....	93
14		Lesións ambientais.....	97
15		Intoxicacións: inxestión de substancias tóxicas.....	105
16		Picaduras.....	109
17		Mordedelas.....	117
18		Urxencias toco-xinecolóxicas.....	125
19		Dor torácica.....	133
20		Dor abdominal.....	139
21		Crise asmática.....	143
22		Convulsións.....	147
23		Diabete descompensada.....	153
B		Bibliografía.....	161

1

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA



CONCEPTOS XERAIS

1. -PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Diariamente prodúcense situacións que poden poñer en perigo a vida de persoas (ataques cardíacos, atragoamentos, caídas, sobredoses, accidentes, incendios, afogamentos, etc.), que poden provoca-la detención das funcións respiratoria e cardíaca, causando a morte ou unha lesión cerebral moi importante se non se actúa coa debida serenidade e rapidez a través dunha serie de medidas.

A situación de parada cardiorrespiratoria (PCR) defínese como a interrupción do funcionamento do corazón e dos pulmóns, que se produce de forma BRUSCA e INESPERADA; é dicir, un paciente incurable en estado terminal que falece non se considera unha situación de PCR. Se o corazón e os pulmóns deixan de funcionar, o sangue e o osíxeno deixan de chegar ó resto do corpo, danando tódolos órganos. Se esta situación non se resolve pronto, a persoa morrerá ou quedará con lesións cerebrais importantes.

2. -MANOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

O mellor xeito de evitar que se produza unha situación de PCR é a PREVENCIÓN pero, se a pesar diso se produce, débese saber recoñece-la situación para poder inicia-las manobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), que teñen a función de substituír ou reinstaurar, se é posible, a respiración e a circulación espontáneas. As posibilidades de que a persoa sobreviva a esta situación e se recupere sen secuelas diminúen a medida que pasa o tempo, polo que o ideal é que as manobras de RCP se inicien antes de 4 minutos.

- **RCP-Básica:** é o conxunto de manobras que permiten identificar se unha persoa está en situación de PCR e realizar unha substitución das funcións respiratoria e circulatoria, sen ningún equipamento específico, ata que a vítima poida recibir un tratamento máis cualificado. Hai que ter en conta que a maior parte das veces, as primeiras persoas que atenden unha persoa que sufriu unha PCR son os familiares, coñecidos, ou as persoas que presenciaron o accidente. Tendo en conta a importancia do factor tempo, o maior número posible de persoas debería coñecer estas manobras, xa que son doadas e poden realizarse sen ningún tipo de equipamento, só coas nosas mans e a nosa boca.

- **RCP-Avanzada:** é o conxunto de medidas que deben aplicarse para o tratamento definitivo da PCR; é dicir, ata o restablecemento das funcións respiratoria e cardíaca. Para iso, precísanse medios técnicos axeitados (equipamento) e deben ser efectuadas por persoal con formación específica nestas técnicas.

3. -CADEA DE SUPERVIVENCIA

Para que unha RCP sexa efectiva teremos que actuar todos de forma coordinada, como se fose unha cadea. Por iso, denomínase CADEA DE SUPERVIVENCIA á sucesión de circunstancias favorables que, de producírense, fan máis probable que unha persoa sobreviva a unha situación de emerxencia médica.

Os elos da cadea de supervivencia son:

-ACCESO PRECOZ: detección precoz da situación e petición de axuda, chamando ó 061.

-RCP-Básica PRECOZ: a persoa que observe unha PCR debe empezar inmediatamente a RCP básica.

-RCP-Avanzada PRECOZ: será realizada por médicos e enfermeiros, utilizando material especial, para intenta-la recuperación do paciente.



ADULTOS

Aínda que os principios xerais da RCP son similares en adultos e en nenos, existen algunhas diferencias en relación coa idade. Explicaranse, inicialmente, as manobras en adultos –maiores de 14 anos– e posteriormente en nenos, e destacaranse as diferencias que hai que ter en conta segundo a idade.

Unha diferenza importante entre os adultos e os nenos é que na RCP-Avanzada unha das técnicas máis importantes en adultos é a DESFIBRILACIÓN. Isto débese a que a maioría das PCR en adultos se deben a un tipo de arritmia (ritmo anormal do corazón), denominada FIBRILACIÓN VENTRICULAR, que se pode resolver mediante esta técnica, sobre todo se se aplica precozmente (antes de 10 minutos). Por isto, nos adultos é fundamental AVISAR CANTO ANTES O 061, para que acuda persoal axeitado que poida realiza-la desfibrilación, se é necesaria, o antes posible.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Pensar que non se pode facer nada: da nosa actuación, que debe ser precoz e axeitada, pode depende-la vida da persoa.
- Perder tempo: como xa se indicou, cada minuto que pasa é precioso, polo que a valoración inicial e o aviso ó 061 debe se-lo máis rápido posible.
- Apresurarse: é imprescindible lembrar ben a orde dos pasos e non pasar dun paso a outro sen se asegurar de que a manobra anterior estea ben realizada. É dicir, as manobras de RCP deben realizarse de forma rápida, pero sen apresurarse para asegurar que cada unha das manobras sexa efectiva.
- Move-lo paciente: só se moverá se existe perigo para el ou para o reanimador; por exemplo, se está no medio dunha estrada.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

1. -COMPROBAR SE A PERSOA ESTÁ CONSCIENTE:

Para comproba-lo nivel de consciencia sacudirse con enerxía o ombro da vítima mentres se pregunta con voz alta: ¿Atópase ben?

BERRAR e SACUDIR son dúas accións que hai que usar á hora de valorar se unha persoa está consciente. Se se sospeita que se puido golpear a cabeza e o colo, teremos que evitar que a cabeza e o colo se movan ó estimulalo.

Se responde, considérase que está consciente, polo que é evidente que conserva a súa ventilación e a súa circulación sanguínea, aínda que poden estar ameazadas.



A confirmación de que a vítima está consciente non exclúe a presenza de situacións que poidan poñer en perigo a súa vida. A observación da vítima permitiranos detectar posibles feridas ou deformidades que representen fracturas ou luxacións e que deberán ser inmovilizadas, aínda que habitualmente non constitúen situacións de emerxencia médica.

Non obstante, hai dúas posibles situacións que poden poñer en perigo a vida dunha persoa aínda que estea consciente: a HEMORRAXIA PROFUSA e a ASFIXIA POR ATRAGOAMENTO, ante as que haberá que empregar as técnicas axeitadas (comprimilas hemorragias ou desobstruí-la vía aérea, segundo o caso).

Polo tanto, se o paciente está consciente, hai que:

- Deixalo na posición na que se atopou, salvo que estea en perigo.
- Observar e buscar posibles lesións (fracturas, luxacións, hemorragias...).
- Inicia-las actuacións específicas, se é necesario; é dicir, se corre perigo a vida da persoa.
- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente** (enviar a alguén ou, se está unha soa persoa, deixa-lo paciente para solicitar axuda).



Se non responde, considérase inconsciente e deberase pensar que pode existir algún problema (respiratorio, circulatorio ou doutro tipo) que estea a altera-lo seu funcionamento cerebral normal.

Se a persoa está inconsciente, deberemos pedir axuda o máis axiña posible, berrando para chama-la atención das persoas que estean cerca. Se só está unha persoa, deberá segui-la valoración sen abandonar inicialmente o paciente.

2. -ABRI-LA VÍA AÉREA:

Cando unha persoa está inconsciente, a relaxación muscular que provoca a perda de consciencia fai que a lingua caia cara atrás, de xeito que pode obstruí-la entrada á vía aérea.

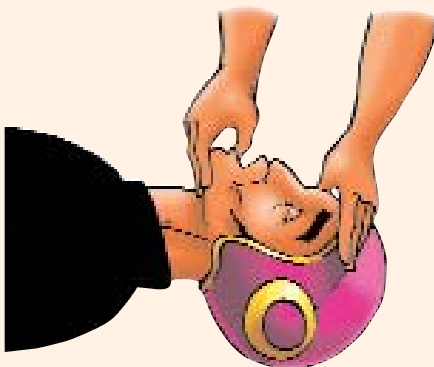
Por iso, o primeiro que hai que facer é realiza-la **apertura da vía aérea**:

- Afrouxa-la roupa no colo.
- Extraer calquera corpo estraño que haxa na boca (comida, dentaduras postizas, goma de mascar...).
- Realiza-la manobra fronte-queixo ou a manobra de elevación mandibular, no caso de que sexa un traumatizado.



A manobra de elección é a manobra **fronte-queixo**:

- Unha man sitúase sobre a fronte, desprazándoa cara atrás para hiperestende-lo colo.
- Os dedos 2º e 3º da outra man apoiaranse no bordo óseo inferior do queixo, tirando deste cara arriba.



Cando se sospeite unha lesión de columna cervical (ante calquera traumatismo cranial sospeitarase lesión cervical) realizarase a **manobra de elevación mandibular**:

- Unha man colócase igualmente na fronte, pero para fixa-la cabeza en posición neutra e estable.
- Coa outra man farase tracción cara arriba da mandíbula.

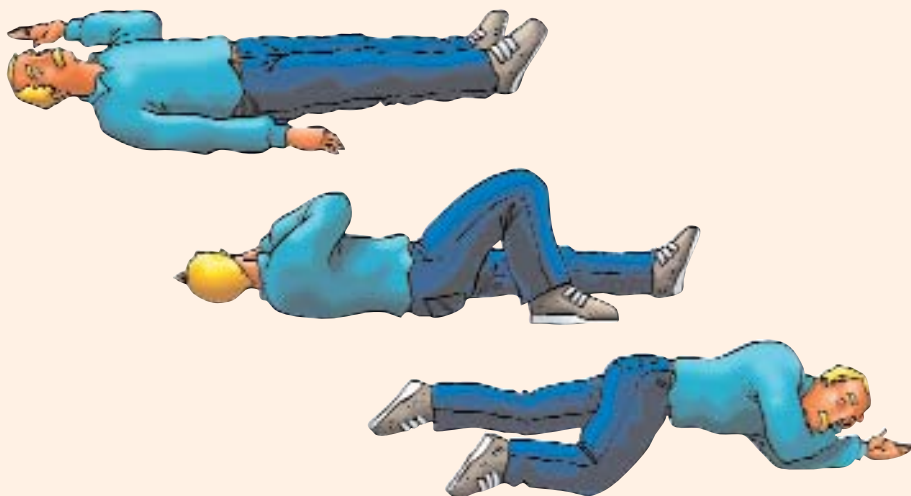
3. -COMPROBAR SE RESPIRA ESPONTANEAMENTE:

Achegarase a cara do reanimador á boca da vítima, observando se coa vía aérea suficientemente aberta se producen movementos ventilatorios no peito, ó tempo que se escoita e se nota na meixela a posible saída de aire. VER, OÍR e SENTIR é a forma de comproba-la existencia de respiración espontánea. Antes de decidir que non se produce respiración espontánea eficaz, deberase comproba-la súa ausencia durante 10 segundos.

Se o paciente está a respirar, colocáremolo en **Posición Lateral de Seguridade (PLS)** para protexe-la permeabilidade da vía aérea da vítima, o que evita a obstrución da vía aérea pola lingua, así como a aspiración de vómitos, se estes se producen.

Para iso, seguirémo-los seguintes pasos:

- Aliña-lo paciente en decúbito supino (boca arriba).
- Situándose a un lado da vítima, coloca-lo brazo máis próximo en ángulo recto, coa palma da man cara arriba.
- Coloca-la outra man sobre o ombro máis próximo ó reanimador, coa palma da man cara abaixo.
- Flexiona-la perna máis afastada.
- Cunha man na cadeira e outra no ombro, xira-la vítima cara ó reanimador.
- Estende-la cabeza da vítima e situa-la meixela sobre a man.
- Mante-la perna que queda por arriba flexionada, de tal forma que a cadeira e o xeonllo formen un ángulo recto.

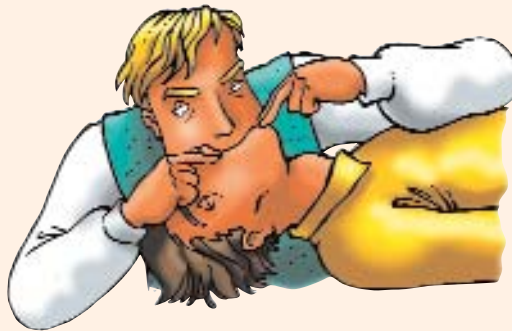


No caso de sospeita de lesión cervical, como é o caso dun accidentado, está contraindicada a PLS, e non se debe realizar mobilización ningunha, salvo no caso de que a permanencia no lugar do accidente sexa en si máis ameazante para a súa vida e, neste caso, haberá que mobiliza-lo accidentado mantendo a aliñación e a integridade da columna vertebral.

En caso de que non respire, pasaremos ó seguinte paso.

4. -VENTILAR:

Ante unha situación de inconsciencia, sen respiración espontánea, deberase **inicia-la ventilación artificial**, mediante a técnica do boca a boca:



- Colocarse a un lado da cabeza da vítima.
- Cunha man hai que abri-la súa boca e coa outra man pinza-lo seu nariz.
- Facer unha inspiración profunda e adapta-los labios do reanimador sobre a boca da vítima.
- Sopra-lo aire dentro da súa boca, tratando de evitar fugas e comproba-la efectividade das insuflacións (o peito do paciente elévase ó insuflarlle o aire).
- Tras cada insuflación, retira-la boca do reanimador da boca da vítima, deixando que saia o aire por si só (expiración pasiva).
- Deste xeito, realizar 2 insuflacións efectivas. Se vemos que non entra o aire, volverase realiza-la apertura da vía aérea e efectuaranse dúas novas insuflacións. Se segue sen entrar aire, debemos pensar que pode existir un obxecto que estea a obstruí-la vía aérea (ver "Atragoamento").

Unha vez realizadas dúas insuflacións efectivas, pasaremos ó seguinte paso.

5. -COMPROBA-LA EXISTENCIA DE CIRCULACIÓN:

Para comproba-la existencia de circulación sanguínea axeitada, observarase a vítima buscando signos de circulación eficaz como movementos, deglucións, respiracións normais e tose, sen prolongar máis alá de 10 segundos a busca destes signos para concluir que non hai circulación efectiva. OBSERVAR é a palabra clave para comproba-la existencia ou non de circulación sanguínea espontánea.

En caso de que exista circulación eficaz, pero persista a ausencia de respiración espontánea, continuaremos coa ventilación artificial:

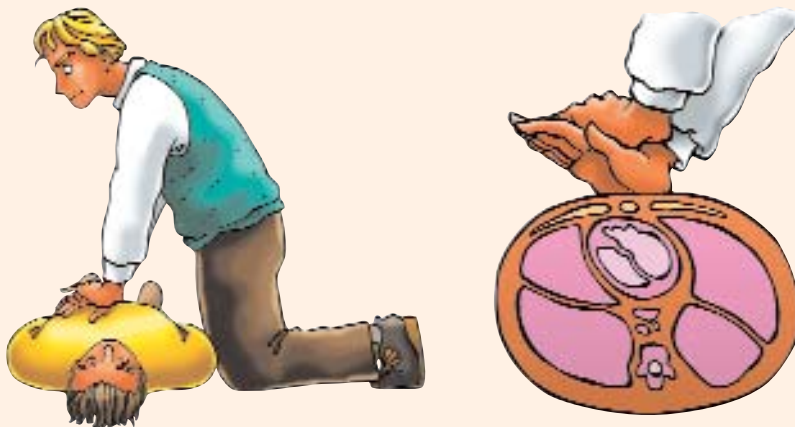
- Realizar unhas 10 insuflacións de aire durante 1 minuto, duns 2 segundos cada unha, que poderían ser estímulo abondo para logra-la recuperación da respiración espontánea.
- Cada minuto debe valorarse a persistencia de signos de circulación eficaz, así como a posible recuperación de circulación espontánea.
- En caso de que o paciente siga con ausencia de respiración espontánea pero con signos de circulación eficaz, prosegui-lo boca a boca de forma continua a un ritmo de 10-12 insuflacións por minuto.
- Se o paciente recupera a respiración espontánea, colocáremolo en PLS e continuaremos vixiando ata que chegue a axuda médica.

En caso de que non exista circulación eficaz, pasaremos ó seguinte paso.

6. -INICIAR MASAXE CARDÍACA:

É a situación de parada cardiorrespiratoria (PCR):

- Inicia-la aplicación de ventilación artificial alternando con masaxe cardíaca (compresións torácicas externas). As manobras de RCP realízanse coa vítima en decúbito supino (boca arriba) sobre unha superficie dura, co corpo aliñado, e o reanimador situado nun lateral.



Para elixi-lo punto da masaxe seguiremos cos dedos o rebordo inferior das costelas, ata chegar á liña media, onde nos atoparemos coa punta do esterno (apéndice xifoides). Colocaremos dous dedos por enriba e, a continuación, o talón dunha man, cos dedos estirados (para evitar lesións costais) e a outra man enriba da primeira, cos dedos entrelazados (para que non se desprace). Deste xeito, faremo-la compresión sobre o tercio inferior do esterno, na súa liña media.

Os brazos estarán estendidos, en posición perpendicular (ángulo recto) sobre o esterno, realizando a compresión sobre o tórax (co peso do corpo do reanimador e non coa forza dos seus brazos) e buscando deprimilo uns 4-5 cm (ó redor de 1/3 do diámetro anteroposterior). Posteriormente, liberámo-la compresión para que o tórax se expanda de novo, pero sen perde-la posición das mans.

As compresións realizaranse a un ritmo de 100 por minuto. A secuencia da alternancia entre ventilacións e compresións será de 2:15, independentemente de que haxa un ou dous reanimadores.

É preferible a presenza de 2 reanimadores, para que a aplicación da RCP resulte menos esgotadora, pero hai que ter en conta as seguintes diferencias:

- Mentres un reanimador vai alertar, o outro continúa coas manobras de RCP, alternando ventilacións/compresións ata a chegada da axuda médica, e só se deterá se a vítima realiza algún movemento ou comeza a respirar espontaneamente. Se non acontece isto, a reanimación non debe deterse.
- Tras incorporarse o segundo reanimador, mentres o primeiro realiza 2 ventilacións, o que acaba de chegar determinará a correcta posición sobre o esterno, para iniciar as compresións tras ser realizadas as dúas insuflacións. É preferible que os reanimadores traballen en laterais opostos da vítima.
- O ritmo de ventilacións/compresións é igual de 2:15. É conveniente que o encargado das compresións conte en alto o número ("1-2-3-4-5-...-15").
- Cada ventilación realizarase mantendo a cabeza da vítima en hiperextensión, e terá unha duración de 2 segundos. Mentres se realiza a ventilación cesarán as compresións, pero sen retirar as mans da súa posición sobre o esterno. Mentres se realizan as compresións, o encargado das ventilacións encargarse de que a vía aérea permaneza aberta, para mellorar a saída de aire insuflado e para previr distensión gástrica e vómitos.
- Cando o reanimador que realiza as compresións se fatigue, solicitará o cambio co seu compañeiro, que se realizará, da forma máis rápida e suave posible, ó termo do ciclo de 15 compresións cardíacas, pasando a realizar as dúas insuflacións mentres o seu compañeiro busca a posición da masaxe, para realizar seguidamente as 15 compresións.
- Continua-la reanimación ata que chegue axuda cualificada, a vítima mostre signos de recuperación ou os reanimadores estean exhaustos.
- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, tras realiza-las técnicas anteriores, durante polo menos, 1 minuto.**



NENOS

Como xa se indicou anteriormente, aínda que as pautas xerais de actuación son similares, existen diferencias entre as manobras de RCP en nenos e en adultos. Isto débese a que o neno non é un adulto en pequeno, senón que ten unhas características diferenciais que fan que a forma do seu corpo e as enfermidades que sofre sexan distintas.

Unha diferenza fundamental consiste en que as causas da PCR son distintas, xa que no neno as causas máis frecuentes son as enfermidades respiratorias e os accidentes, e non as causas cardíacas coma nos adultos.

Na parada respiratoria, primeiro déixase de respirar, pero o funcionamento do corazón mantense durante un tempo, aínda que se non se actúa rapidamente, tamén deixará de latexar. As posibilidades de recuperación se só existe unha parada respiratoria son moito maiores.

Por todo isto, no neno perde importancia a realización da desfibrilación e é prioritario ser capaz de ventilar canto antes, pedindo axuda se é posible, pero sen abandonar nunca o pequeno.

Outro aspecto importante nos nenos é que o fundamental é a PREVENCIÓN, xa que a maior parte das PCR se producen por causas evitables (accidentes de tráfico, accidentes domésticos, atragoamentos...).

