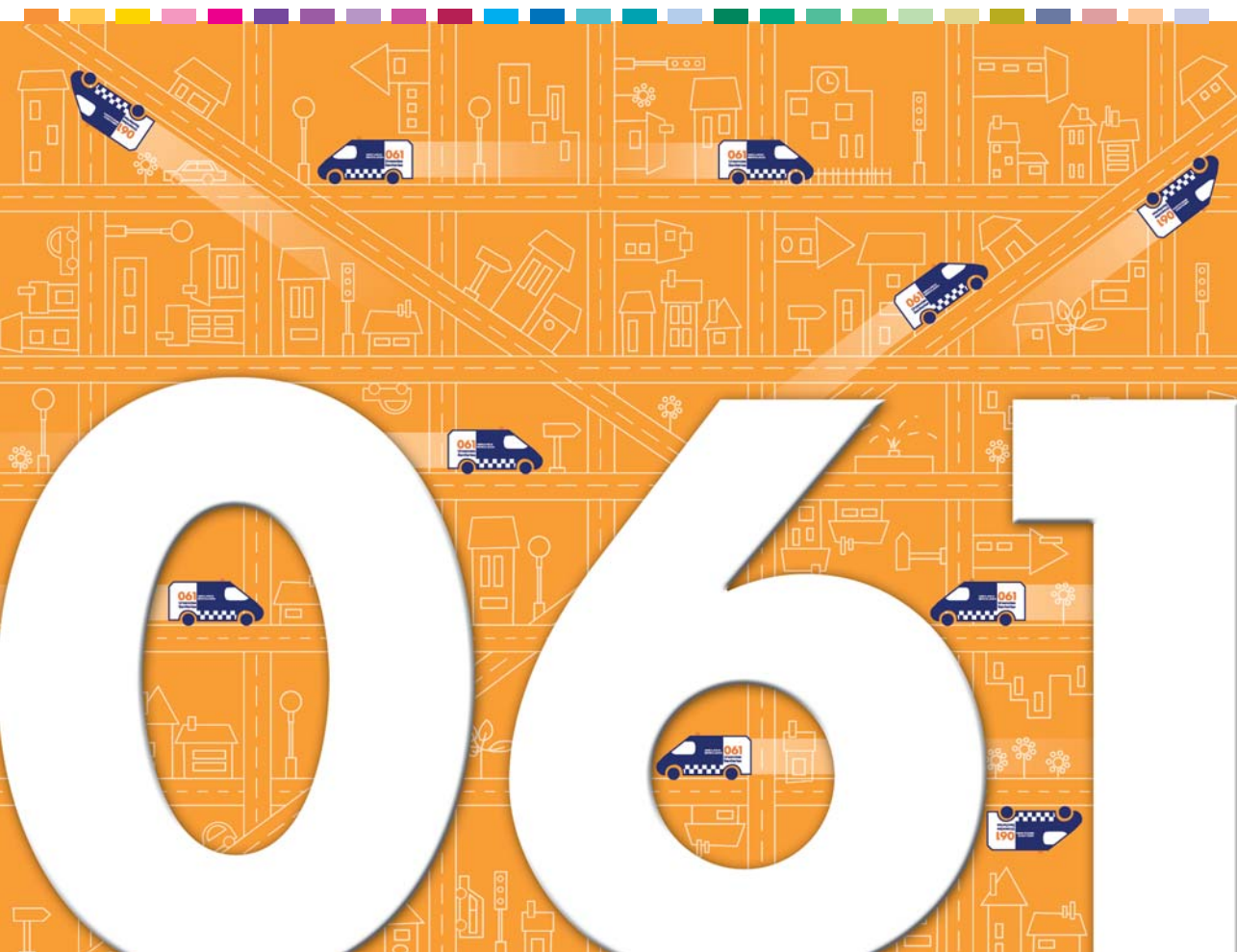


Manual de primeiros auxilios

Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061



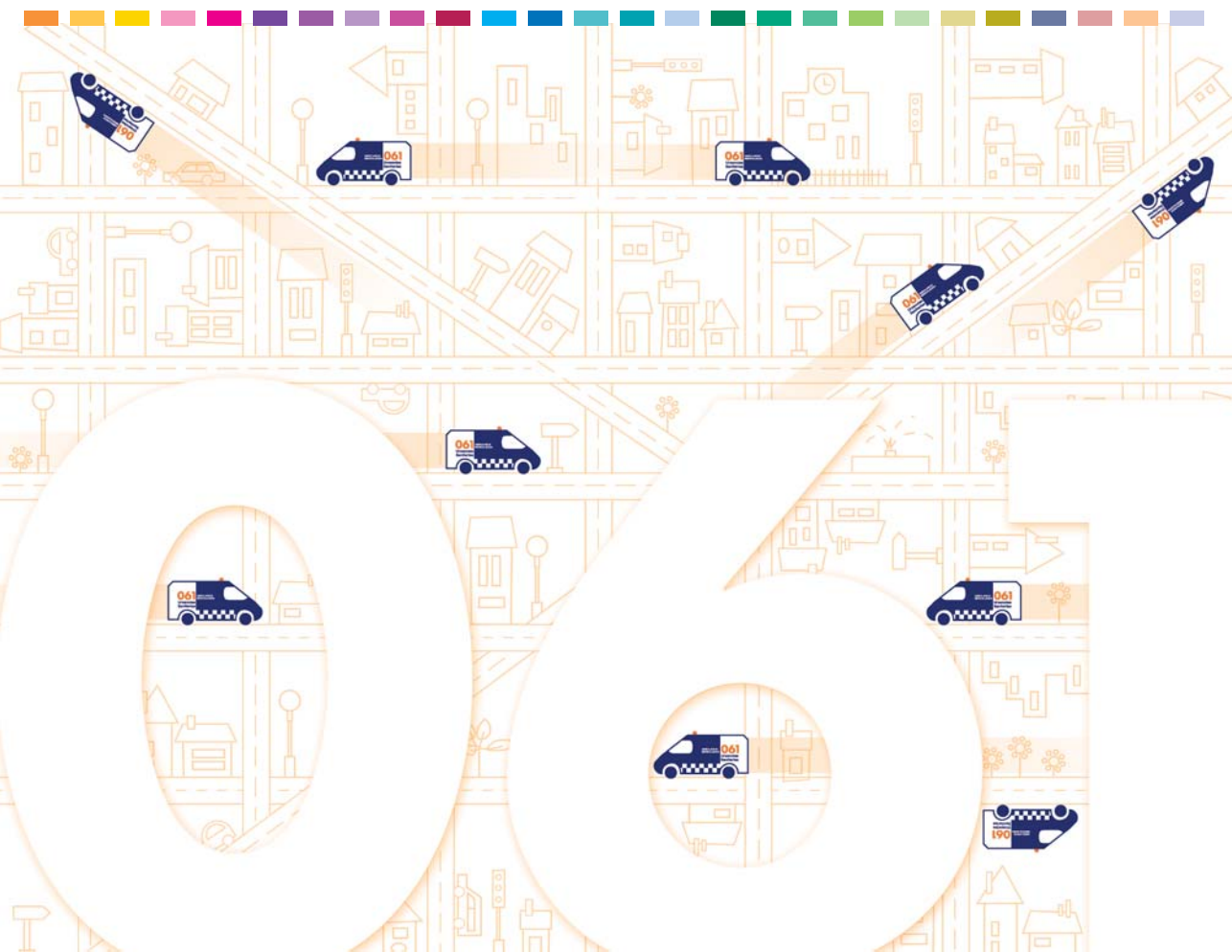
Normas de actuación

XUNTA DE GALICIA

Manual de primeiros auxilios

Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

Normas de actuación



Edita

Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

Deseño e maquetación

Mabel Aquayo, CB

Ilustracións

Mabel Aquayo, CB

José Tomás Díaz Teijo

ISBN

978-00-000-0000-0

Reservados todos os dereitos. Nin a totalidade nin parte deste libro pode reproducirse ou transmitirse por ningún procedemento electrónico ou mecánico, incluída 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