Para realiza-la RCP, clasificarémo-los nenos segundo a súa idade:

- Lactantes: nenos menores de 1 ano.
- Nenos: - dende 1 ano ata 8 anos.
- maiores de 8 anos.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Pensar que non se pode facer nada:** da nosa actuación, que debe ser precoz e axeitada, pode depende-la vida do neno.
- **Perder tempo:** como xa se indicou, cada minuto que pasa é precioso, polo que a valoración inicial e o comezo das manobras de RCP debe se-lo máis rápido posible.
- **Apresurarse:** é imprescindible lembrar ben a orde dos pasos e non pasar dun paso a outro sen asegurarse de que a manobra anterior estea ben realizada. É dicir, as manobras de RCP débense aplicar de forma rápida, pero sen apresurarse, para asegurar que cada unha das manobras sexa efectiva.
- **Abandona-lo neno:** non se debe abandona-lo neno detendo as manobras de RCP, nin sequera para pedir axuda. No caso dun lactante, poderemos inicia-las manobras de RCP, trasladándonos para pedir axuda.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

1. -COMPROBAR SE O NENO ESTÁ CONSCIENTE:

Para comproba-lo nivel de consciencia sacudirase con enerxía o ombro do neno, mentres se pregunta con voz alta: ¿Atópaste ben? O lactante estimularase máis coidadosamente có neno maior (pequenas palmadas, beliscos, etc.).

Se se sospeita que se puido golpear na cabeza ou no colo, teremos que evitar que a cabeza e o colo se movan ó estimulalo.

Se o neno responde movéndose ou falando, considérase que está consciente, polo que é evidente que conserva a súa ventilación e a súa circulación sanguínea, aínda que poden estar ameazadas.

Hai 2 posibles situacións que poden poñer en perigo a vida dun neno, aínda que estea consciente: a HEMORRAXIA PROFUSA e a ASFIXIA POR ATRAGOAMENTO, ante as que haberá que emprega-las técnicas axeitadas (comprimi-las hemorragias ou desobstruí-la vía aérea, segundo o caso).

Polo tanto, se o neno está consciente, hai que:

- Deixalo na posición na que se atopou.
- Observar e buscar posibles lesións (fracturas, luxacións, hemorragias...).
- Inicia-las actuacións específicas, se é necesario; é dicir, se periga a vida do neno.
- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urgente.**



Se non responde, considérase inconsciente.

2. -PEDIR AXUDA:

Se o neno está inconsciente, deberemos pedir axuda o máis axiña posible, berrando para chama-la atención das persoas que estean cerca. Se só está próxima unha persoa, deberá segui-la valoración e inicia-las manobras de RCP canto antes, SEN ABANDONA-LO NENO xa que, como vimos, moitas veces o único que se precisa son manobras respiratorias que evitarán, se se actúa con rapidez, unha eventual parada cardíaca.

3. -ABRI-LA VÍA AÉREA:

Cando un neno está inconsciente, a relaxación muscular que provoca a perda de conciencia fai que a lingua caia cara atrás, de xeito que pode obstruí-la entrada á vía aérea. Por iso, o primeiro que hai que facer é realiza-la **apertura da vía aérea**:

A manobra de elección é a **manobra fronte-queixo**:

- Unha man sitúase sobre a fronte, desprazándoa cara atrás. Nos lactantes o desprazamento da fronte cara atrás debe ser pequeno, porque se nos pasamos podemos obstruí-la vía aérea.

- Os dedos 2º e 3º da outra man apoiaranse debaixo do queixo, tirando deste cara arriba. Debe pechase a boca do neno ou comprimi-las partes brandas do colo, sobre todo en lactantes, xa que isto podería obstruí-la vía aérea.



Cando se sospeite unha lesión de columna cervical (ante calquera accidente sospeitarase lesión cervical), realizarase a **manobra de elevación mandibular**:

- Unha man colócase igualmente na fronte, pero para fixa-la cabeza en posición neutra e estable.

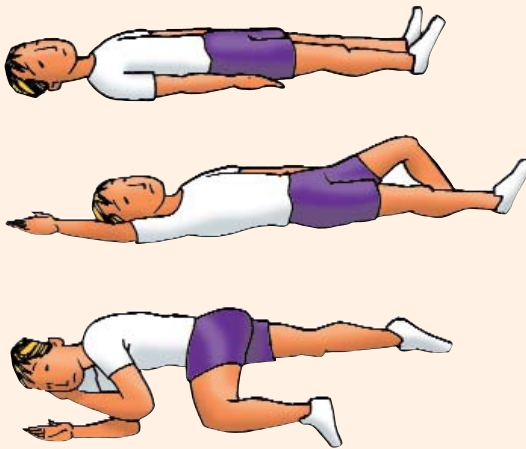
- Coa outra man farase tracción cara arriba da mandíbula.

4. - COMPROBAR SE RESPIRA ESPONTANEAMENTE:

Achegarase a cara do reanimador á boca do neno, observando se coa vía aérea suficientemente aberta se producen movementos ventilatorios do peito, ó tempo que se escoita e se nota na meixela a posible saída de aire. VER, OÍR e SENTIR son a forma de comproba-la existencia de respiración espontánea. Antes de decidir que non se produce respiración espontánea eficaz, deberase comproba-la súa ausencia durante 10 segundos.

Se o neno está a respirar, colocaremos en **Posición Lateral de Seguridade (PLS)** para protexe-la permeabilidade da súa vía aérea, o que evita a obstrucción desta vía pola lingua, así como a aspiración de vómitos, se estes se producen.

Para iso, seguiremo-los seguintes pasos:



- Aliña-lo neno en decúbito supino (boca arriba).
- Situándose a un lado do neno, coloca-lo brazo máis próximo en ángulo recto, coa palma da man cara arriba.
- Coloca-lo outro brazo do neno cruzando o peito ata que a palma da man toque a meixela oposta.
- Suxeitar e dobra-la perna máis afastada do neno por debaixo do xeonllo coa outra man e xirala cara ó reanimador uns 90°.
- Mante-la perna que queda por arriba flexionada, de tal forma que a

cadeira e o xeonllo formen un ángulo recto.

No caso de sospeita dunha lesión cervical, como é o caso dun accidentado, está contraindicada a PLS, e non se debe realizar mobilización ningunha, salvo no caso de que a permanencia no lugar do accidente sexa en si máis ameazante para a súa vida e, neste caso, haberá que mobiliza-lo accidentado mantendo a aliñación e a integridade da columna vertebral.

En caso de que non respire, pasaremos ó seguinte paso.

5. VENTILAR:

Ante unha situación de inconsciencia, sen respiración espontánea, deberase **inicia-la ventilación artificial**.

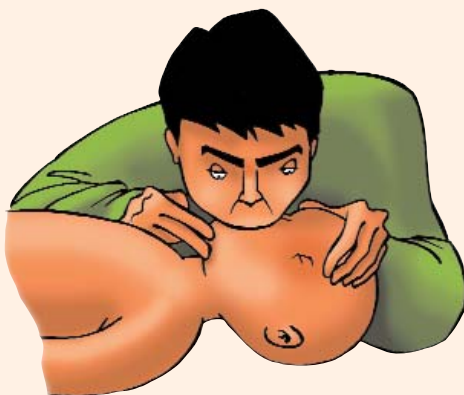
-Nos lactantes, realizarase ventilación boca-boca e nariz (se o reanimador pode

abranguer coa súa boca a boca e o nariz do lactante).

-Nos nenos realizarase ventilación boca-boca.

A técnica é a seguinte:

- Colocarse a un lado da cabeza do neno.
- No lactante axustarémola nosa boca contra a boca e o nariz do neno. No caso do neno (maior de 1 ano), cunha man hai que abri-la súa boca e coa outra man pinza-lo seu nariz.
- Soprarémolo aire, tratando de evitar fugas e comprobando a efectividade das insuflacións (o peito do neno elévase ó insuflarlle o aire). O reanimador observará a mobilización do tórax, intentando subministrarse suficiente volume, pero evitando unha insuflación excesiva, que podería ser prexudicial. As insuflacións deben ser lentas e mantidas e recoméndase soprar suavemente nos nenos.
- Tras cada insuflación, retírala boca do reanimador, deixando que saia o aire por si só (expiración pasiva), e collendo aire de novo para a seguinte insuflación.
- Deste xeito, realizar 5 insuflacións que deben ser polo menos dúas delas efectivas. Se vemos que non entra o aire, comprobárase se na boca hai algún corpo extraño e asegúrase que a manobra de apertura da vía aérea se realizou correctamente e realízanse 5 novos intentos de conseguir dúas insuflacións. Se segue sen entrar aire, debemos pensar que pode existir un obxecto que estea a obstruí-la vía aérea e iníciase as manobras de desobstrución da vía aérea (ver "Atragoamento").



Se conseguimos realizar 2 insuflacións efectivas, pasaremos ó seguinte paso.

6. -COMPROBA-LA EXISTENCIA DE CIRCULACIÓN:

Para comprobala existencia de circulación sanguínea axeitada:

Observaremos se existen signos de circulación eficaz como movementos, degluticións, respiracións, etc., sen prolongar máis de 10 segundos a busca destes signos para concluír que non hai circulación efectiva. OBSERVAR



é a palabra clave para comproba-la existencia ou non de circulación sanguínea espontánea.

En caso de que exista circulación eficaz, pero persista a ausencia de respiración espontánea, continuaremos coa ventilación artificial:

- Realizar unhas 20 insuflacións de aire por minuto, de 1 a 1,5 segundos cada unha, ata que o neno respire por si mesmo con eficacia.
- Cada minuto deberíase valora-la persistencia de circulación eficaz, así como a posible recuperación de respiración espontánea.

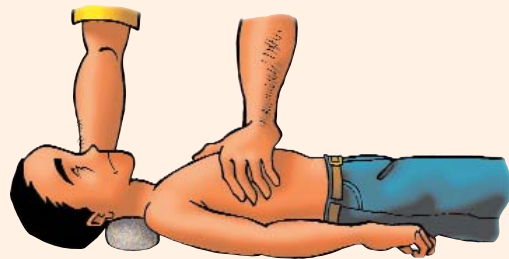
En caso de que non exista circulación eficaz, pasaremos ó seguinte paso.

7. -INICIAR MASAXE CARDÍACA:

É a situación de parada cardiorrespiratoria (PCR):

- Inicia-la aplicación de ventilación artificial, alternando con masaxe cardíaca (compresións torácicas externas). As manobras de RCP realízanse co neno en decúbito supino (boca arriba) sobre unha superficie dura, co corpo aliñado e o reanimador situado nun lateral.

Nos lactantes darémo-la masaxe cardíaca con dous dedos na metade do peito sobre o esterno, a unha altura aproximada dun dedo por debaixo das tetiñas. Unha alternativa, cando hai dous reanimadores, consiste en abranguelo tórax coas dúas mans, colocando os polgares sobre o tercio inferior do esterno, xusto por debaixo da liña



entre as tetiñas.

Nos nenos entre 1 e 8 anos darémo-la masaxe cardíaca co talón dunha man na metade do peito, na parte inferior do esterno.

Nos nenos maiores de 8 anos darémo-la masaxe coas dúas mans entrelazadas, apoiando unha man sobre a outra.

Os brazos estarán estendidos, en posición perpendicular (ángulo recto) sobre o esterno, realizando a compresión sobre o tórax (co peso do corpo do reanimador e non coa forza dos seus brazos) e buscando deprimilo ó redor de 1/3 do diámetro anteroposterior. Posteriormente, liberámo-la compresión para que o tórax se expanda de novo, pero sen perde-la posición das mans.

As compresións realizaranse a un ritmo de 100 por minuto.

En **lactantes e nenos menores de 8 anos**, a secuencia da alternancia entre ventilacións e compresións será de 1:5.

En **nenos maiores de 8 anos**, a secuencia da alternancia entre ventilacións e compresións será de 2:15.

É preferible a presenza de 2 reanimadores, para que a aplicación de RCP resulte menos esgotadora. Un dos reanimadores dedicárase á ventilación e o outro á masaxe cardíaca. É conveniente que o encargado das compresións conte en voz alta o número ("1-2-3-4-5"). Mentres se realiza a ventilación cesarán as compresións, pero sen retirar as mans da súa posición sobre o esterno.



- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente. Se non é posible avisar a ninguén, non debemos para-la reanimación e seguiremos ata lograr que o neno se recupere, chegue alguén que nos axude ou esteamos esgotados.**

8. -ACTIVA-LOS SERVICIOS DE EMERXENCIAS MÉDICAS (061):

En caso de que haxa máis dun reanimador, un deles iniciará inmediatamente a reanimación, mentres o outro pide axuda.

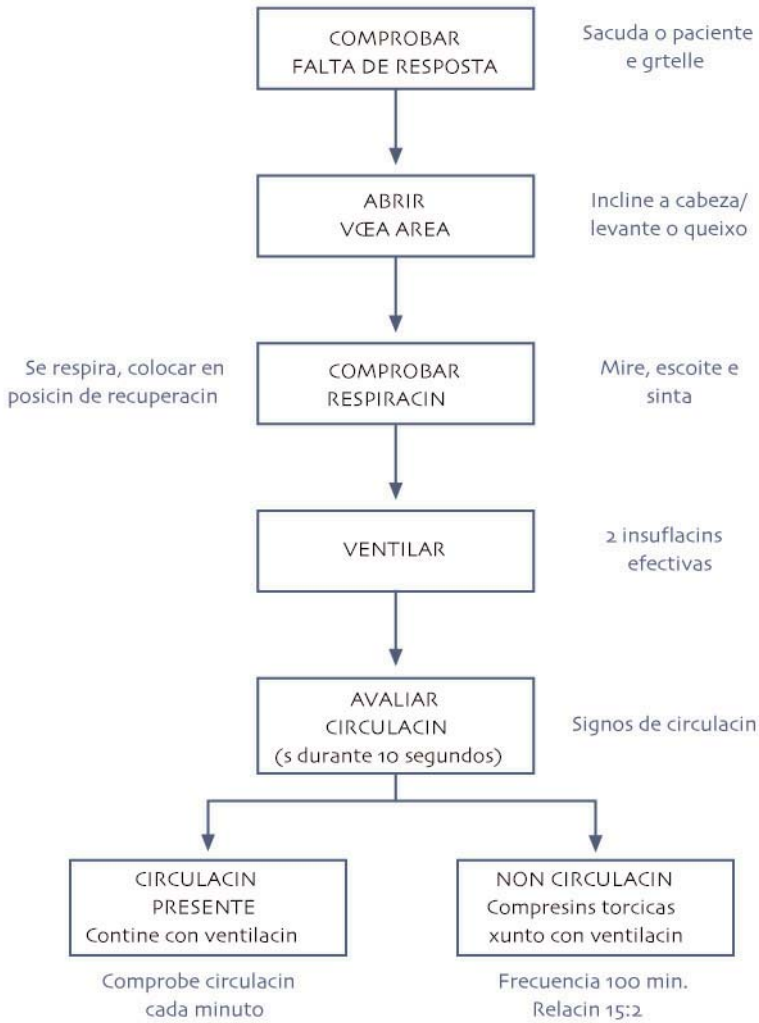
Se só está unha persoa, realizaranse as manobras de RCP durante polo menos un minuto, antes de abandona-lo paciente –só de forma momentánea– para pedir axuda. En caso de que se trate dun lactante ou dun neno moi pequeno, poderíase intentar continua-la RCP mentres transportámo-lo neno para solicita-la axuda. Para iso, apoia-rase o lactante sobre un antebrazo e dárase a masaxe cardíaca coa outra man, efectuando a ventilación boca-boca e nariz.

A razón de que se realice un minuto de RCP antes de avisar, no caso de que nos atopemos sós, é que no neno as causas máis frecuentes de PCR son as respiratorias, polo que as manobras de RCP, se se realizan pronto, poden revertir a situación.

9. -CONTINUA-LAS MANOBRAS DE RCP:

Unha vez que solicitámo-la axuda, deberemos continuar coa RCP, e só se suspenderá se:

ALGORITMO DE SOPORTE VITAL BSICO



Enviar a algun ou pedir axuda tan pronto como sexa posible, de acordo coas recomendacins

2

OBSTRUCCIÓN DA VÍA ÁEREA
(ATRAGOAMENTO)



CONCEPTOS XERAIS

Cando un obxecto (sólido ou líquido) pasa á vía aérea, o organismo reacciona rapidamente e intenta expulsalo coa tose. É o que xeralmente chamamos atragoamento. En ocasións, un obxecto sólido (xeralmente anacos de alimentos, froitos secos, globos, secrecións, etc.) entra na vía aérea e obstrúea, impedindo a entrada e a saída do aire, e producindo asfixia. Se esta situación de obstrucción da vía aérea non se resolve inmediatamente, a persoa acabará sufrindo unha parada cardiorrespiratoria. Por iso, é fundamental que aprendamos a sospeitar se se produciu un atragoamento e qué debemos facer para solucionalo.

Os atragoamentos acontecen máis frecuentemente en nenos, sobre todo nos menores de 5 anos, persoas minusválidas e anciáns, polo que debemos intentar previlos, ofrecendo as comidas axeitadas segundo as súas características, utilizando xoguetes recomendados para a idade do neno, non deixando ó seu alcance obxectos pequenos, etc.

Débese sospeitar que unha persoa pode ter unha obstrucción da vía aérea por un corpo extraño cando, de forma repentina, presente grandes dificultades para respirar, tose ou respiración ruidosa e decoloración morada da cara e dos labios.



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Deixar ó alcance dos nenos obxectos perigosos:** como xa dixemos, a prevención é a mellor medida contra os atragoamentos. A seguir, relaciónanse unha serie de precaucións que convén ter en conta: os xogueteos deben seguir as normas de seguridade; os globos teñen un risco moi importante de aspiración, polo que non deben deixarse ó alcance de menores de 6 anos; débense evitar deixar nas mesas de noite medicamentos e obxectos pequenos, débenselle dar comidas axeitadas á idade do neno, e non se recomentan froitos secos, nin gomas de mascar para os menores de 4 anos.
- **Impedir que a persoa tusa:** a tose é o mecanismo máis efectivo para desobstruí-la vía aérea, polo que se debe animar sempre a que a persoa tusa.
- **Intentar extrae-lo corpo extraño manualmente:** salvo que o obxecto se vexa moi claramente dende fóra, non se debe intentar extraer co dedo, xa que corrémo-lo risco de cravalo máis.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

Existen diferencias entre os nenos e os adultos á hora de actuar ante un atragoamento, polo que se explicarán as normas de actuación por separado, ó igual que fixemos coa RCP.

NENOS

- **Anima-lo neno para que tusa:** se o neno está a tusir, débese estimular para que o siga facendo, xa que a tose é un mecanismo moi efectivo para desobstruí-la vía aérea. En caso de que se trate dun lactante que estea a chorar, tamén debemos permitirlle que o siga facendo.
- **Extracción manual:** se somos capaces de ve-lo corpo extraño e **ESTÁ MOI ACCESIBLE** podemos intentar extraelo realizando a "manobra de gancho", introducindo un dedo polo lateral da boca e despois facendo un movemento de varrido, utilizando o dedo coma se fose un gancho para extrae-lo obxecto. **NUNCA** se debe intentar extraer un corpo extraño ás cegas, xa que poderíamos metelo máis dentro e aumenta-la obstrucción.
- **Manobras de desobstrucción:** se a tose se volve débil, o neno deixa de respirar, ou perde a consciencia, iniciaremos as **manobras de desobstrucción**. Estas serán distintas en función da idade do neno e dependendo de se está consciente ou inconsciente.

1. -EN LACTANTES (NENOS MENORES DE 1 ANO):



- Examina-la boca e eliminar calquera corpo extraño visible.

- Abri-la la vía aérea e comprobar se respira. Se respira, coloca-lo en posición lateral de seguridade e comprobar continuamente que segue respirando.

Se non respira:

- Efectuar 5 insuflacións de rescate con ventilación boca-nariz observando se ascende e descende o tórax. Se se mobiliza o tórax, continuar ventilando.

Se non se mobiliza o tórax:

- **Dar 5 golpes nas costas:** coloca-lo bebé boca abaixo apoiando o seu corpo sobre o noso antebrazo e suxeitando a súa cabeza coa nosa man. A cabeza manterase lixeiramente estendida coa boca aberta, procurando que a cabeza do neno estea situada máis abaixo có resto do corpo. Unha vez nesa posición, daremos 5 golpes secos co talón da outra man na parte superior e central das costas, entre as escápulas.

- **Dar 5 compresións no peito:** cambia-lo bebé ó outro antebrazo, poñéndoo boca arriba, suxeitándolle a cabeza coa man e intentando que estea colocada por debaixo do corpo coa boca aberta. Unha vez nesa posición, dar 5 compresións cos dedos índice e medio no centro do peito, lixeiramente por debaixo da liña que une ámbalas dúas tetillas; é dicir, na mesma zona que se daría a masaxe cardíaca, pero un pouco máis fortes e máis lentas.

- **Examina-la boca:** se se ve claramente o obxecto e está accesible realizáremo-la "manobra de gancho" antes explicada.

- **Abri-la vía aérea e comprobar se o neno respira espontaneamente.** Se o neno respira, colocáremolo en posición lateral de seguridade (ver RCP) e **avisarémo-lo 061**, comprobando continuamente a respiración.



Se o neno non respira, pasaremos ó seguinte paso.

- Se o neno non respira, realizar 5 insuflacións.
- Se no se consegue ventilar por persisti-la obstrucción, repetir toda a secuencia anterior (dar 5 golpes nas costas ➊ dar 5 golpes no peito ➊ mira-la boca ➊ abri-la vía aérea e comprobar se respira ➊ ventilar 5 veces) ata que consigamos desobstruí-la vía aérea e que volva respirar.

2. -EN NENOS MAIORES DE 1 ANO:

- Se o neno está consciente: realiza-la manobra de compresión abdominal (manobra de Heimlich). Para iso, colocáremos de pé por detrás do neno, pasando os brazos por debaixo das axilas e rodeando o seu peito. Coloca-las mans sobre o abdome (xusto debaixo das costelas), efectuando 5 compresións cara arriba e cara atrás co puño colocado tocando co polgar o neno.

- Se o neno perde a consciencia:

- Examina-la boca e se é accesible o obxecto, intentar extraelo.
- Abri-la vía aérea e comprobar se respira espontaneamente.
- Se non respira espontaneamente, faremos 5 insuflacións con ventilación boca a boca.
- Se o peito do neno non se move, sospeitaremos que a vía aérea segue obstruída e volveremos intentar desobstruí-la, realizando de novo a **manobra de compresión abdominal**. Para iso:
 - Colocarémo-lo neno no chan boca arriba e porémonos enriba del a carranchapernas sobre as súas cadeiras.
 - Xirarémo-la cabeza do neno cara a un lado.
 - Colocarémo-lo talón dunha man na parte superior do abdome e apoiando a outra man sobre a primeira, daremos 5 compresións bruscas en dirección á cabeza.
- Examinar novamente a boca e se hai un corpo estraño, extraelo se está accesible.
- Abri-la vía aérea e comprobar que respira espontaneamente.
- Se non respira, dar 5 insuflacións.
- Se non se consegue ventilar por persisti-la obstrucción, repetir toda a secuencia.

- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urgente.



ADULTOS

- **Anima-la persoa para que tusa:** se a vítima está a respirar, animalo a que tusa, pois ningunha manobra coñecida na actualidade é comparable en efectividade á tose.
- **Extracción manual:** se somos capaces de ve-lo corpo extraño e **ESTÁ MOI ACCESIBLE**, podemos intentar extraelo realizando a "manobra de gancho", introducindo un dedo polo lateral da boca e despois facendo un movemento de varrido, utilizando o dedo como se fose un gancho para extrae-lo obxecto. **NUNCA** se debe intentar extraer un corpo extraño ás cegas, xa que poderíamos metelo máis dentro e aumenta-la obstrucción.
- **Manobras de desobstrucción:** se a vítima mostra signos de debilidade ou deixa de tusir ou de respirar, mantelo na posición atopada, quitarlle a dentadura postiza ou calquera outro obxecto que haxa na boca e comeza-las **manobras de desobstrucción**. Estas serán distintas en función de se o paciente está consciente ou inconsciente:



1. -SE A PERSOA ESTÁ CONSCIENTE:

- **Dar 5 palmadas nas costas:** colocámonos de pé ó seu lado e lixeiramente detrás, apoiarémo-la man nas súas costas inclinando a vítima cara adiante (para que ó expulsa-lo corpo extraño saia fóra da vía aérea) e darémoslle unha serie de 5 palmadas nas costas, na zona interescapular.
- **Realizar 5 compresións abdominais (manobra de Heimlich):** realízase colocándose detrás da persoa, cos brazos arredor e por debaixo das axilas, poñendo o puño dunha man na liña media do abdome, entre o embigo e o extremo inferior do esterno e a outra man agarrando o puño, e empúxase bruscamente cara arriba e cara adentro.

Se a obstrucción non se solucionou, revisarase novamente a boca na busca de calquera obxecto que poida ser alcanzado co dedo e séguense alternando 5 palmadas nas costas con 5 compresións abdominais. En **EMBARAZADAS** e en persoas **MOI OBESAS**, realizaranse compresións torácicas (no mesmo punto da masaxe cardíaca) en lugar de

compresións abdominais.



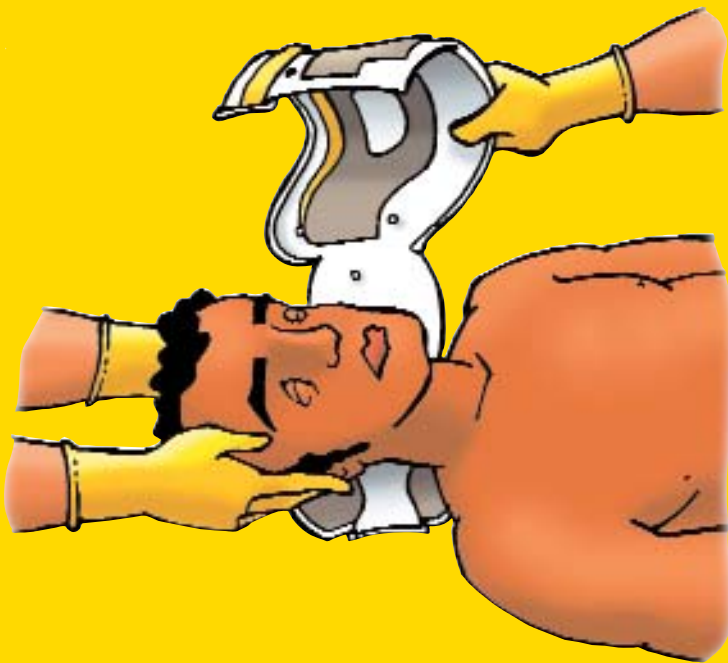
2. -SE A PERSOA ESTÁ INCONSCIENTE:

- Examina-la boca e, se é accesible o obxecto, intentar extraelo.
- Abri-la vía aérea e comprobar se respira espontaneamente.
- Se non respira espontaneamente, realiza-rémo-la ventilación boca a boca.
- Se se poden conseguir 2 ventilacións efectivas en 5 intentos:
 - Comprobar signos de circulación.
 - Comezar compresións torácicas e/ou ventilacións, segundo corresponda.
- Se se poden conseguir 2 respiracións efectivas en 5 intentos:
 - Iniciar inmediatamente compresións torácicas. Non buscar signos de circulación.
 - Tras 15 compresións revisa-la boca para ver se hai algún obxecto.
 - Intentar ventilar de novo.
 - Continuar con ciclos de 15 compresións seguidas de intentos de ventilación.
- Se se poden conseguir ventilacións efectivas en calquera momento:
 - Comprobar signos de circulación.
 - Comezar compresións torácicas e/ou ventilación, segundo corresponda.



3

TRAUMATISMOS



CONCEPTOS XERAIS

Na nosa vida diaria sufrimos a miúdo traumatismos (golpes) que, dependendo da intensidade destes e do lugar do corpo onde se produzan, van constituír dende pequenas lesións sen importancia ata lesións que poidan poñer en perigo a vida. Por iso, é fundamental coñecer as normas de actuación ante estes e cando debemos solicitar axuda médica.

TIPOS

En xeral, en función da lesión que se produce, podemos clasificalos en:

1. **-Contusións:** son golpes que non producen ferida nin rotura da pel e non parecen implicar rotura do óso. Dependendo da zona lesionada e da intensidade do golpe poden ser dende leves ata moi graves.
2. **-Fracturas:** consiste na rotura dun óso, que pode ter os fragmentos desviados ou non.
3. **-Escordaduras e luxacións:** cando o golpe se produce nalgunha articulación pódese producir unha lesión dos ligamentos desta (escordadura) ou o desgarro dos ligamentos, acompañado de separación das superficies articulares desta (luxación).
4. **-Feridas:** en ocasións, prodúcese unha rotura da superficie da pel, polo que se produce a saída de sangue ó exterior, e pode infectarse pola entrada de xermes. Dada a importancia de coñecer-lo tratamento adecuado das feridas, explicarémolo nun tema á parte.
5. **-Amputación de extremidades:** en ocasións, o traumatismo pode ser tan importante que produza a separación dalgún fragmento dunha extremidade. É importante coñecer as normas de actuación, porque en ocasións do que nós fagamos vai depender a posibilidade de reimplantación do membro. Tamén será tratado nun tema á parte.

Para explicalo, imos dividi-los traumatismos segundo a súa localización, xa que as normas que se deben seguir varían en función desta.

1.-TRAUMATISMOS DE

Son os provocados por un golpe na cabeza e a súa gravidade dependerá da intensidade do devandito golpe. É fundamental coñece-los **síntomas que poden implicar gravidade**, que son os seguintes:

- Perda de coñecemento ou somnolencia.
- Confusión ou alteracións do comportamento.
- Náuseas ou vómitos.
- Sangrado por oídos ou cabeza.
- Dor de cabeza persistente.

Ante calquera destes síntomas deberemos segui-las seguintes recomendacións.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Intentar **move-la** cabeza e o colo, xa que con iso poderíamos agrava-las lesións que puidesen existir.
- Darlle de comer ou beber á persoa.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Mante-lo paciente **tombado**.
- Chama-lo **061** sempre que se sospeite gravidade.



2.- TRAUMATISMOS EN COSTAS E

A importancia destes traumatismos reside en que, se o traumatismo é suficientemente intenso, se podería producir unha **lesión medular**. En caso de sospeita desta (dor moi intensa, formigos ou perda de forza) actuar con sumo coidado para evitar producir ou aumenta-la posible lesión.

NON

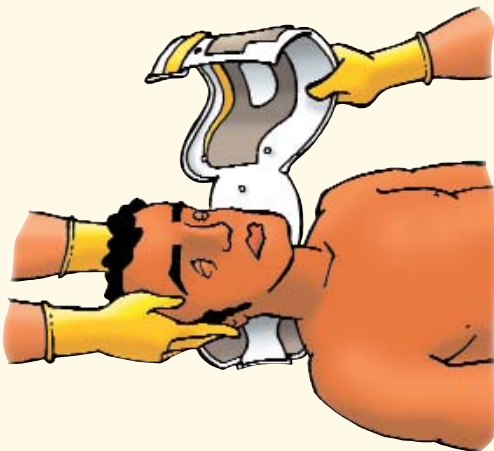
O QUE NON SE DEBE FACER

- **Mobilizar inadecuadamente o paciente:** unha inadecuada mobilización podería producir ou agravar unha lesión medular, polo que se non sabemos cómo facer, o mellor é non trasladar nin move-lo paciente, salvo que sexa estrictamente necesario (que a permanencia no lugar sexa perigosa).
- **Trasladar nun medio non adecuado:** nunca se debe traslada-lo ferido nun coche particular.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Avisa-lo Servicio de Emerxencias 061:** ante a sospeita dunha lesión importante débese avisar inmediatamente o 061, para que envíe a asistencia médica axeitada para traslada-lo paciente.
- **Move-lo paciente en bloque:** se é preciso mobiliza-lo paciente, farase coidadosamente, levantándoo entre varios (3 persoas), en bloque ou en prancha (como unha soa peza) e evitando movementos bruscos.



- **Mante-lo colo inmovilizado:** ante calquera traumatismo por enriba do nivel da clavícula (caída de cabalo, dende unha escaleira, mergullo na auga con golpe contra as rochas ou contra o fondo da piscina, accidentes de tráfico...) hai que sospeitar unha posible lesión de columna cervical, polo que se debe **MANTE-LO COLO INMOBILIZADO**. O ideal é utilizar un colariño ou sacos de area a ámbolos dous lados do colo e da cabeza, pero no seu defecto realizárase coas mans, suxeitando con ámbalas dúas a cabeza da vítima para evitar que se mova.

3.- TRAUMATISMO COS-

Os traumatismos costais poden provocar dende lesións sen importancia (contusións leves) ata lesións importantes con fracturas a nivel das costelas, que en ocasións poden lesiona-lo pulmón. En xeral, todas elas caracterízanse pola aparición de dor, en maior ou menor grao.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Colocar vendaxes arredor do tórax:** as vendaxes poden dificulta-los movementos respiratorios, provocando a aparición doutras complicacións (acumulación de secrecións, infeccións...).
- **Aguanta-la dor:** ante a aparición de dor, que é o máis frecuente, reaccionamos realizando unha respiración máis superficial, para non ter que mover moito o tórax. Isto pode ser prexudicial, producindo a aparición de complicacións, como dixemos antes, polo que se deben tomar analxésicos, para intentar que os movementos respiratorios sexan os normais.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Tomar analxésicos:** como dixemos, é importante calma-la dor.
- **Se a dor é moi intensa, consulta-lo médico:** se a dor non cede con calmantes habituais, débese consulta-lo médico de familia.
- **En caso de dificultade respiratoria, avisa-lo 061:** se tralo traumatismo aparece dificultade respiratoria, débese solicitar asistencia médica urxente.



4.- TRAUMATISMO DE EXTREMIDA-

Dependendo da intensidade do traumatismo, as posibles lesións serán distintas.

4.1. -CONTUSIÓNS:

Aparecen como resultado dun golpe, cando a pel non resulta danada e aparentemente non hai fractura do óso. Maniféstanse con inchazo da zona e hematomas.

NORMAS DE ACTUACIÓN:

- Aplicar frío local. Débese aplicar xeo, envolto nun pano, e aplicar compresión sobre a zona.
- Permanecer en repouso.

4.2. -ESCORDADURAS:

Prodúcese cando o golpe afecta a articulación, producíndose desgarro dos seus ligamentos. Maniféstase por dor e inchazo, e son posibles os movementos.

NORMAS DE ACTUACIÓN:

- Aplicar frío mediante compresas ou bolsas de xeo.
- Eleva-la zona lesionada.
- Repouso absoluto.
- Consulta-lo médico. Débese consultar se a dor é moi intensa ou se aparece inchazo importante.

4.3. -LUXACIÓNS:

Consiste no desgarro dos ligamentos da articulación, acompañado de separación das superficies articulares. Maniféstanse por deformidade, inchazo e imposibilidade de mobilización.

NORMAS DE ACTUACIÓN

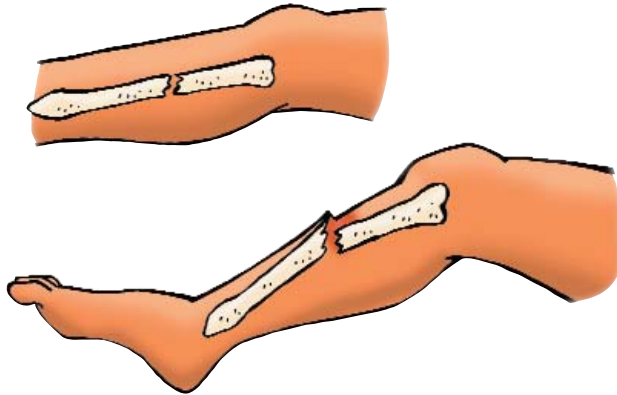
- Non intentar reduci-la luxación, xa que con iso poderíamos agrava-la lesión.
- Inmobiliza-la articulación na posición na que se atope.
- Traslada-lo paciente para que reciba asistencia médica ou [avisa-lo 061](#), se isto non é posible.

4.4. -FRACTURAS:

Consiste na rotura dun óso, que pode te-los fragmentos desviados, ou non. Se a pel permanece intacta, teremos unha **fractura pechada**. Cando hai unha ferida que permite a comunicación entre o óso e o exterior, facilitando a entrada de xermes que provocarían unha infección, teremos unha fractura aberta. A fractura de calquera óso

adoita ir acompañada de dor, que aumenta a presión ou ante calquera intento de mobilización.

Xeralmente maniféstanse con imposibilidade de movementos da parte afectada, deformidade e inchazo, e dor no punto de lesión.



NORMAS DE ACTUACIÓN:

FRACTURA DE BRAZO

- Inmobilízalo: débese inmovilizar contra o propio corpo do paciente ou sobre un pano en estribeira.
- Traslada-lo paciente para proceder a unha valoración médica.

FRACTURA DE PERNA

1. - TIBIA E PERONÉ (entre xeonllo e nocello).

- Inmobiliza-la perna: débese realizar con férulas improvisadas (paos, cartóns, periódicos...) e unhas vendas, que abrangan dende o xeonllo ata o nocello, ámbolos dous incluídos.
- Traslada-lo paciente, se é posible, ou **avisa-lo 061**.

2. - CADEIRA E FÉMUR (entre cadeira e xeonllo).

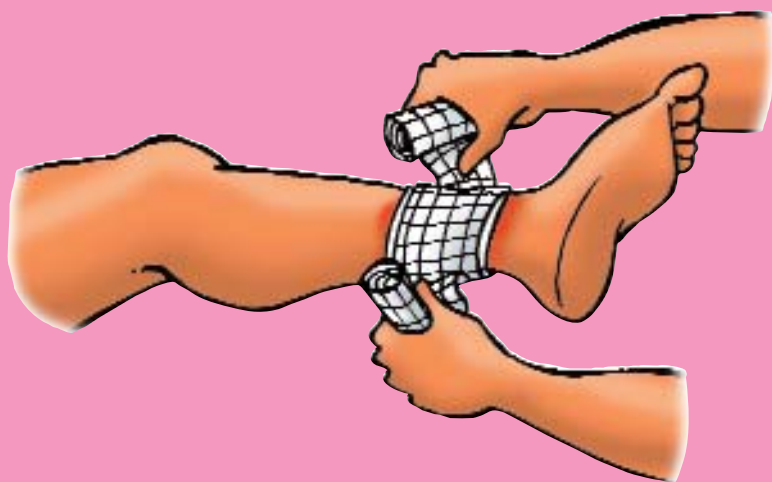
Caídas de pouca importancia aparente, que en persoas maiores poden ser suficientes para provocar unha fractura de cadeira, o que provoca unha dor inmediata ante calquera mobilización e incapacidade para poñerse en pé.

- **Avisa-lo 061**.
- Inmobiliza-la coxa contra a outra perna, utilizando vendas ou unha manta e evitando movementos bruscos.



4

FERIDAS



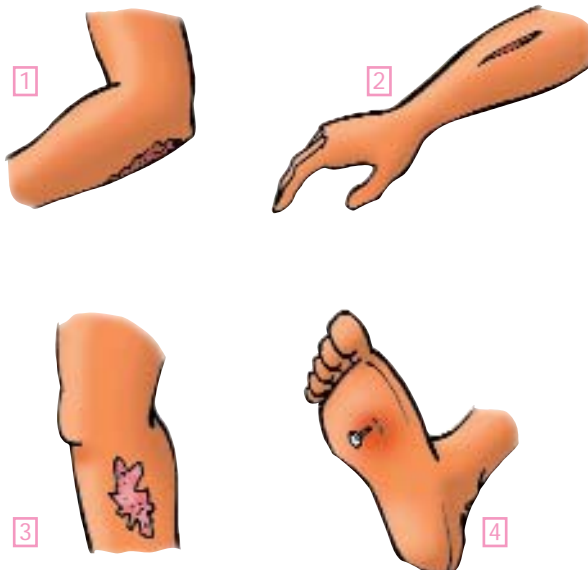
CONCEPTOS XERAIS

Unha ferida consiste na rotura da superficie da pel pola que se produce a saída de sangue ó exterior e queda aberta unha vía de entrada para os xermes, de maneira que se pode producir unha infección.

TIPOS

Segundo o mecanismo de produción, as feridas clasifícanse en:

- 1 • **Abrasiós:** é a ferida menos profunda e consiste, unicamente, no desprendemento superficial da pel.
- 2 • **Ferida cortante:** son cortaduras lineais con bordos limpos, como as que produce un coitelo. En ocasións, poden ser moi profundas e tenden a sangrar moito.
- 3 • **Ferida lacerante ou esgazada:** é a causada por un obxecto romo, pero con fío suficiente como para esgazar os tecidos. A hemorraxia adoita ser menor, aínda que tardan máis en curar e adoitan deixar cicatrices.
- 4 • **Feridas punzantes:** son as causadas por un obxecto punzante que penetra a pel. Poden ser moi graves, por lesión de órganos internos.



ANTE UNHA FERIDA LEVE

Consideramos feridas leves os pequenos cortes e erosións superficiais.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

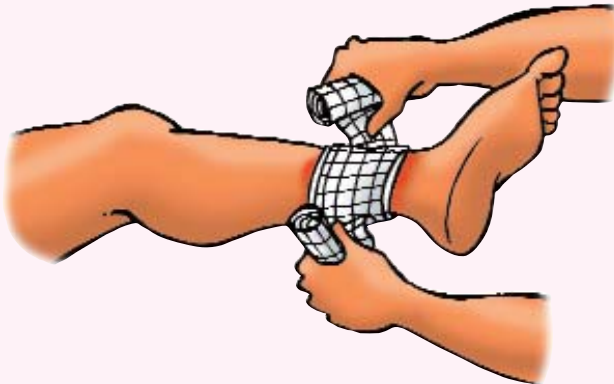
- Manipula-la ferida sen as debidas medidas hixiénicas: tódalas feridas deben ser lavadas convenientemente e manipuladas o menos posible, sempre coas mans limpas.
- Subestima-lo alcance da ferida: aínda que se trate de pequenas feridas, ante a dúbida de posible infección ou da profundidade, debe consulta-lo seu médico.



SI

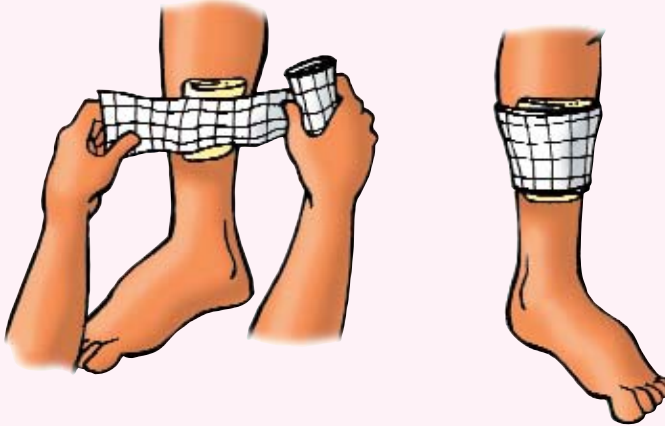
O QUE SI SE DEBE FACER

- Limpar axeitadamente a ferida: débese lavar con auga e xabón abundante.
- Quita-los corpos estraños: isto farase se os ditos corpos son accesibles e se se poden extraer con facilidade.
- Desinfecta-la zona con auga oxigenada ou antiséptico, se se ten á man, sempre dende o centro da ferida cara a fóra, para evitar introducir xermes nesta.



- Comprimi-la zona cun pano limpo (toalla, gasas, pano...), en caso de sangrado.

- **Cubri-la ferida con material estéril ou, polo menos, limpo (gasas, vendas...) e posteriormente, proceder tódolos días á súa limpeza e desinfección. Se a ferida non foi importante, en 2 ou 3 días pódese deixar ó aire.**
- **Verificar vacinación antitetánica:** ante unha ferida sucia (traballos no campo, con terra, fertilizantes, etc., malas condicións hixiénicas...), así como picadas con ferros, cravos oxidados ou estelas, **NUNCA ESQUECER** se se está correctamente vacunado contra o tétano e lembrar cándo se recibiu a última dose. **CONSULTE CO SEU MÉDICO.**



ANTE UNHA FERIDA

Consideramos que unha ferida é grave cando ten algunha das características seguintes:

- É extensa.
- É profunda.
- Contén corpos estraños.
- Está infectada (quente, vermella, inchada).
- É contusa (cos tecidos machucados) ou punzante.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Perder tempo:** ante unha ferida profunda, que sangra moito, deberase acudir a un centro sanitario para a súa valoración. Non se debe envolver e aperta-la ferida cun pano que non estea limpo, e non se ha de deixar pasa-lo tempo á espera de que cure, pois existe risco de infección e cicatrización inadecuada.
- **Intentar extrae-los corpos estraños:** en feridas sucias, con moitos corpos estraños e pouco accesibles, o mellor é non intentar extraelos.

SI

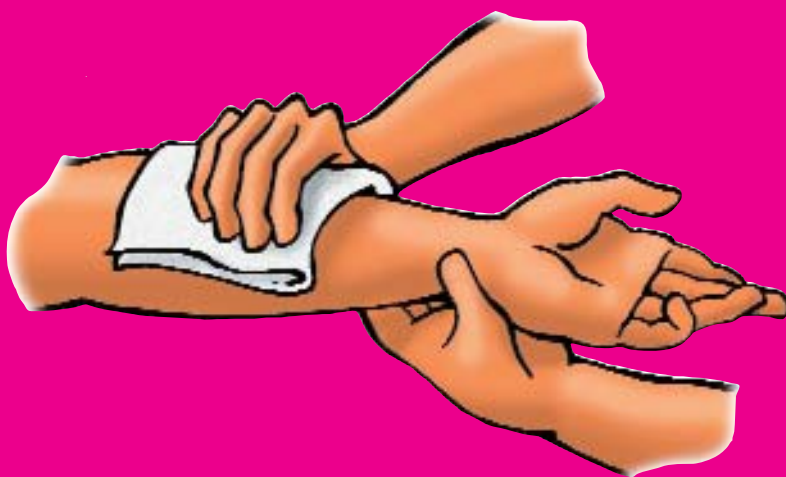
O QUE SI SE DEBE FACER

- **Intentar dete-la hemorraxia:** comprimi-la zona cun pano limpo (toalla, gasas, pano...) en caso de sangrado. Para que unha ferida deixe de sangrar débese comprimir e eleva-lo membro afectado, sempre que sexa posible, e deste xeito o sangrado tenderá a diminuír e facilitarase o seu control.
- **Deita-lo paciente:** en caso de feridas graves é mellor deita-lo paciente para diminuí-lo sangrado e evitar que se maree.
- **Valora-la gravidade:** avalía-la profundidade, hemorraxia ou sangrado da ferida e comprobar se está afectada a mobilidade dalgún dedo ou extremidade, para decidi-lo traslado a un centro sanitario.
- **Verificar vacinación antitetánica:** NUNCA ESQUECER se se está correctamente vacunado contra o tétano e cándo se recibiu a última dose.
- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urgente.**



5

HEMORRAXIAS



CONCEPTOS XERAIS

Unha hemorraxia é a saída de sangue ó exterior pola rotura accidental ou espontánea dalgún vaso sanguíneo.

TIPOS

As hemorraxias pódense clasificar tendo en conta diferentes parámetros:

- Segundo o tempo no que se producen, a hemorraxia pode ser:
 - AGUDA: sangue moi abundante e rápida no tempo.
 - CRÓNICA: perda de sangue que dura máis ou menos 15 días.
- Segundo o vaso afectado, pode haber hemorraxias de tipo:
 - ARTERIAL: sangue de cor vermella brillante que sae ó exterior a presión, coincidindo co latexo do corazón.
 - VENOSA: sangue máis escuro que xermola de forma continua.
 - CAPILAR: caracterízase polo goteo xeneralizado de forma continua e máis lenta cás dúas anteriores.
- Segundo a súa localización, a hemorraxia pode ser:
 - EXTERNA: o sangue sae ó exterior, o que facilita a valoración da gravidade e a contía da hemorraxia.
 - INTERNA: o sangue acumúlase no interior do corpo.

SÍNTOMAS

A sintomatoloxía e a gravidade da hemorraxia van depender de varios factores:

- Idade.
- Constitución do paciente.
- Cantidade e rapidez da perda de sangue.

Considéranse síntomas de gravidade, que requiren actuación inmediata, os seguintes:

- Palidez.
- Suor fría e pegañenta.
- Respiración rápida e superficial.
- Pulso débil e rápido.
- Aumento da frecuencia cardíaca.
- Tensión arterial baixa.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Perde-la calma:** ante unha hemorraxia externa intensa, é fundamental unha actuación rápida e adecuada para evitar unha perda excesiva de sangue.
- **Aplicar torniquetes:** a pesar da difusión do seu uso durante uns anos, actualmente están desaconsellados, xa que poden producir danos irreversibles, excepto nos casos de amputacións.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Aplicar presión directa sobre a ferida:** cubri-la ferida cun apósito estéril ou, no seu defecto, cun pano, unha saba limpa, etc., con presión firme e directa sobre a área sangrante.



- **Deita-lo paciente:** poñelo en posición horizontal e afrouxa-la roupa. Se se marea, elevarlle as pernas.
- **Eleva-la zona danada** para que cese a hemorraxia venosa e capilar, se a ferida está situada nun membro.
- **Se a hemorraxia cedeu:** se tras premer uns 5 minutos cesa a hemorraxia, débense fixa-los apósitos mediante unha vendaxe compresiva, sen apertar demasiado.
- **Se a hemorraxia non cede:** entón débese solicitar axuda médica urgente, **avisando o 061**.

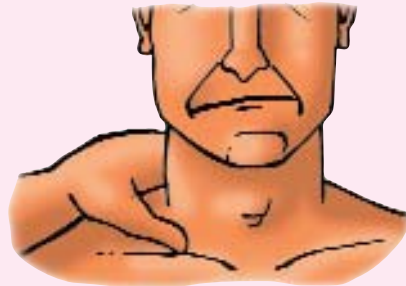


Mientras chega a asistencia, pódese intentar aplicar presión externa sobre uns puntos determinados para colapsa-la arteria principal a distancia, entre o corazón e a ferida, e así conseguir diminuí-la velocidade de sangrado:

-Arteria CARÓTIDE (irriga a cabeza): no colo, xunto á traquea, exercendo presión contra a columna vertebral.



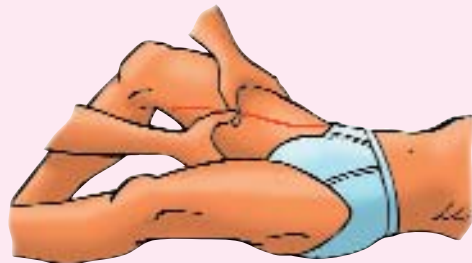
-Arteria SUBCLAVIA (en hemorragias do ombro): por detrás e no centro da extremidade interna da clavícula.



-Arteria UMERAL (en hemorragias do membro superior): no brazo, na parte interna media, contra o úmero.



-Arteria FEMORAL (en hemorragias do membro inferior): na ingua, contra o óso íliaco.



HEMORRAXIAS

As hemorragias internas poden producirse por un golpe contra o tórax, abdome ou costas, feridas de arma branca, fracturas en extremidades, etc. Débese sospeitar ante calquera paciente que sufrira algunha destas lesións e que presente os síntomas de gravidade antes descritos.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Perder tempo: é fundamental que reciba asistencia sanitaria o máis rápido posible.
- Darlle de comer ou de beber: non se lle debe administrar nada ó paciente, aínda que o pida.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Tranquiliza-lo paciente.
- Abrígalo con mantas.
- Valora-lo nivel de consciencia mentres non chega a asistencia e iniciar, se é preciso, a reanimación (ver tema de “Reanimación cardiopulmonar”).
- Solicitar axuda médica urxente chamando ó 061.



6

EPISTAXE OU HEMORRAXIA NASAL



CONCEPTOS XERAIS

Denomínase epistaxe ó sangrado por unha ou polas dúas fosas nasais.

O sangrado nasal é moi frecuente e as causas máis comúns son os traumatismos nasais, as rinites –incluídas as alérxicas– ou a respiración de aire excesivamente seco. Unha gran cantidade de sangrados nasais danse sen razón aparente.

A meirande parte dos sangrados nasais proceden do tabique nasal e xeralmente son moi fáciles de parar. Nalgunhas persoas os sangrados proceden de zonas máis profundas do nariz e, nestes casos, que son menos frecuentes, son máis difíciles de cortar.



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Bota-la cabeza cara atrás: xa que con iso, o único que conseguiríamos sería traga-lo sangue e non contribúe a diminuí-la hemorraxia.
- Soa-lo nariz: débese evitar, para non elimina-los coágulos.

SI

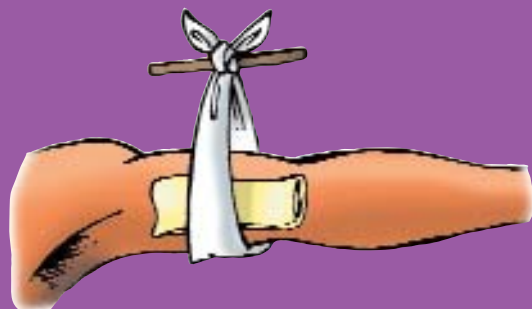
O QUE SI SE DEBE FACER

- Sentar ou quedar de pé, para favorecer un menor fluxo de sangue cara ás veas do nariz.
- Preme-lo nariz cos dedos índice e polgar: débese premer durante 5-10 minutos; con isto parará, normalmente, o fluxo de sangue.
- Tapona-lo nariz: se non cede coa técnica anterior, empapar algodón en auga osixenada e introducilo na fosa nasal sangrante.
- Se o sangrado non para en 10 ou 15 minutos, **chama-lo 061 para solicitar asistencia médica urgente.**



7

AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE MIEMBROS



CONCEPTOS XERAIS

A amputación traumática é a separación dun membro, ou parte deste, a causa dun accidente. Pode ser **completa**, cando a separación é total; ou **incompleta**, cando hai algunha estrutura que mantén a conexión entre os segmentos, pero sen que nesta existan elementos vasculares (arterias e veas).



NON

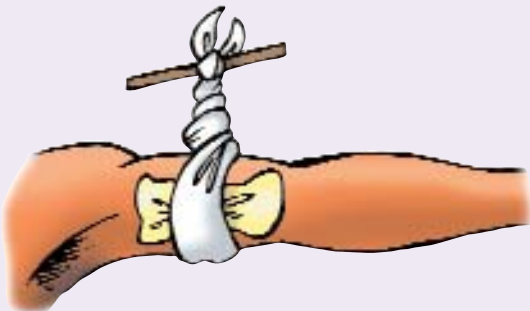
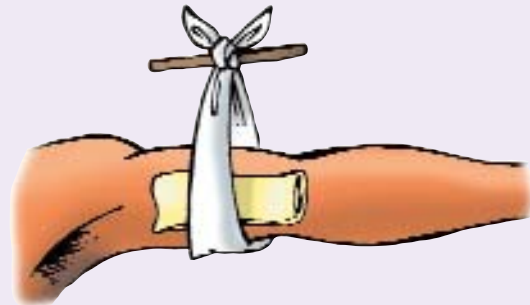
O QUE NON SE DEBE FACER

- **Asusta-lo paciente:** é fundamental manter unha actitude serena, para que o paciente estea tranquilo.
- **Traslado de calquera xeito:** se a lesión é importante, débese solicitar asistencia médica para o traslado.
- **Poñer tratamento na zona ferida:** non se debe aplicar nada sobre a ferida, pois dificultaría a súa posterior reimplantación, se esta é posible.
- **Poñer torniquetes:** salvo que sexa imprescindible para corta-la hemorraxia, en xeral, non adoitan ser necesarios; se a hemorraxia é imposible de deter por compresión (ver tema de "Hemorraxias"), sería o único caso en que se poderían realizar.
- **Perder tempo:** canto antes actuemos e solicitemos asistencia médica, haberá maiores posibilidades de reimplantación do membro.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Tranquiliza-lo ferido.**
- **Dete-la hemorraxia:** colocar unha vendaxe compresiva e eleva-la extremidade lesionada. Se a pesar de todo persiste a hemorraxia e se descoñecen os puntos de compresión arterial (ver tema de "Hemorraxias"), realizarase un **torniquete**. Para realizalo nunca se debe utilizar corda ou arame, xa que se lesionarían os tecidos. Envolver cunha banda ancha (pao, gravata, compresa), dándolle dúas voltas á extremidade (coxa ou brazo) e facer un nó. Colocar un pau, un lapis ou un obxecto similar sobre o nó e ata-los extremos do torniquete sobre este. Xira-la ferida ata aperta-lo torniquete e que deixe de sangrar e aseguralo nesta posición. Anota-la hora en que se colocou.



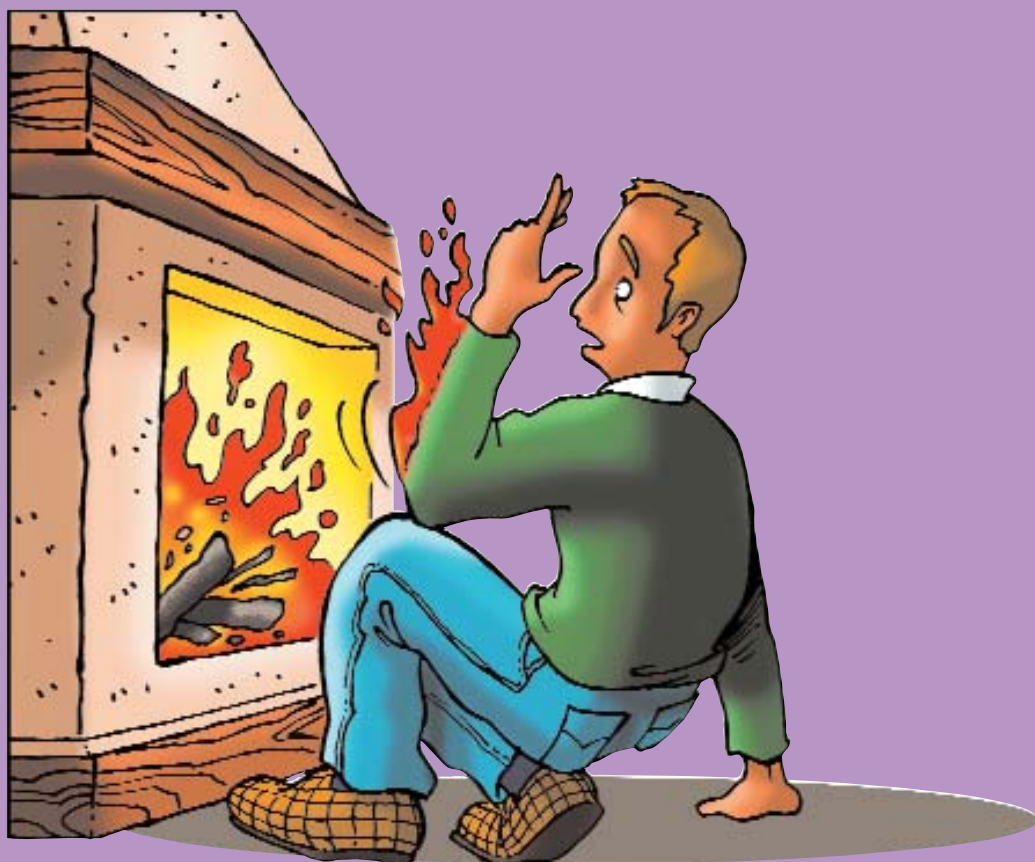
Cada 15-30 minutos afrouxar lentamente o torniquete para que chegue sangue ó membro viable e volver apertar en caso de que persista a hemorraxia.



- **Avisa-lo 061 para solicitar asistencia médica urgente. É FUNDAMENTAL AVISAR CANTO ANTES.**
- **Inmovilizar:** se o segmento amputado non está de todo separado, inmovilice a extremidade lesionada respectando as conexións existentes.
- **Prepara-la zona amputada:** se o segmento amputado está completamente separado, envolverse en gasas estériles (ou nun pano limpo, no seu defecto), introducindo nunha bolsa de plástico que, pola súa vez, se coloca nun recipiente con auga e xeo, sen que se molle ou toque o xeo directamente.

8

QUEIMADURAS



CONCEPTOS XERAIS

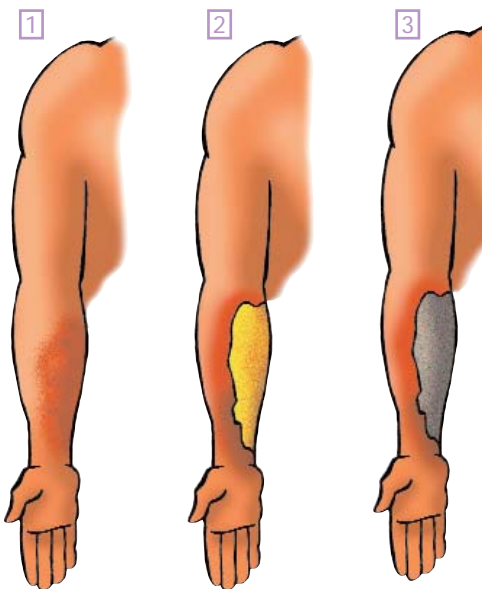
Consiste na lesión dalgunha ou varias partes do corpo, producida pola calor en calquera das súas formas (lume, produtos químicos, electricidade...). A **gravidade** dunha queimadura vén determinada por unha serie de factores:

1. Extensión: canto máis extensa, maior é a gravidade.
2. Profundidade: vai condiciona-la cicatrización.
3. Idade: máis grave en idades extremas (nenos e anciáns).
4. Localización: máis grave en cara, xenitais e mans.
5. Afectación das vías respiratorias.

Para cuantifica-la **extensión** dunha queimadura existen numerosas regras. Nós utilizaremos unha doada de lembrar que consiste en calcula-la superficie queimada en función da palma da man do paciente (**supón o 1% da súa superficie corporal**) por simple superposición. Se a queimadura é moi extensa, pode ser máis exacto calcula-la superficie non queimada.

TIPOS

A clasificación máis estendida é a derivada da profundidade. Segundo a capa da pel afectada establécense tres graos:



1 1º grao: a capa da pel afectada é a epiderme e a súa característica fundamental é o **arroibamento** da pel. A queimadura seca sen ampolas, resulta molesta, aínda que non doe, e cura espontaneamente en 3 ou 4 días.

2 2º grao: afecta a epiderme e parcialmente a derme. A súa lesión fundamental é a **ampola** avermellada, húmida e chea de líquido. É dolorosa.

3 3º grao: afecta a epiderme, derme e hipoderme. A lesión fundamental é a **escara**, que pode ser de cor branca perla ou moura carbonícea. Fórmanse costras secas e indoloras e son as queimaduras de maior gravidade.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Aplicar cremas, pomadas ou outros produtos ou medicamentos.
- Quitarlle a roupa á vítima, sobre todo se está adherida á pel. Só a quitaremos en caso de que estea impregnada de produtos cáusticos ou ferventes.
- Dar bebidas alcohólicas.
- Pica-las ampolas.
- Usar extintores de produtos químicos.
- Poñer vendaxes compresivas.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Valora-lo estado xeral da vítima.
- Apaga-las lapas da roupa, cubrindo o accidentado con mantas que non sexan de fibra, facéndoo rodar no chan e impedindo que corra.
- Arrefria-la queimadura inmediatamente, aplicando auga fría de forma suave sobre a zona afectada durante 10 minutos. En caso de queimadura química aplicar un chorro de auga abundante durante 20 minutos, agás nas queimaduras por ácido clorhídrico e ácido sulfúrico, nas que a limpeza con auga produce máis calor.
- Lava-las mans con auga e xabón, se é posible, e cubri-la zona afectada con apósitos estériles ou, no seu defecto, moi limpos e húmidos.
- Retirar aneis, reloxo, pulseiras...
- Avisa-lo 061 e solicitar asistencia médica urxente.



QUEIMADURAS POR

A electricidade é un elemento de uso común que provoca accidentes domésticos e laborais de gravidade considerable. Fundamentalmente, produce lesións de tres tipos:

1. Marca eléctrica: hai marca de entrada e de saída, e ó longo do traxecto da corrente dentro do organismo prodúcese destrución muscular, así como de vasos e nervios.
2. Lesión por arco voltaico: prodúcese ó contactar con correntes de alta tensión. Aquí debemos considerar as lesións traumáticas asociadas.
3. Lesión térmica: secundaria á ignición das roupas do electrocutado, xa sexa por faísca ou por arco voltaico, e non se diferencian das queimaduras por lapa, antes descritas.



NORMAS DE ACTUACIÓN ANTE UN ELECTROCUTADO

O mellor é a **prevención** dos accidentes, polo que se deben tomar unha serie de medidas:

- Instala-lo diferencial no cadro eléctrico (obrigatorio) e tomas de terra.
- Mante-los cables en bo estado.
- Usar enchufes de seguridade, sobre todo se hai nenos.
- Prestarlle unha atención especial ó manexo dos aparellos eléctricos en lugares húmidos (baño, lavadora...).
- Realiza-la desconexión xeral do cadro se imos traballar na instalación.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Toca-la vítima en contacto coa electricidade sen estar debidamente illado/a.
- Deixarse impresionar polo estado externo do paciente.
- Usar auga para apaga-las queimaduras dun electrocutado, xa que é un conductor de electricidade e podería producirse a electrocución.

SI

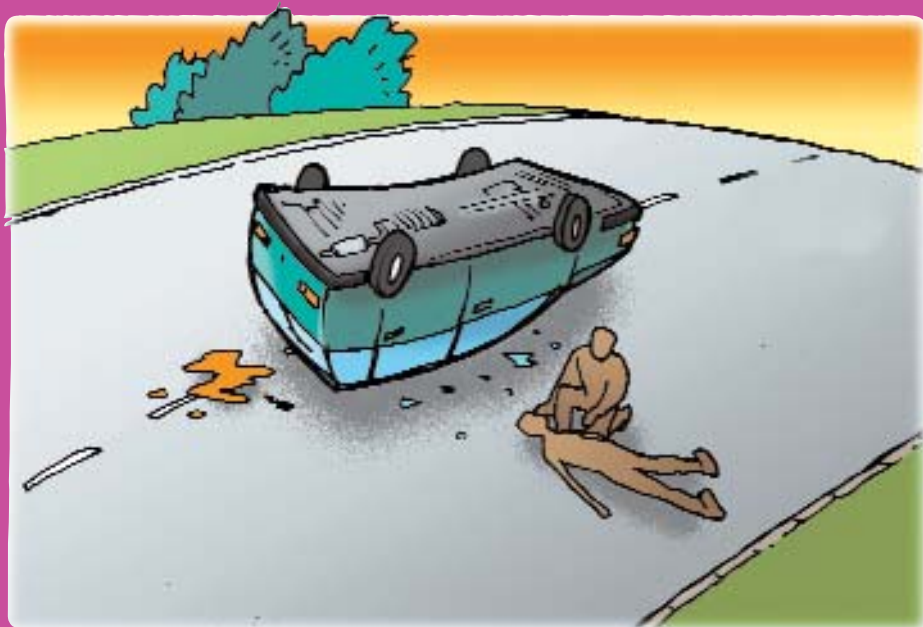
O QUE SI SE DEBE FACER

- Mante-la calma.
- **DESCONECTA-LA** corrente eléctrica **ANTES** de **toca-lo accidentado** e, se non é posible, **RETIRA-LO** accidentado do fluxo eléctrico utilizando obxectos illantes –por exemplo, madeira–, e illándonos nós mesmos do chan –por exemplo, subíndonos a unha cadeira de madeira–. Se isto tampouco é posible, haberá que provocar un cortocircuíto, botando unha cadea ou un cable metálico grosa conectado a terra, para isto debemos estar perfectamente illados do chan e solta-lo cable ou a cadea antes de que fagan contacto co conductor. Esta é unha manobra de alto risco, que debe ser realizada preferiblemente por técnicos, sobre todo se a corrente é de alta tensión.
- **Apaga-las lapas dos vestidos** se as houbese, de forma inmediata, trala desconexión eléctrica.
- **Comproba-las constantes vitais e inicia-la RCP**, se é necesario.
- **Ter en conta as posibles lesións asociadas**, sobre todo de tipo traumatolóxico, que adoitan acompañalos accidentes por alta voltaxe.
- **Avisa-lo 061 solicitando asistencia médica urxente.**



9

ACCIDENTES DE TRÁFICO



CONCEPTOS XERAIS

Os accidentes de tráfico constitúen a terceira causa de morte en tódolos grupos de idade, e nos nenos é a primeira causa de falecemento. Á parte das mortes que orixina, provoca múltiples lesións que poden deixar secuelas moi graves e que supoñen, ademais, uns gastos sanitarios moi importantes.

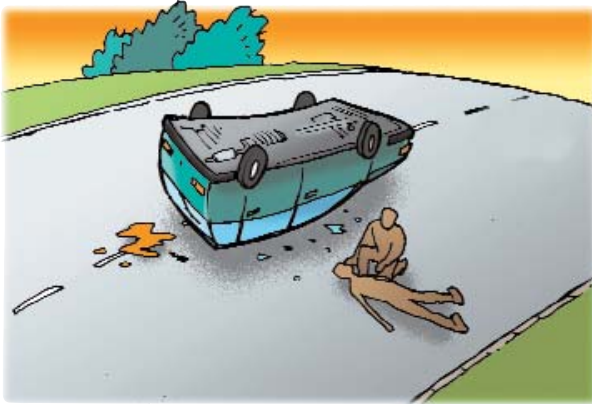
PREVENCIÓN

O máis importante ante os accidentes de tráfico é a PREVENCIÓN. Para iso é fundamental:

- A educación viaria, respectando as normas de tráfico en todo momento.
- Non consumir bebidas alcohólicas nin medicamentos, se se vai conducir posteriormente.
- Utiliza-las medidas de seguridade pasiva axeitadas. Isto é fundamental no caso dos nenos, que deben utilizar sempre os mecanismos de seguridade apropiados, como cadeiras de tamaños e características adaptadas ó peso e ás medidas do neno, ou elevadores para nenos maiores, correctamente fixados ás estruturas do vehículo.



ANTE O ACCIDENTE



Unha vez producido o accidente é fundamental actuar correctamente para intentar NON AUMENTA-LO NÚMERO DE VÍCTIMAS, polo que hai que coñecer as normas de actuación ante un accidente.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Poñe-la propia vida en perigo:** antes de proceder a atender os accidentados, hai que adoptar as medidas de seguridade apropiadas, xa que de nada serviría aumentalo número de vítimas.
- **Move-los pacientes:** salvo que haxa perigo de incendio ou novas colisións, non se debe mover a ningún ferido, xa que podería agrava-las súas lesións.
- **Intervir se non se sabe cómo:** se non se ten experiencia, o mellor é non actuar e sempre AVISAR CANTO ANTES, para que acudan os servizos de emerxencia.
- **Fumar nas proximidades do lugar do accidente.**

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Evitar provocar novos accidentes:**

Aparca-lo coche nun sitio seguro, afastado do accidente, e acende-las luces de emerxencia.

Sinaliza-lo accidente 200 m antes e despois do lugar no que ocorren.

A ser posible, poñer roupa rechamante ou mesmo reflectante, pero nunca escura.

Considera-la existencia de perigos engadidos, como desprendemento de gases, incendios, cables eléctricos, etc.

Apaga-las luces e retira-las chaves do vehículo sinistrado.

- **Evitar que se formen aglomeracións de vehículos e xente.**

- Chama-lo 061 e informar sobre:

Localización do accidente, o máis exacta posible.

Tipo de accidente e vehículos implicados.

Número de vítimas e posibles lesións.

Se hai nenos afectados.

Se hai persoas atrapadas.

Riscos especiais (gases, vertidos na calzada...).

- Seguir, en todo momento, as indicacións da central do 061.



ANTE O ACCIDENTADO

Unha vez valorada a situación do accidente e informado o 061, hai algunhas normas que podemos realizar con respecto ós accidentados.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Deixarse impresionar pola situación sen facer nada por melloralá.
- Tratar de levanta-lo lesionado.
- Darlle de beber.
- Mete-lo ferido no primeiro coche dispoñible, con espazo reducido e postura forzada.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Achegarse e actuar mantendo medidas de seguridade:** débese empezar por un mesmo, se a situación o require (accidentes en sitios perigosos, incendios, rotura de tendido eléctrico...).
- **Comproba-lo nivel de consciencia e orientación** (cómo se chama, de ónde é, se ten dor...).
- **Comprobar que respira:** débese ver se move o tórax (peito) e se entra e sae aire pola boca/nariz. En caso negativo, iniciar manobras de reanimación (ver capítulo correspondente).
- **En caso de hemorraxia:** débese comprimir fortemente sobre a zona (ver tema "Feridas").

- Mobiliza-lo menos posible o accidentado ata que chegue o persoal sanitario: salvo que corra algún perigo, non se debe mobiliza-lo ferido.
- En caso de fracturas de extremidades, non intentar reducilas: como moito, pódese intentar inmovilizas con material improvisado (táboas, varas, o propio corpo...).
- Mante-lo accidentado en posición cómoda e abrigado.
- Tranquilizalo.
- En caso de varios socorristas, deixar que actúe o máis capacitado (só debe mandar un).
- Chama-lo 061 e informar de tódolos cambios que se produzan.



10

PERDA DE COÑECIMENTO



CONCEPTOS XERAIS

Consiste na ausencia de funcionamento consciente dos cinco sentidos e do ton muscular.

Dentro da diminución do nivel de consciencia podemos distinguir:

- **MAREO:** malestar xeral caracterizado por suores frías, náuseas, vertixes e pulso débil. Existe unha sensación de desmaio, sen chegar a producirse perda de consciencia.
- **SÍNCOPE:** podería definirse como a auténtica perda de coñecemento, é de duración breve e recupérase totalmente de forma espontánea.

As causas de diminución do nivel de consciencia son moi variadas e entre elas poderíamos citar: as cardíacas (por problemas nas arterias coronarias, alteracións do ritmo do corazón), síncope ante reaccións ó estrés, ante a caída brusca da tensión arterial, etc.



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Incorpora-lo enfermo.
- Darlle bebida ou comida (agás ante a sospeita de hipoglicemia nun enfermo diabético).
- Darlle bebidas alcohólicas.
- Colocarlle unha almofada baixo a cabeza.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Verifica-la inconsciencia:** para comprobar que existe inconsciencia sacudirse con enerxía o ombro do posible afectado, mentres se insiste en preguntarlle en voz alta: ¿Atópase ben? BERRAR E SACUDIR son palabras que se deben lembrar para identificar unha persoa inconsciente.
- **Se a persoa está inconsciente, débese comprobar se respira:** se o paciente está inconsciente, débese intentar pedir axuda chamando a atención do ámbito e débese **mirar, oír e senti-la** presenza ou non de respiración, achegando o noso oído á boca do afectado e observando se hai movementos no seu peito.
- **Se a persoa está inconsciente e respira:** débese colocar en posición lateral de seguridade (ver tema de "Reanimación").
- **Se a persoa non respira:** débese comproba-lo pulso carotídeo ou buscar signos de circulación eficaz (degluticións, movementos...), **avisa-lo 061** e iniciar manobras de reanimación.
- **Se a persoa comeza a recobra-la consciencia:** ante unha persoa que sufriu un mareo ou síncope:

Débese colocar deitado de costas, coas pernas elevadas, de maneira que a súa cabeza permaneza máis baixa có resto do seu corpo.

Evita-las aglomeracións.

Se nalgún momento se presentan náuseas ou vómitos, débesele xira-la cabeza cara a un lado e mantela na devandita posición.

- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente.**



11

AFOGAMENTO: (INMERSIÓN NA AUGA)



CONCEPTOS XERAIS

Trátase da morte por asfixia que se produce por inmersión nun medio líquido, ó non poder entrar aire nos pulmóns.

En canto ó lugar, os ríos, lagos e o mar son os lugares máis frecuentes, aínda que calquera sitio con acumulación de auga é un lugar potencial. A bañeira toma especial significación no caso de nenos e epilépticos.

TIPOS

1. **-Afogamento típico, inundación pulmonar por auga:** prodúcese tras somerxerse o corpo na auga debido á penetración de líquido nos pulmóns, o que imposibilita a entrada de aire nestes.

2. **-Afogamento seco, asfixia por laringoespasma:** prodúcese por inmersión na auga fría, o que produce unha contracción brusca das vías respiratorias, co que se impide o paso de auga e tamén de aire.

FACTORES PREDISPOÑENTES

Os factores de predisposición relacionados co afogamento son os seguintes:

- A xuventude.
- A incapacidade para nadar (máis da metade das vítimas non saben nadar e son xente que adoita estar sa).
- O consumo de drogas e medicamentos.
- O barotraumatismo (na práctica do submarinismo).
- Os traumatismos de cabeza e colo.
- A perda de consciencia asociada con epilepsia, diabete, síncope ou arritmias.

Unha característica importante das paradas cardiorrespiratorias por afogamento é que ó producírense, e debido ás baixas temperaturas da auga, o corpo entra nunha situación de arrefriamento xeral –hipotermia– que diminúe o consumo cerebral de osíxeno, polo cal tolera mellor a ausencia deste e a reanimación debe ser máis prolongada.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Intentar rescata-la persoa se non se está capacitado/a para iso:** é primordial rescata-la vítima, pero só se se está capacitado/a para iso, xa que de nada serviría aumenta-lo número de vítimas.
- **Mobiliza-lo colo:** toda persoa que sofre un afogamento pode ter unha potencial lesión medular, polo que o colo debe mobilizarse o menos posible para evitar agravar unha posible lesión.
- **Tratar de elimina-la auga inxerida:** as manobras de Heimlich ou de drenaxe postural sen evidencias de obstrucción da vía aérea non están recomendadas, pois non melloran os resultados da resucitación e, sen embargo, poden producir vómitos e aspiración.
- **Pensar que non hai nada que facer:** como dixemos, o feito de que se produza hipotermia no afogado é un mecanismo de protección para o seu cerebro, polo que as manobras de RCP deben ser máis prolongadas, xa que se conseguiu reanimar con éxito vítimas de afogamento (sen ningunha secuela), mesmo tras varias horas.



SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Rescata-la vítima canto antes:** é primordial rescata-la vítima, e isto farémolo nós se estamos capacitados/as ou solicitaremos axuda o antes posible.
- **Ter especial coidado co colo:** como xa dixemos, prestaráselle especial atención ó colo da vítima para previ-lo agravamento dunha hipotética **lesión medular**.
- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, no caso de presentar signos de PCR e iniciar manobras de RCP básica.**



12

LESIONS OCULARES



CONCEPTOS XERAIS

Considérase que hai un corpo extraño nun ollo cando se atopa algún tipo de material –area, partículas de madeira ou metal, insectos, pestanas, etc.– sobre o globo ocular ou debaixo da pálpebra.



NON

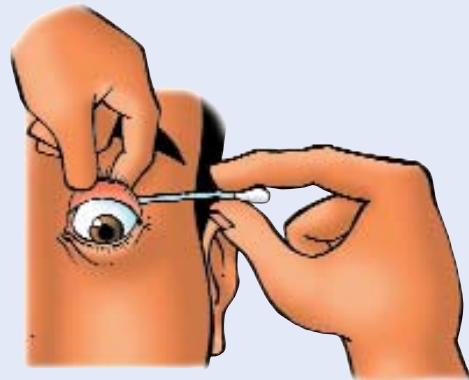
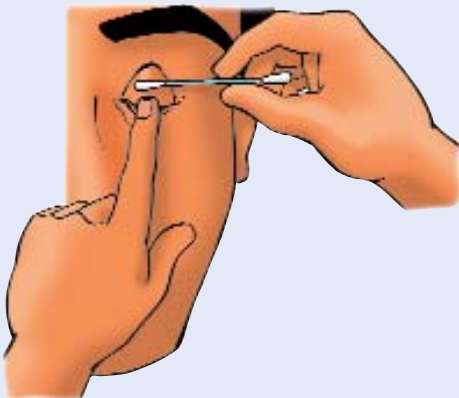
O QUE NON SE DEBE FACER

- Utilizar calquera tipo de colirio sobre o ollo.
- Frega-lo ollo.
- Manipula-lo ollo para intentar saca-lo corpo extraño.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Limpar coidadosamente o ollo cun chorro de auga, mantendo as pálpebras abertas durante o lavado.
- Se non se produciu a expulsión do corpo extraño, tapalo con gasas humedecidas.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urgente.



QUEIMADURAS QUÍMI-

Unha das lesións máis habituais nos ollos son as queimaduras químicas, que se poden producir por múltiples causas: salpicaduras de lixivia, produtos de limpeza...

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Usar axentes neutralizantes xunto coa auga do lavado.
- Frega-los ollos.

SI

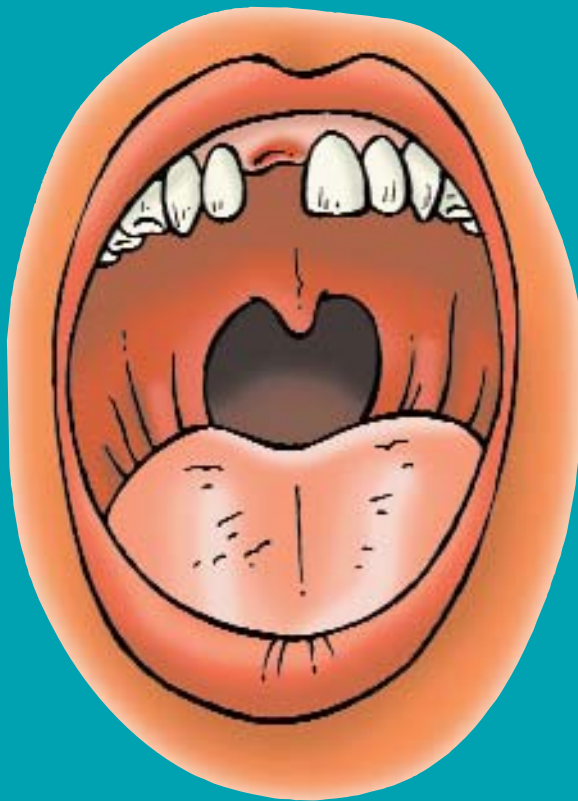
O QUE SI SE DEBE FACER

- Realizar un lavado dos ollos baixo un chorro de auga durante uns 15 ou 20 minutos.
- Tapa-lo ollo cunhas gasas humedecidas.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente.



13

AVULSIÓN DENTAL



CONCEPTOS XERAIS

Perda traumática dun dente.



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Toca-lo oco do dente, raspalo ou cepillalo.
- Toca-la raíz do dente.
- Raspa-lo dente, fregalo, enxaboalo ou somerxelo nalgunha solución anti-séptica.
- Intentar reimplantalo se no oco quedan restos do dente.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Recolle-lo dente, evitando collelo pola raíz.
- Intentar reimplantalo, de forma suave e constante, se o dente e o seu oco están limpos.
- Mante-lo dente húmido en todo momento, se o dente e o seu oco non están limpos, para iso colocalo nun recipiente con leite ou auga.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, en caso de hemorraxia ou dor intensos.



14

LESIÓNS AMBIENTAIS



CONCEPTOS XERAIS

O noso organismo en condicións normais é capaz de mante-la súa propia temperatura, adaptándose ós cambios ambientais. Cando é incapaz de mantela aparecen unha serie de alteracións que van dar lugar a diversas enfermidades, das cales, as máis importantes, relacionadas co aumento excesivo de temperatura, van se-las seguintes:

1. -CAMBRAS POR CALOR

Son contraccións dolorosas dos músculos, que se producen máis frecuentemente nos das pernas. Adoitan producirse despois de realizar un exercicio intenso con gran sudoración.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Realizar exercicio sen facer quentamento previo.
- Limita-la inxestión de líquidos: antes e despois de realizar exercicio, débese incrementa-la achega de líquidos lixeiramente azucrados.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Repouso do paciente nun lugar fresco.
- Realizar unha lixeira masaxe sobre a zona con cambras.
- Darlle líquidos lixeiramente azucrados.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, en caso de sintomatoloxía moi intensa.



2. -INSOLACIÓN

Aparece coa exposición prolongada ó sol, e son máis sensibles os nenos e os anciáns. Os síntomas consisten en debilidade, dor de cabeza, vertixe, náuseas, vómitos, axitación e confusión. Os afectados adoitan estar pálidos e sudorosos.

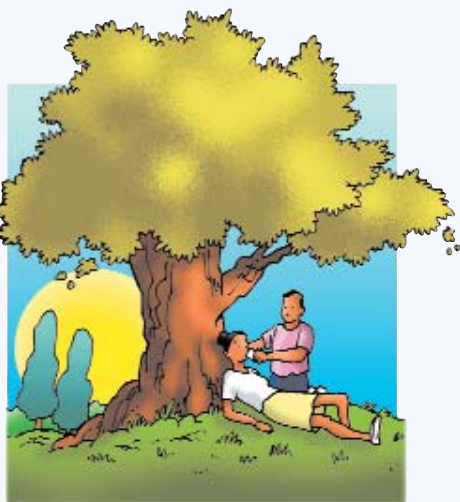
NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Expoñerse prolongadamente ó sol.
- Limita-la inxestión de líquidos: ante o aumento de calor, debe incrementarse a inxestión de líquidos.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER



- Retira-lo paciente do sol.
- Colocalo nun lugar fresco e á sombra.
- Darlle auga.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente.



3. -GOLPE DE CALOR

Pode aparecer cunha exposición máis prolongada ó sol, en zonas de calor húmida. Diferénciase da insolación en que se altera o nivel de consciencia e a pel está quente e seca; é dicir, os afectados non súan.

A prevención da aparición do golpe de calor é a mesma cá da insolación, e débese evitar que a temperatura do noso corpo aumente demasiado.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Expoñerse prolongadamente ó sol.
- Limita-la ingestión de líquidos: ante o aumento de calor, debe incrementarse a ingestión de líquidos.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Retira-lo paciente do sol e colocalo nun lugar fresco e á sombra.
- Afrouxarlle a roupa.
- Humedecerlle a pel con panos húmidos fríos.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente.



PATOLOXÍA INDUCIDA POLO

CONCEPTOS XERAIS

Ante unha exposición prolongada ó frío, xunto con humidade e vento, o corpo sofre danos que van producir unha serie de lesións, como son a hipotermia ou as conxelacións.

1. -HIPOTERMIA

Cando a temperatura corporal baixa dos 35°C, a causa dunha exposición prolongada ó frío, aparecen os primeiros síntomas de hipotermia, como os tremores, que son unha resposta do corpo para producir calor. Se a temperatura segue baixando, déixase de tremer, pérdese o coñecemento, e a respiración e o pulso fanse máis lentos, podendo chegar á morte por hipotermia.

Un aspecto importante nestes pacientes consiste en que a hipotermia protexe o cerebro cando se chega á situación de parada cardiorrespiratoria, polo que non se deben para-las manobras de reanimación cardiopulmonar, ata que se logre aumenta-la temperatura, normalmente con axuda médica.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Darlle de beber calquera tipo de bebida alcohólica.
- Pensar que non hai nada que facer: como dixemos, o frío protexe o cerebro da ausencia de osíxeno, polo que se deben iniciar sempre as manobras de reanimación (ver tema correspondente).

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

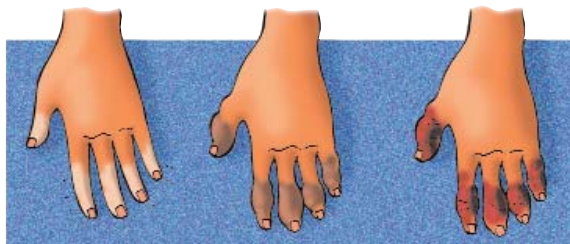
- **Valora-lo nivel de consciencia, respiración e circulación:** é importante realiza-la valoración do paciente, tal e como se explicou no tema de "Reanimación", para iniciar canto antes as manobras de reanimación cardiopulmonar, se son necesarias.
- Traslada-lo paciente a un lugar seco e quente.
- Quitarlle a roupa se está húmida e poñerlle roupa seca.
- Aplicar calor pouco a pouco, dándolle de beber líquidos quentes e azucrados e cubríndoo con mantas.
- Mantelo en repouso.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urgente.



2. -CONXELACIÓN

Adoita acontecer na pel exposta ó frío de forma prolongada e pódese clasificar en tres grupos:

- 1º grao. A pel está pálida, non aparecen ampolas e nótase comechón e ardentía na zona.
- 2º grao. A zona aparece inflamada con ampolas de cor escura moura ou morada.
- 3º grao. Aparecen ampolas que conteñen sangue e a pel pode ter gretas.



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Darlle de beber calquera tipo de bebida alcohólica.
- Frega-las zonas conxeladas: débense trata-las zonas afectadas coa maior suavidade, evitando fregalas, ou que o paciente camiñe sobre elas se se trata das pernas.
- Usar calor por radiación, por exemplo, cun quentador eléctrico: é fundamental que o quentamento se realice de forma moi gradual.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Retira-lo paciente a un lugar seco e quente.
- Quitarlle a roupa mollada e poñerlle roupa seca.
- Se está consciente, darlle líquidos quentes.
- Aplicar unha vendaxe sobre as zonas conxeladas: esta debe colocarse moi frouxa, sen que aperte, simplemente para intentar protexer e aumentar un pouco a temperatura da zona.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urgente



15

INTOXICACIONES:
INGESTIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS



CONCEPTOS XERAIS

Neste tema trataremos todas aquelas intoxicacións, tanto accidentais como voluntarias, que poidan producirse no ámbito doméstico e que estean provocadas por produtos de limpeza, disolventes, matarratos, herbicidas, cosméticos, medicamentos, etc., que mantemos almacenados nos nosos fogares.

Debemos facer fincapé no aspecto preventivo, dando consellos útiles para levar a cabo algunhas accións, mentres chegan os servizos de emerxencias médicas para trasladalo paciente ó hospital.

Como dixemos, o máis importante á hora de trata-las intoxicacións é a súa **prevención**, mantendo os posibles produtos tóxicos (medicamentos, lixivia, cosméticos, herbicidas, matarratos, etc.) afastados do acceso dos nenos e identificando claramente o que contén cada envase; é dicir, non cambiando unha substancia do seu envase orixinal. Non garde na casa medicamentos que xa non precisa (non faga unha farmacia na súa casa).



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Deixar ó alcance dos nenos substancias perigosas:** estas deben gardarse sempre en lugares inaccesibles para eles, en sitios elevados ou pechados con chave.
- **Cambia-las substancias do seu envase orixinal:** non se deben gardar substancias tóxicas en envases que poidan confundirnos accidentalmente (por exemplo, en botellas de auga ou viño).
- **Perder tempo:** ante unha intoxicación, é fundamental ACTUAR CANTO ANTES para intentar diminuí-la absorción do produto tóxico, solicitando asistencia médica.
- **Provoca-lo vómito:** en xeral, ante a inxestión de substancias tóxicas NON se debe provoca-lo vómito, xa que en moitos casos pódense agrava-las lesións producidas por este; por exemplo, se a substancia é un ácido ou un derivado do petróleo. Tan só se debe provoca-lo vómito en caso de inxestión de medicamentos, sempre e cando o paciente estea consciente.
- **Inxerir líquidos para diluí-lo tóxico:** aínda que é unha práctica estendida, non se deben dar líquidos, xa que poden acelera-la absorción do tóxico ou prexudica-las exploracións posteriores.

SI

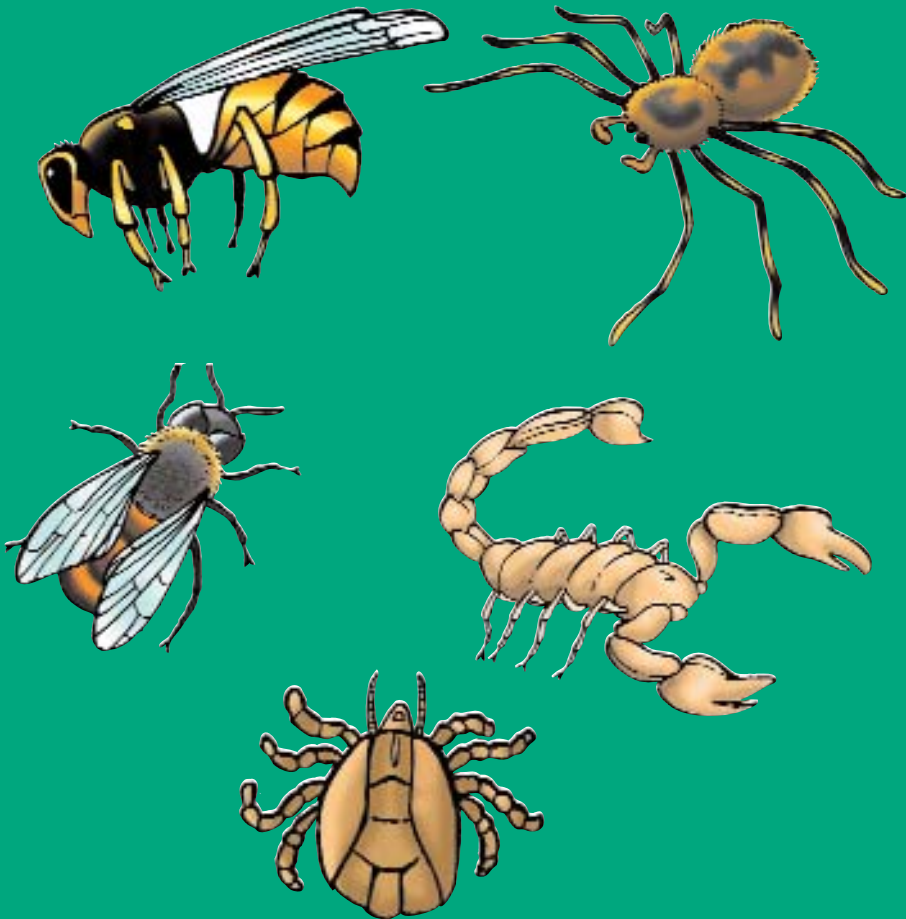
O QUE SI SE DEBE FACER

- **En caso de inhalación da substancia:** a conduta para seguir ante unha persoa que está a inhalar un tóxico é afastala canto antes da zona contaminada e retirarlle as roupas.
- **Retira-los restos da boca.**
- **Chamar sempre ós equipos de emerxencias médicas 061** e recompilar toda a información posible sobre a substancia tóxica, a cantidade e o tempo de contacto desta co organismo, ou a hora da inxestión.
- **Segui-las instrucións do médico da central do 061,** que informará do que se debe facer en cada caso, en función da substancia tóxica de que se trate.
- **Garda-los envoltorios dos produtos e os restos de medicamentos:** debemos recolle-la máxima información sobre o produto que provocou a intoxicación, e é necesario garda-las pastillas soltas e os envoltorios dos produtos para a súa posterior identificación no hospital. Debemos recorda-la hora da inxestión.



16

PICADURAS



CONCEPTOS XERAIS

As picaduras máis frecuentes son as producidas por abellas, avespas, arañas, escorpións e carrachas.

ABELLAS E AVESPAS



Estes insectos cáusanlle máis picaduras ó home que ningún outro grupo de animais venenosos. Os efectos graves e as mortes por picadura débense máis ás reaccións alérxicas graves que ós efectos tóxicos directos do veneno.

Tódolos insectos conservan o seu agullón e poden picar reiteradas veces, agás a abella.

A reacción do home ás picaduras de insectos é moi variable; e as producidas na cabeza, cara e colo adoitan ter efectos máis graves.

SÍNTOMAS

O lugar da picadura –pápula (inflamación local)–, que adoita ser dolorosa (queimante), é de extensión variable e dura unhas horas, para ir diminuindo de tamaño ata desaparecer.

Síntomas xerais: en caso de picaduras múltiples, pode aparecer un cadro grave con diarrea, vómito, dificultade para tragar, febre, coloración azulada da pel, dor de cabeza, contractura muscular ou convulsións, e perda de consciencia que pode levar á morte do paciente.

Shock anafiláctico: en pacientes alérxicos é posible a súa aparición (calafrío, urticaria, vómito, dor abdominal, dificultade para respirar, descenso da tensión arterial, alteracións do ritmo cardíaco) e require tratamento urxente.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **ESPREMER** manualmente o lugar da picadura, xa que provoca a aceleración da saída do veneno do agullón incrustado.
- Subministrar calor local.
- Restar importancia se existen picaduras múltiples en lugares perigosos (cabeza, colo) ou historia de picaduras antigas con reaccións locais fortes.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Se é posible, extraer con pinzas e agullas o agullón, en caso de que este quedase retido, e lava-la ferida con auga e xabón.
- Aplicar xeo local.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, no caso de observar síntomas graves ou moi intensos.



PREVENCIÓN

A prevención resulta fundamental para evita-las picaduras:

- Non xogar nin manipular en lugares con moitos insectos (avesporeiros, colmeas, etc.) e usar protección axeitada, en caso de ter que facelo.
- Tódolos suxeitos con antecedentes de reacción grave a picaduras de insectos deben incrementa-la protección (roupa forte, etc.) e levar consigo unha botica de primeiros auxilios que conteña o necesario no caso de picadura.

ARANAS

As arañas de Europa son menos perigosas cás dos países tropicais.

No canto de picadura producen arroibamento, induración e ampola hemorráxica que ó romper deixa unha zona de tecido morto acompañada de dor.



SI

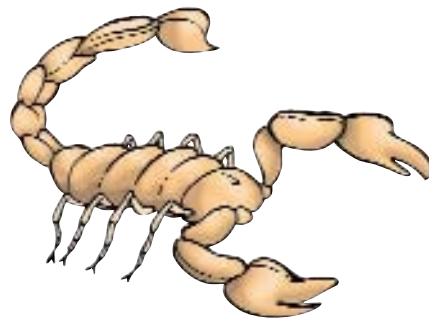
O QUE SI SE DEBE FACER

- Aplicar corticoides locais.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, no caso de sintomatoloxía moi intensa.



ESCORPIÓN

Causan sensación de dor intensa, ardentía, inflamación con acumulación de líquido e posterior morte do tecido. A estes síntomas locais séguelles sudoración profunda, náuseas, salivación, dores nas articulacións, dor abdominal, contractura muscular, convulsión e morte por parálise, se non se tratan axeitadamente.



SI

O QUE SI SE DEBE FACER

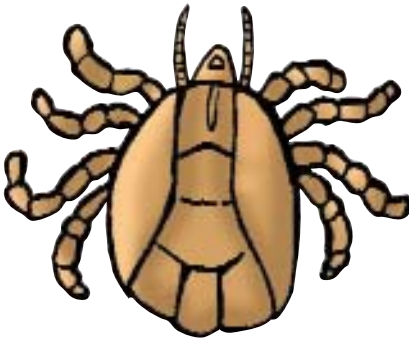
- Aplicar un torniquete por enriba do lugar da picadura, anotando sempre a hora exacta na que se realiza.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente.



GARRACHAS

A picadura dáse en lugares frecuentados por animais (gando, cans, safaris...).

A carracha máis frecuente en España produce unha picadura indolora, e queda fixada na pel durante uns días; logo despréndese quedando unha lesión indurada da pel, rodeada dun arroibamento e seguido, ás veces, da morte do tecido.



SI O QUE SI SE DEBE FACER

- Extrae-la carracha sen rompe-lo aparello chupador (utilizando petróleo ou gasolina).
- Consulta-lo seu médico, pois transmiten varias enfermidades.

OUTROS INSECTOS

As picaduras de formigas, moscas, tabáns e pulgas, non teñen maior importancia no noso país e só requiren tratamento en contadas ocasións.

Producen reaccións locais moi intensas, con dor viva, comechón intensa e grandes ampolas.

CELENTÉREOS: AUGAMA-

A picadura pode ir seguida dun cadro tóxico xeral con contracturas musculares (torácicas e abdominais), dificultade respiratoria, taquicardia e ata un shock anafiláctico.

NON O QUE NON SE DEBE FACER

- Pasear descalzo pola praia se hai augamares.
- Bañarse en lugares onde se observan augamares.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Inmobiliza-la parte afectada.
- Lava-la zona con auga doce limpa, vinagre ou amoníaco diluído.
- Sacar con coidado, cunhas pinzas preferiblemente, os tentáculos e volver lava-la zona sen fregar.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, no caso de sintomatoloxía moi intensa.



FANECAS BRAVAS, ESCORPIÓNS OU ARAÑAS DE MAR

No lugar da picadura prodúcese unha intensa dor e comechón.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Inmobiliza-la parte afectada.
- Aplicar localmente calor, xa que a toxina da faneca se inactiva.
- Aplicar compresas con amoníaco diluído.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, no caso de sintomatoloxía moi intensa ou picaduras múltiples.



17

MORDEDELAS

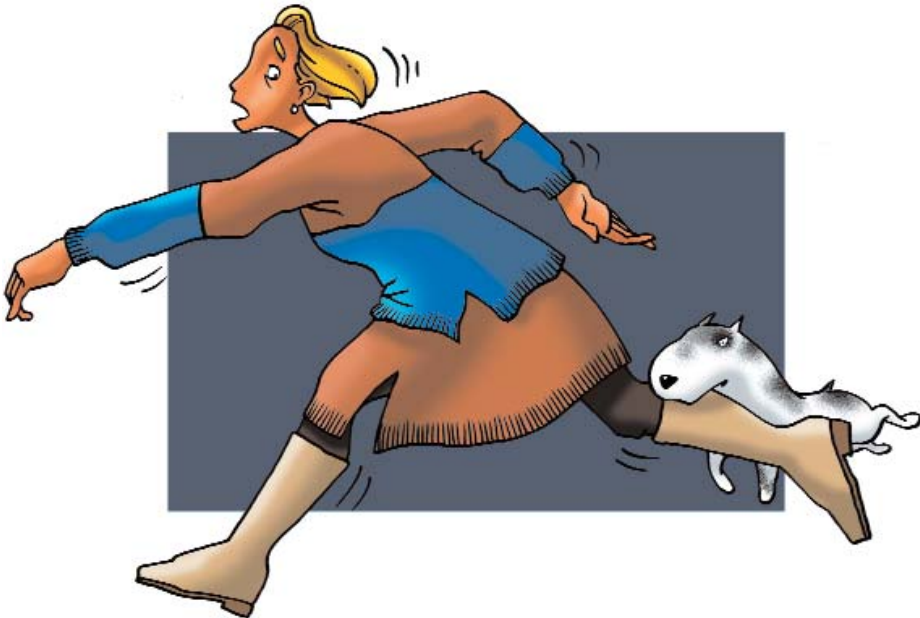


CONCEPTOS XERAIS

As mordedelas son lesións producidas por réptiles ou mamíferos (ser humano incluído), que producen síntomas xeralmente locais.

Trátase de lesións perigosas, polo risco de transmitir enfermidades como a rabia, tétano ou outras infeccións. Toda mordedela deberá ser tratada por persoal médico.

Imos diferencia-las mordedelas de mamíferos das mordedelas de serpes, xa que a actuación ante estas será distinta.



1.- MORDEDELAS DE MAMÍFEROS



En xeral, as mordedelas de mamíferos van produci-las seguintes lesións:

- Desgarro con cantidades importantes de tecido morto.
- Formación de hematomas.
- Posibles lesións por esmagamento.
- Posibles amputacións.
- Posible infección, cuns signos iniciais de arroibamento, calor, dor ó tacto e inchazo.

Dependendo do animal que as produza, imos diferenciar:

- **Mordedelas de cans:**
Son máis comúns en extremidades, cabeza e colo.
Case todas son producidas por razas de gran tamaño, polo que con frecuencia ocasionan feridas graves.
- **Mordedelas de gatos:**
Normalmente non son tan graves como as de can.
Adoitan ser feridas pequenas, penetrantes e profundas, que poden chegar a lesionar tendóns e articulacións.
- **Mordedelas de humanos:**
Poden ocasionar feridas por punción, desgarro ou desprendemento de tecidos (orella, lingua, nariz, mans, etc.).
Xeralmente son máis perigosas cás producidas por outros mamíferos, debido a que teñen maior perigo de infección.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Asusta-lo paciente: sempre se tratará de tranquilizalo.
- Aplicar tratamentos sen control médico.
- Mover bruscamente o paciente.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Limpa-la ferida con auga e xabón.
- Aplicar antiséptico local.
- Efectuar compresión en caso de hemorragia.
- Venda-la ferida mediante vendas ou apósitos estériles: se non se dispón deles, pódense utilizar anacos de toallas ou sabas, procurando que estean o máis limpos posible.
- Tranquiliza-lo paciente, deitalo e inmoviliza-la zona afectada: en caso de sangrado importante, eleva-lo membro afectado.
- No caso de mordedelas de animais, tratar de reter e de inmoviliza-lo animal para poder controlalo e determinar se padece enfermidades transmisibles, como por exemplo a rabia.
- Verifica-la vacunación antitetánica: débese realiza-la vacunación antitetánica, aínda que a ferida sexa pouco importante, se o paciente non está correctamente vacunado.
- Chama-lo 061 e segui-las indicacións do médico da Central de Coordinación, en caso de que a mordedela sexa importante.



2.- MORDEDELAS DE SERPES



No noso país, as únicas serpes velesas que nos podemos atopar son as víboras, que non son agresivas e non morden, a menos que se molesten ou se pisen.

O veneno é inoculado mediante dous cañños ocos, e esténdese rapidamente polo organismo. No punto da morde-dela quedan dous orificios moi evidentes ocasionados polos cañños, separados por 1 cm, e de aspecto vermello.

As mordedelas de serpe poden produci-las seguintes lesións:

- Dor na zona afectada.
- Dificultade para respirar.
- Edema ou inchazo da extremidade.
- Náuseas, vómitos, mareos, formigos...
- Pulso rápido (taquicardia) e débil.
- O estado do paciente pode empeorar con rapidez, e pódese chegar á parada respiratoria ou mesmo cardiorrespiratoria.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Asusta-lo paciente.
- Realizar manobras locais como cortes ou succión.
- Darlle de beber.
- Colocar xeo directamente sobre a lesión: o frío excesivo podería incrementa-la importancia da ferida.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Tranquiliza-lo paciente e evitar que efectúe movementos ou esforzos.
- Limpa-la ferida.
- **Valora-la gravidade do paciente:** cada 15 minutos valora-lo nivel de consciencia. No caso de que o paciente estea inconsciente descubrir se respira e se presenta signos de circulación.
- Colocar compresas frías ou aplicar frío local moderado sobre a superficie mordida (sen que sexa intenso).
- Chama-lo 061 e segui-las indicacións do médico da Central de Coordinación.



18

URXENCIAS TOCO-XINECOLÓXICAS



CONCEPTOS XERAIS

A maioría dos partos son normais e a duración, en case todos, é o suficientemente prolongada como para permiti-la chegada ó hospital.

O parto é un fenómeno natural que require atención por persoal cualificado debido ó risco de complicacións.

Divídese en tres etapas:

1. Inicio de contraccións ata a rotura de membranas.
2. Rotura de membranas ata o nacemento do neno.
3. Nacemento do neno ata a expulsión da placenta.

NORMAS DE ACTUACIÓN

- Chama-lo 061 e segui-las indicacións do médico.
- Aconsellarlle á nai que respire tranquila, coa boca aberta e que non empurre.
- Vixia-la saída de líquido abundante pola vaxina (rotura de membranas).
- Coloca-la nai en posición xenupectoral no caso de que se visualice o cordón a través da vaxina, trala rotura de membranas (prolapso de cordón).
- Controla-la frecuencia das contraccións. Se estas son cada dous minutos, o parto é inminente.



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Poñerse nervioso.
- Tirar do neno ou do cordón.
- Lava-lo neno.
- Tira-la placenta
- Usar material non desinfectado.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER



- Chama-lo 061 e segui-las indicacións do médico da Central de Coordinación, se se inicia o parto e o médico non está presente.
- Coloca-la nai sobre unha superficie limpa, deitada de costas cos xeonllos flexionados e as pernas separadas.
- Conseguir sabas e toallas limpas.
- Lava-las mans e extrema-las medidas de hixiene.
- Protexe-lo ano cun pano para evitar contaminación.
- Cando a embarazada sinta ganas de empurrar, esta terá que respirar profundamente e empurrar forte, flexionando a cabeza sobre o peito.



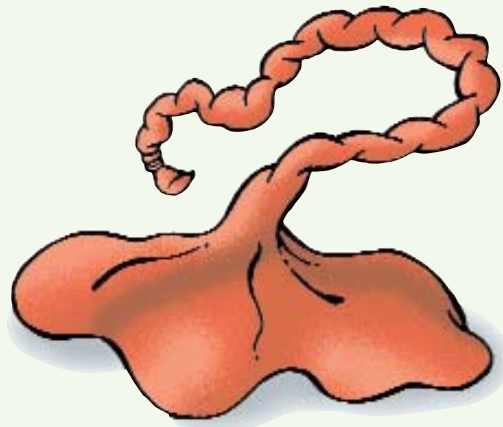
- No momento en que a cabeza do neno sae, exercer lixeira presión coa man para que non saia bruscamente.
- Se aparece o cordón umbilical arredor do colo do neno, intentar retiralo para evitar asfixia.
- Non tirar do neno nin do cordón.
- Limpa-la boca do neno cun dedo envolto nun pano limpo.
- Se tras realiza-la estimulación non respira, inicia-lo boca/boca-nariz.
- Non lava-lo neno, envolvelo nunha manta limpa e colocalo sobre a nai.



- Realizar dúas ligaduras no cordón se non chega o médico. Unha delas a uns 20 cm de distancia do embigo do neno cun anaco de fío, previamente fervido ou empapado en alcohol de 96°. Cubri-lo extremo do cordón cunha gasa empapada en Betadine. O corte realízase entre as dúas ligaduras cunhas tesoiras estériles, en caso de non contar con material estéril, pospoñe-lo corte do cordón.

- Vixia-la liberación da placenta, que se produce aproximadamente 30 minutos despois do parto. Conserva-la placenta para ensinarlla ó médico ou á comadroa.

- Coloca-la nai coas pernas estiradas e cruzadas, tapala e vixia-las pulsacións.



CONCEPTOS XERAIS

Un aborto pode deberse a moitas causas. O máis frecuente é o aborto espontáneo. Acontece entre as 8 e 16 semanas e é o recurso da natureza para evita-lo nacemento de nenos con malformacións graves.

Defínese como a interrupción do embarazo e pode presentarse de varias formas:

1. Hemorraxia vaxinal. Dende manchas de sangue ata sangrado importante.
1. Cólico abdominal.
2. Expulsión do feto.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Poñe-la paciente de pé.
- Tira-lo material expulsado.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Mante-la calma.
- Deita-la paciente na posición que lle resulte máis cómoda.
- Colocar gasas, compresas ou toallas limpas na zona xenital.
- Deita-la paciente e elevarlle as pernas se o pulso é rápido e débil.
- Gardar todo o material expulsado.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urgente.



CONCEPTOS XERAIS

É importante diferenciar a metrorraxia do sangrado urinario ou do sangrado dixestivo.

Defínese como un sangrado vaginal que non se corresponde coa menstruación. Hai varias causas que a poden orixinar:

- Embarazo, aborto.
- Infeccións.
- Traumatismos, corpos estranhos.
- Dispositivos intrauterinos, toma de anticonceptivos orais.
- Complicacións despois de operacións na zona.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Esperar a que o sangrado sexa moi abundante, sobre todo en pacientes ás que se lles retirou a menstruación.
- Tomar medicamentos sen control.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Consultar co seu médico de atención primaria, se o sangrado é escaso e pouco frecuente.
- Contabiliza-lo número de compresas manchadas.
- Vixia-la coloración e a temperatura da pel.
- Deita-la paciente e levantarlle as pernas, se a cantidade de sangue perdida é grande.
- Chama-lo 061, se se trata dun sangrado abundante.



19

DOR TORÁCICA



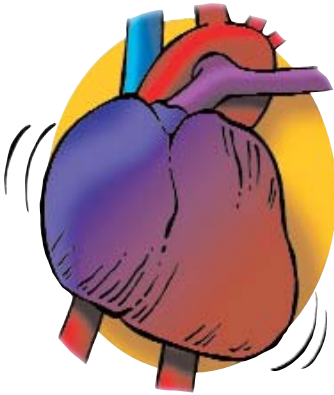
CONCEPTOS XERAIS

A dor torácica constitúe un motivo frecuente de consulta e de angustia para o enfermo.

Pode deberse a varias causas, desde enfermidades sen importancia a urxencias vitais, difíciles de diferenciar sen recorrer a exploracións especiais. Aínda así, o interrogatorio segue a se-la técnica máis importante para distinguir cal é a causa. Preguntándolle ó enfermo qué, cómo, ónde e cando se desencadea a súa dor, intentaremos encadralo dentro dos tres tipos de dor no peito máis frecuentes:

TIPOS

1. -ANXINOSA OU CORONARIA:

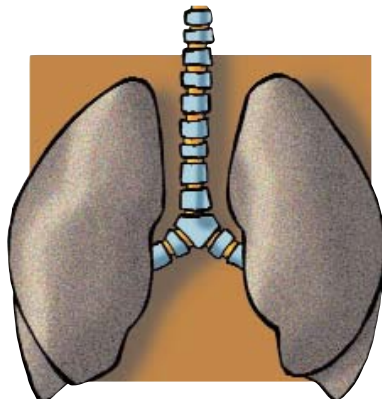


Trátase dunha dor con límites imprecisos e intensidade variable, descrita como "opresiva", "apisoante", "sufocante", "compresiva", "explosiva" e "queimante" e mesmo, ás veces, como "unha banda que cruza o peito" ou "un peso no centro do peito". O paciente adoita describila apoiando toda a súa **man sobre o centro do peito**, nunca a punta do dedo. A dor pódese irradiar ó colo, mandíbula, ombros, brazos, costas ou estómago. A duración varía dende 3 a 5 minutos, no caso da anxina (falta de rego sanguíneo ó corazón); ou ben ata horas, se se trata dun infarto (parte do músculo do corazón está xa morto).

A dor non cambia coa tose, respiración, movementos ou se prememos sobre a zona. Pode comezar despois de esforzos físicos, emocións, frío ou comidas abundantes.

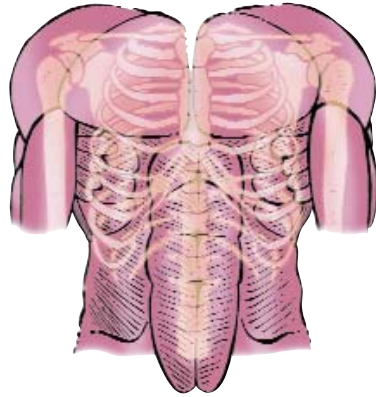
2. -PLEURÍTICA:

É unha dor intensa (como a punta de puñal) e localizada na parede do peito, que aumenta ó respirar e que a persoa xeralmente localiza sinalándoa coa **punta do dedo**. É desencadeada por esbirros, tose, respiración profunda e movementos do peito. Adoita durar máis cá dor anxinosa (minutos, días ou semanas) e vai acompañada de febre, tose e moco, dependendo da causa.



3. -MUSCULOESQUELÉTICA:

Ten características mecánicas, é dicir, doe co movemento e cede co repouso. É de orixe superficial e localízase, como a pleurítica, coa punta do dedo. Tamén aumenta coa tose e a inspiración profunda, pero non dificulta a respiración normal. A presión na zona produce ou agrava esta dor. Pode durar dende segundos a semanas, se dura máis dunha semana débese consultar ó médico.



URXENCIAS VITAIS

Os tres tipos citados de dor poden aparecer simultaneamente e ser difíciles de diferenciar. Por iso, ímonos deter nas características de cada un dos que clasificamos como urxencias vitais.



1. -ANXINA DE PEITO E INFARTO DE MIOCARDIO:

Ámbolos dous presentan unha dor de tipo coronario. A anxina caracterízase por unha duración de entre 5 e 15 minutos, desencadeada polo esforzo e aliviada co repouso ou a nitroglicerina sublingual (spray ou pastilla).

No caso de durar máis tempo, ou de que non ceda tras dúas aplicacións de nitroglicerina, pensaremos nun infarto e debemos acudir rapidamente a un servizo médico.

2.-EMBOLIA PULMONAR:

Tamén lle poderíamos chamar infarto de pulmón, así entenderemos que aínda que o tipo de dor predominante é a pleurítica, tamén pode estar acompañada de dor coronaria, debido á súa repercusión directa sobre o corazón.

A máis típica é a dor pleurítica brusca, con gran dificultade respiratoria, palpitacións e, ás veces, esputo con sangue.

3. -ANEURISMA DISECANTE DE AORTA:

A arteria esgázase, o que provoca unha dor de tipo coronario persistente e intensa, aínda que con irradiación diferente, cara ás costas e á rexión lumbar.

OUTROS TIPOS DE DOR QUE DEBEMOS COÑECER:

Algunhas dores parécense bastante ás anteriores. Non son tan urxentes, pero si importantes. A continuación describimos algunhas:

1.-PERICARDITE:

É unha dor moi parecida á coronaria, pero neste caso a dor alíviase cando un se senta e se inclina cara a diante. Empeora ó deitarse boca arriba.

2.-NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO:

Dor pleurítica brusca, acompañada de dificultade respiratoria, aínda que con menor sensación de gravidade que na embolia pulmonar.

3.-DOR GASTROINTESTINAL:

O refluxo esofáxico (retorno do contido do estómago ó esófago), a úlcera e trastornos no movemento do esófago poden producir unha dor similar á coronaria. O sabor ácido na boca, eructos ou empeoramento ó deitarse, son datos significativos que nos axudan a diferenciar este tipo de dor.



NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Nunca debe tomar alcohol, comida ou medicamentos, salvo a nitroglicerina, no caso de que o paciente sexa un enfermo coronario xa coñecido. A nitroglicerina debe ser colocada rapidamente, xa sexa en comprimido ou en spray, debaixo da lingua, nunca co paciente de pé e repetíndose cada 5 minutos, ata que ceda a dor ou sexa atendida por un médico, sen exceder, en ningún caso, as tres aplicacións.

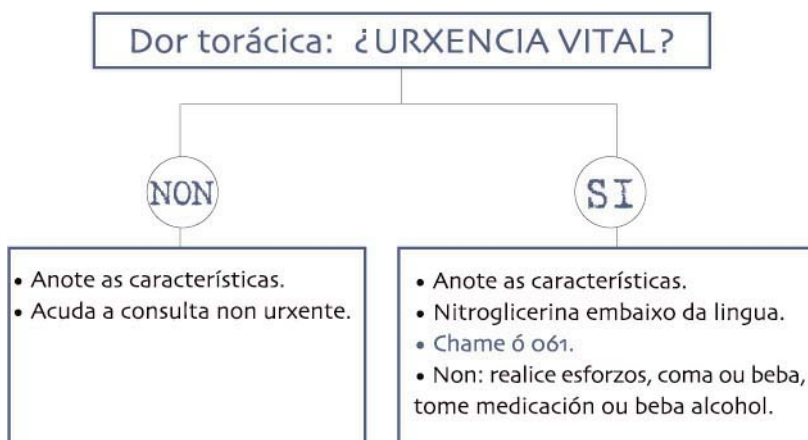
SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- Se o enfermo toma algunha medicación, sempre ter á man o seu nome e a dose que está a tomar.
- No caso de que a dor sexa claramente de tipo musculoesquelético, acudirase a unha consulta médica habitual.
- Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente, se a dor é anxinosa ou coronaria ou se existe dúbida.



ALGORITMO DE ACTUACIÓN RÁPIDA



20

DOR ABDOMINAL



CONCEPTOS XERAIS

A dor abdominal é unha dor localizada no ventre que, en moitas ocasións, está causada por cólicos:

SÍNTOMAS

Unha dor de grande intensidade, repentina, intermitente (aparece e desaparece) que adoita ir acompañada de náuseas, vómitos e, ás veces, de diarrea.

TIPOS

Cólico gástrico (indigestión): dor na parte superior do abdome, por enriba do embigo, orixinada por trastornos na dixestión.

Cólico intestinal: dor difusa que afecta a todo o ventre, o enfermo nota sensación de abundantes gases.

Cólico hepático ou biliar: dor na parte superior dereita do abdome, adoita estar orixinada pola presenza de cálculos na vesícula.

Cólico renal ou nefrítico: dor que adoita comezar na zona lumbar e que se estende posteriormente á zona baixa do ventre e ós xenitais. A causa máis frecuente é a existencia de cálculos no ril.



- **OUTRA CAUSA DE DOR SERÍA O ABDOME AGUDO:**

É unha dor intensa no ventre, que se localiza habitualmente na zona baixa e dereita do abdome. O máis habitual é a dor de apendicite.

SÍNTOMAS DO ABDOME AGUDO

Os síntomas adoitan ser:

1. Dor no ventre de aparición brusca, de varias horas de evolución.
2. O ventre atópase duro, ríxido e moi sensible ó tocalo.
3. Ás veces acompáñase de náuseas, vómitos e febre.
4. Adquírese a posición de encollido para evita-la dor.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- Darlle de comer ou de beber ó paciente: **dieta absoluta.**
- **Administrar calmantes para a dor:** sería máis difícil para o médico localiza-lo punto doloroso, dificultando o diagnóstico.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Sospeitar abdome agudo**, ante os síntomas anteriores, xa que a solución normalmente é cirúrxica.
- **Deixa-lo paciente na posición mais cómoda para el** (xeonllos flexionados).
- **Se aparecen vómitos, é importante fixarse no seu aspecto:**

Vómitos con sangue: a súa cor pode ser vermella viva ou negra (en "pousos de café").

Vómitos fecaloides: olor fétido, porque contén restos de feces, aparecen cando se obstrúe o intestino.

- Se o enfermo presenta algún destes vómitos, indica gravidade e é necesario trasladalo urxentemente a un centro sanitario.

- **Chama-lo 061 para solicitar axuda médica urxente.**



21

CRISE ASMÁTICA



A asma bronquial é unha enfermidade frecuente que, en xeral, adoita resultar relativamente benigna; sen embargo, en ocasións, as crises son resistentes á medicación e supoñen un risco importante, polo que precisan dunha valoración médica urxente.

CONCEPTOS XERAIS

Esta enfermidade caracterízase por unha obstrución bronquial, que pode ser debida a distintas causas, como as infeccións ou os gases irritantes, que causan un aumento da reactividade dos bronquios. Nos asmáticos, esta resposta incrementase en diferentes graos, e produce unha serie de síntomas –dificultades para respirar, uns sons típicos chamados sibilancias ('pitos'), accesos episódicos de tose, etc.– que precisan de tratamento. Xeralmente, estes síntomas aparecen xuntos, aínda que poden facelo de forma independente.



No paciente asmático, as crises poden estar provocadas por multitude de causas: diferentes substancias inhaladas, como o fume do tabaco; inxeridas, como medicamentos, entre os que destaca a aspirina; a práctica de exercicio; ou mesmo, determinadas emocións.

O curso desta enfermidade é crónico e maniféstase en episodios, con exacerbacións intercaladas en períodos libres de molestias, de duración e intensidade variables. A aparición do proceso garda certa relación cos cambios estacionais, e aumenta en primavera e outono.

Os síntomas que provoca a asma poden aparecer gradualmente ou de xeito brusco e o principal destes síntomas é a fatiga, con sensación de falta de aire, que o asmático define como a imposibilidade para introducir aire nos pulmóns. Nestas circunstancias, o paciente prefire estar de pé ou sentado e pódese observar o movemento lateral das paredes do nariz, así como o dos músculos accesorios da respiración. Deste xeito, poderemos ver o uso dos músculos intercostais e os situados enriba da clavícula e canto maior é o traballo que han de realizar estes músculos, maior é a intensidade da falta de aire.

Xunto á sensación de fatiga adoitan aparecer outra serie de síntomas como a angustia e o aumento dos latexos do corazón, así como o arrobamento da cara, a suor intensa e a fala entrecortada.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Expoñerse ós desencadeantes das crises:** non é aconsellable convivir con animais; han de extremarse as precaucións ó principio da primavera, cando as plantas están en flor; e comprobarase a composición dos alimentos que se vaian inxerir.
- **Cando se acuda ó médico para a prescrición dunha medicación,** non advertir da súa condición de asmático.
- **Tomar aspirina ou antiinflamatorios** ante molestias leves. O paracetamol é o analxésico de elección.
- **Favorece-las infeccións respiratorias e esquece-la vacina** contra a gripe en outono.
- **Fumar:** permanecer en ambientes cargados de fume de tabaco e en lugares con aire acondicionado moi intenso.

SI

O QUE SI SE DEBE FACER

- **Acudir a un control regular do médico de familia,** xa que existe unha medicación de mantemento que se debe tomar entre as crises. En ningún caso abandonará este tratamento sen que llo ordenase o seu médico, aínda que leve tempo sen que se presenten os síntomas típicos.
- **Usa-los broncodilatadores en aerosol,** en caso de comezar cos síntomas descritos anteriormente. Se por calquera causa non teñen o broncodilatador á man deberán acudir ó seu domicilio ou centro de saúde a buscalo e non deben esperar nunca a que a crise reverta de xeito espontáneo. O enfermo hase de manter o máis tranquilo posible, e evitarase deixalo só durante un período de tempo prolongado.
- **Administraranse corticoides inhalados se o paciente non mellora coa aplicación destas medidas,** do mesmo modo que os broncodilatadores, e sen que haxa ningún problema por toma-los dous ó mesmo tempo.
- **Acudir ó servizo de urxencias:** se aplicando todo o anterior tampouco se nota melloría ou o paciente está moi angustiada, administraráselle osíxeno e medicación por vía intravenosa e nebulizada, á vez que se controlarán os diferentes parámetros que definen unha axeitada ventilación.
- **Avisa-lo Servizo de Urxencias Médicas 061,** en caso de que a dificultade respiratoria sexa moi intensa ou non se teña a posibilidade de desprazarse.



22

CONVULSIONS



CONCEPTOS XERAIS

A consulta por convulsións é frecuente nos servicios de urxencias.

En primeiro lugar, cómpre aclarar que non toda convulsión é unha crise epiléptica e que non tódalas crises epilépticas se manifestan con convulsións.

As **convulsións** son o resultado dunha actividade eléctrica brusca e desordenada nas neuronas cerebrais, o que provoca alteracións involuntarias e episódicas do nivel de consciencia ou trastornos sensitivos, motores ou da conducta.

A **epilepsia** é un proceso crónico que se caracteriza por convulsións recorrentes que se repiten ó longo do tempo. Isto significa que unha persoa que sufriu unha soa convulsión ou convulsións secundarias por causas corrixibles ou evitables, non ten necesariamente epilepsia.

As **convulsións febrís** son moi frecuentes na infancia e, como o seu nome indica, aparecen no transcurso dunha enfermidade que manifesta febre. Con frecuencia, as enfermidades son infeccións do aparello respiratorio ou gastroenterite, aínda que en ocasións se poden deber a infeccións do sistema nervioso central, incluíndo a meningite; polo tanto, non debemos restarlle importancia á convulsión, especialmente se se trata do primeiro episodio. Suceden máis a miúdo en nenos entre seis meses e tres anos de idade, e son raras despois dos seis anos. Tan só unha pequena porcentaxe dos nenos que presentaron convulsións na infancia acabará desenvolvendo epilepsia.

O **status epiléptico** é aquela situación na que a actividade convulsiva é continua durante 30 minutos ou aquela na que as convulsións se repiten nun curto espacio de tempo (minutos, horas), sen que o paciente se recupere totalmente entre elas. É unha situación grave.

FORMAS DAS CRISES EPILÉPTICAS:

Segundo a alteración da consciencia que produzan, existen:

- Crises epilépticas simples: aquelas que non afectan a consciencia, aínda que si provocan síntomas e signos de movementos, sensacións ou fenómenos psíquicos.
- Crises epilépticas complexas: nestas aféctase a consciencia e, durante un tempo, o paciente permanece desconectado do medio que o rodea.

Segundo onde se orixinen, podemos distinguir entre:

- Crises epilépticas **parciais**: orixínanse nunha parte do cerebro e afectan a unha parte do corpo (un brazo, a cara, etc.).
- Crises epilépticas **xeneralizadas**: orixínanse en amplas rexións do cerebro, polo que adoitan afectar a todo o corpo. Dentro destas, as máis típicas son as **crises xeneralizadas tónico-clónicas ou "grande mal"**. Son as máis frecuentes, comezan habitualmente de forma brusca e sen aviso previo, coa perda de consciencia, caída ó chan, rixidez de todo o corpo (fase tónica) e un pequeno gruñido ou berro, ausencia de respiración e coloración azulada da cara. Despois duns segundos, prodúcese as convulsións de todo o corpo (fase clónica) e escuma pola boca polo aumento de produción de saliva, esta fase dura uns 2 ou 3 minutos. Finalmente, o enfermo reláxase e esperta, se sen acordar do sucedido, e permanece confuso e somnolento durante un tempo (de minutos a horas).



Nos pacientes que xa presentaron convulsións previas, o máis importante é a PREVENCIÓN, polo que se van dar unhas normas para intentar evitar que se presenten de novo as convulsións.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Deixar de toma-la medicación:** non esquecer nin abandona-las tomas da medicación antiepiléptica naqueles pacientes que estaban en tratamento, aínda que leven moito tempo sen presentar unha crise.
- **Inxerir bebidas alcohólicas:** é importante non inxerir alcohol, pois este pode desencadea-la crise.
- **Realizar actividades perigosas:** aqueles pacientes que teñan crises frecuentes, polo menos ata que controlen estas con tratamento, non deben conducir, nadar, subir a lugares elevados, manexar maquinaria perigosa...
- **Levar un horario irregular:** é importante descansar o suficiente.
- **Perde-la calma cando se produce a crise:** é importante mante-la calma, sabendo que é algo pasaxeiro, que pasará axiña, e intentando non empeora-la situación.
- **Deixar só o paciente:** non se debe deixar nunca só o paciente nunha convulsión, para evitar que se lesione.
- **Suxeitar durante a crise:** non se debe suxeita-lo paciente para evita-la convulsión, porque só conseguiríamos empeora-la situación, producindo máis axitación no paciente.
- **Intentar abrialle a boca se a ten pechada:** non se debe intentar abrialle a boca á forza nin introducirle nada duro dentro dela, xa que o podemos lesionar ou lesionarnos nós mesmos.

SI O QUE SI SE DEBE FACER

- **Protexe-la persoa que convulsiona:** se está de pé, déiteo no chan ou nunha cama, retirando todo aquilo do ámbito que lle poida facer dano (cadeiras, cristais, radiadores, etc.).
- **Afrouxarlle a roupa:** afrouxarémolle a roupa que leve axustada, sobre todo a do colo.
- **Poñe-lo paciente de lado:** xira-la cabeza do paciente suavemente, e sen forzalo, cara a un lado, por se presenta vómitos.



- **Pedir axuda chamando ó 061:** a súa chamada será atendida por un médico, ó que lle dará toda a información posible: se é a primeira vez que convulsiona ou xa lle aconteceu máis veces, con qué frecuencia se producen, canto adoitan durar, canto tempo leva convulsionando, se ten antecedentes familiares de convulsións, se se golpeou, se padece algunha enfermidade ou infección na actualidade, se inxeriu algunha substancia tóxica ou medicamento, etc.

O médico aconsellarao sobre as primeiras medidas que debe tomar e enviaralle o recurso sanitario máis idóneo para a atención do paciente.

- **En caso de tratarse dunha convulsión nun neno que xa presentara outras previamente:**



Se ten febre, controlala: administrar Paracetamol de 10 a 15 mg/kg por vía oral ou rectal e arrefriar con auga morna cando suba a temperatura e non se controle con Paracetamol.

Trata-las convulsións na casa: moitos pais xa foron instruídos polo seu pediatra para utilizar Diazepán rectal coas seguintes doses: 5 mg en menores de 3 anos e 10 mg en maiores desa idade.

Volver ó hospital: se existe unha diminución do nivel de consciencia, aumento da irritabilidade ou da rixidez de caluga.

23

DIABETE DESCOMPENSADA



CONCEPTOS XERAIS

A diabete é unha enfermidade moi frecuente; de feito, no mundo existen uns 140 millóns de diabéticos e en España, aproximadamente, un millón.

A diabete é unha enfermidade crónica, caracterizada polo aumento de glicosa (azucres) no sangue por enriba dos valores normais. Isto débese á carencia ou diminución de insulina (hormona segregada polo páncreas). Nesta situación, o azucres provenientes dos alimentos non pode ser asimilado, de maneira que se acumula no sangue e se eleva considerablemente, ata que chega a un nivel no que o ril non pode impedir que escape polos ouriños. Este estado de hiperglicemia e as complicacións que se van producir constitúen a enfermidade que chamamos diabete.



TIPOS

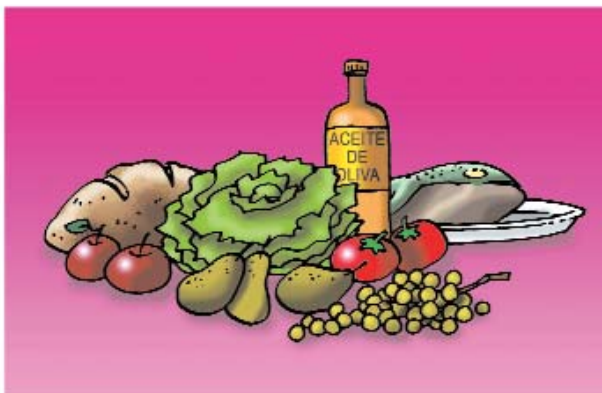
Existen dous tipos principais de diabete:

- Diabete tipo 1, insulino-dependente ou infanto-xuvenil: a diabete tipo 1 aparece principalmente en nenos e mozos e, en xeral, en persoas menores de 30 anos. O comezo adoita ser brusco, con síntomas moi evidentes, como cansazo, ouriños abundantes, adelgazamento e aumento do apetito. Representa un 10-15%-15 de tódalas formas de diabete. O páncreas non produce insulina, polo que é necesario administrala para sobrevivir.
- Diabete tipo 2, non insulino-dependente ou diabete de adulto: a diabete tipo 2 aparece xeralmente en persoas maiores de 40 anos. O comezo é lento e gradual, con síntomas pouco destacables e pode, mesmo, pasar inadvertida. Cursa, xeralmente, con obesidade e o adelgazamento típico da diabete adoita faltar cando aparece a enfermidade. É a forma máis frecuente de diabete, e representa máis do 85% de tódolos casos. O páncreas segue producindo insulina, aínda que dun xeito insuficiente, e pódese tratar, en principio, con réxime e pastillas anti-diabéticas.

Nestes pacientes, o obxectivo é manter uns niveis de azucre en sangue dentro dos límites normais. Para iso, débese seguir un maior control da dieta, exercicio físico regular e, se se precisa, tratamento médico.

Cando os niveis de azucre non se corresponden cos límites normais e aparecen complicacións falamos de **descompensación**, e pódese tratar de:

- Hipoglicemia: a glicosa está demasiado baixa.
- Hiperglicemia: a glicosa está demasiado alta.



ANTE UNHA HIPOGLICEMIA

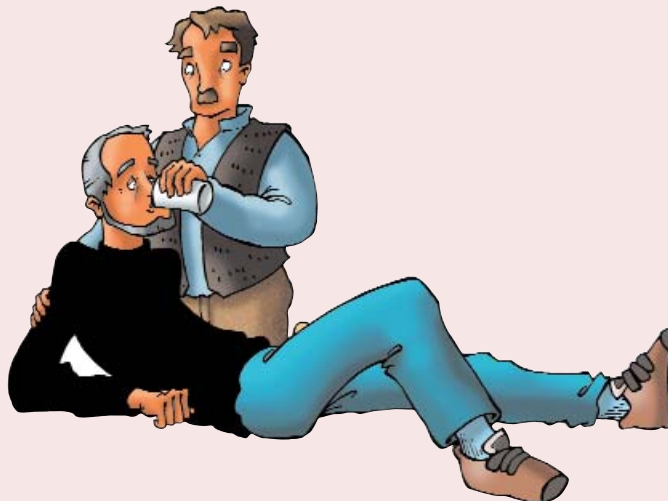
O descenso importante de azucre no sangue ou hipoglicemia é un proceso de instauración rápida, doada de corrixir, pero que precisa medidas urxentes.

Os **síntomas máis frecuentes** son: sensación de mareo, suor fría, palidez, visión borrosa, dor de cabeza, dor abdominal e incluso perda de coñecemento. Algunhas persoas poden non manifestar estes síntomas e, neste caso, sospeitarase que existe hipoglicemia ante un comportamento anómalo (agresividade, irritabilidade, decaemento, desorientación, etc.).

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Incumpri-la dieta:** nunca se deben atrasar ou non toma-los alimentos previstos no seu plan de alimentación.
- **Aumenta-lo exercicio físico sen aumenta-la comida:** cando se vai realizar algún exercicio "extra" hai que tomar algún alimento "extra".
- **Varia-la dose de insulina ou antidiabéticos orais sen prescrición médica.**
- **Perder tempo:** non se debe esperar a que a diabete pase soa. En canto aparecen os primeiros síntomas hai que administrar azucre ou algún alimento sen demora, xa que canto máis tempo pase, a hipoglicemia será maior e o tratamento máis difícil.
- **Administrar azucre se o paciente está inconsciente:** nese caso, non se debe dar nada; haberá que solicitar asistencia sanitaria canto antes, **chamando ó 061**.



SI O QUE SI SE DEBE FACER

• **Aprender a recoñece-los síntomas:** é fundamental que, tanto o paciente como a xente do seu ámbito, aprendan a recoñece-los síntomas de hipoglicemia para tratala canto antes.



• **Seguir estrictamente a dieta:** canto mellor sigámo-la dieta, menos posibilidades teremos de sufrir descompensacións.

• **Administrar un alimento rico en azucre:** en canto se sospeite unha hipoglicemia, hai que administrar azucre ou un alimento rico neste.

• **Se a persoa perde o coñecemento:**
Non lle dar nada pola boca.
Colocala persoa en posición lateral de seguridade (ver tema de "Reanimación").

Avisa-lo 061, que enviará a asistencia sanitaria máis conveniente.



ANTE UNHA HIPERGLICEMIA

A hiperglicemia é unha situación de instauración moito máis lenta cá hipoglicemia. Pode presentarse como: sede intensa, necesidade de mexar con máis frecuencia da habitual, cansazo, dor abdominal ou vómitos, e provocaranse, se a situación se prolonga, alteracións do nivel de consciencia.

Neste caso, o fundamental é a PREVENCIÓN e a DETECCIÓN PRECOZ xa que, unha vez instaurada, pouco podemos facer máis ca solicitar asistencia médica.

NON

O QUE NON SE DEBE FACER

- **Incumpra-la dieta:** a dieta é fundamental para un bo control da diabete, e debe seguirse do xeito máis estricto posible.
- **Diminuí-lo exercicio físico:** o exercicio físico é outro dos piares fundamentais para un bo control da diabete, polo que debe practicarse de xeito regular.
- **Varia-la dose de insulina ou antidiabéticos orais sen prescrición médica.**

SI

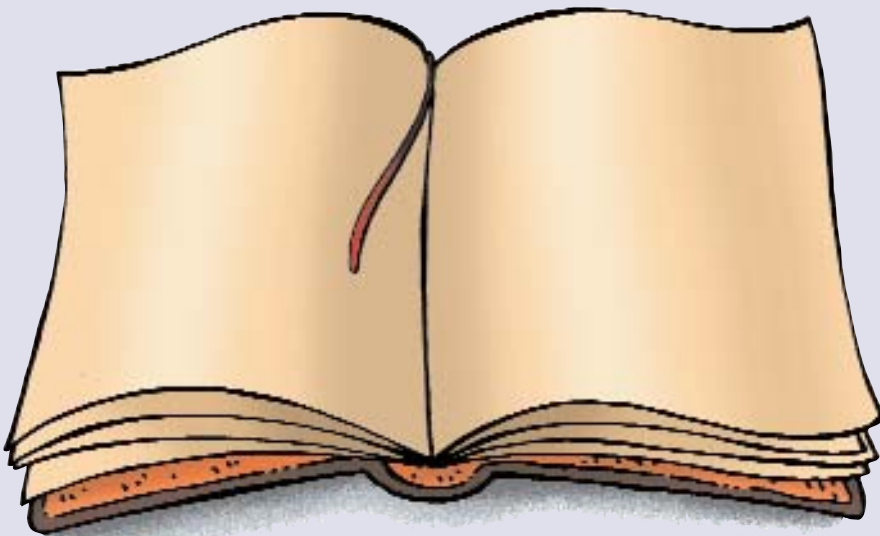
O QUE SI SE DEBE FACER

- Seguir estrictamente a dieta.
- Practicar exercicio regularmente.
- **Consulta-lo médico ante a presenza de infeccións, vómitos ou a realización de intervencións cirúrxicas:** estas situacións poden provoca-lo aumento dos niveis de glicosa, o que levará a unha descompensación, polo que se debe acudir e consulta-lo médico por se resultase necesario aumenta-lo tratamento.
- **Solicitar asistencia médica en canto comecen os síntomas:** ante a sospeita dunha hiperglicemia hai que **avisa-lo 061 para que recomende a asistencia sanitaria máis axeitada.**



B

BIBLIOGRAFÍA



- Kessler Saiz P. "Crisis epilépticas". En: Manual de urgencias. Ed: Díaz de Santos, SA. 2ª ed. Madrid, 1997; 223-231.
- Lowenatein DH. "Crisis epilépticas y epilepsia". En: Fauci et al. Harrison, Principios de Medicina Interna 14ª ed. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1998; 2627-2643.
- Guía de primeros auxilios en situaciones de emergencia. Urgencias Sanitarias 061.
- Manual de primeros auxilios. Hospital Policlínico de Povisa.
- Clutter WE. "Diabetes mellitus e hiperlipemia". En: Campbell JW, Frisse M. Manual de terapéutica médica, 5ª ed. Barcelona, Salvat, 1985; 373-392.
- Eugene Braun Wald. Tratado de cardiología. Mc Graw-Hill Interamericana. Febrero 1999. Vol. 1, cap. 1, 1-16.
- Guía de Atención Primaria. SemFYC, 1998. Unidad 8, 374-385.
- David M. Cline, O. John Ma. Manual de Medicina de Urgencias. Mc Graw-Hill Interamericana. Nov. 1997. Sección 2, Cap. 6, 83-90.
- Judith E. Tintinalli. Medicina de Urgencias. 4ª edición. Interamericana/McGraw-Hill; 1997; 1249-1257.
- Jesús Medina Asensio. Manual de urgencias médicas. 2ª edición. Ed. Díaz de Santos; 1997; 249-252.
- L. Jiménez Murillo. Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Mosby/Doyma Libros. 1996; 111-119.
- Sönke Müller. Urgencias en Atención Primaria. 1ª edición. Grass Ediciones. 1993; 113-114.
- Brunner e Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Oitava edición: 1998.
- Guía práctica de primeros auxilios (III) (intoxicaciones). Dr. Jorge Mateu Sáncho. Mc Ediciones SA. 1999.

B

- Manual del técnico en transporte sanitario. Volume II. 061 de Galicia.
- Diccionario enciclopédico de Medicina (McGraw-Hill-Interamericana. 1997).
- Buitrago Ramírez F., Turabián Fernández JL. "Problemas nefrourológicos. Urolitiasis". En: Martín Zurro A., Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Ed: Harcourt Brace. Madrid 1999; 1089-1096. 12 Octubre.
- Gozalo F. el Enfermo alérgico en Atención Primaria. Editorial EDILESA. 1ª Ed. Barcelona, 1992.
- Izquierdo J. Asma bronquial. Editorial MCR. 1ª Ed. Barcelona, 1993.
- Ronald A. Dieckmann e Kevin Coulter. "Urgencias pediátricas. Convulsiones". En: Diagnóstico y tratamiento de urgencias. Charles E. Saunders, Mary T. Ho. Eds. Ed. Manual moderno. 4ª edición en español. 1994. 42:882-884.
- Kevin Farrell e Gregory A. Baldwin. "Trastornos neurológicos. Convulsiones". En: Manual de urgencias pediátricas. Gregory A. Baldwin ED. Ed. Manuales Salvat. 1991. 22:347-358.