MARÍA LUISA CHAYÁN ZAS
MARÍA VICTORIA BARREIRO DÍAZ
JOSÉ ANTONIO IGLESIAS VÁZQUEZ

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

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

GRUPO DE TRABAJO

María Victoria Barreiro Díaz. Médica. Directora asistencial da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

Ángel Chayán Zas. DUE. Central de Coordinación. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

María Luisa Chayán Zas. Médica. Xefa de Servizo de Docencia da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Marta Dorribo Masid. Médica. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Óscar Estraviz Paz. DUE. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Viviane Ferreira Leite. DUE. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Beatriz García Gutiérrez. DUE. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Antonia González Araujo. Médica. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

José Antonio Iglesias Vázquez. Médico. Director da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Francisco Martínez Lores. DUE. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

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

Susana Rodríguez Barreiro. DUE. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Estefanía Salgado González. Médica. Base de Ourense. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

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

PRESENTACIÓN |

Durante os últimos anos asistimos a unha importante sensibilización da poboación cara aos métodos e ás técnicas de atención inicial ás situacións de urxencia. Xa non son soamente os servizos sanitarios, os bombeiros ou os corpos de seguridade os que teñen que realizar manobras de primeiros auxilios ou reanimación. Tamén o resto da cidadanía foi, pouco a pouco, implicándose na asistencia, cos seus coñecementos e cos medios dos que dispoñía nese momento.

Esta actitude permitiu que se diminúan os tempos de asistencia, xa que a alerta aos servizos de emerxencia se realiza de forma inmediata, e tamén, que se realicen manobras rápidas e sinxelas que conseguen manter o accidentado en condicións adecuadas ata a chegada do persoal sanitario.

Tamén a inclusión deste tipo de ensinanzas dentro das escolas e institutos permite formar unha poboación ávida de asumir coñecementos, cunha gran capacidade de retención destes e cunhas actitudes envexables para a colaboración e atención aos demais.

O presente manual de primeiros auxilios inclúe as situacións máis frecuentes ás que calquera poida ter que enfrontarse no día a día. Os autores, aos que felicito efusivamente, conseguiron sintetizar ao máximo os aspectos máis relevantes de cada problema e indicar con claridade o que se debe facer e o que temos que evitar en cada un deles.

É unha honra para min presentar esta obra realizada integramente por profesionais da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061, que contribuirá, sen ningún xénero de dúbidas, por unha parte a consolidarse como o libro guía de todos aqueles que poidan ser nalgún momento os primeiros intervenientes nunha urxencia, e por outro, a manter actualizados e de acordo coas evidencias científicas os coñecementos de atención urxente inmediata.

O papel de todos ante unha situación urxente é primordial e saber actuar contribuirá ao éxito da atención. A satisfacción dunha actuación ben feita será a nosa maior recompensa e neste manual atopará o que precise para saber o que ten que facer con sinxeleza, rapidez e eficacia.

José Antonio Iglesias Vázquez

Director da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

1	Reanimación cardiopulmonar básica	11
2	Obstrución da vía aérea (atragoamento).....	23
3	Afogamento (inmersión en auga)	33
4	Accidentes de tráfico	37
5	Traumatismos	43
6	Feridas	53
7	Amputación traumática de membros.....	59
8	Hemorraxias.....	65
9	Epistaxe ou hemorraxia nasal	71
10	Avulsión dental	75
11	Lesións ambientais (por frío e por calor).....	79
12	Reaccións alérxicas	89
13	Queimaduras	95
14	Intoxicacións: inxestión de substancias tóxicas	103
15	Picaduras	109
16	Mordeduras	121
17	Lesións oculares	127
18	Urxencias tocoxinecolóxicas	133
19	Perda de coñecemento	141
20	Dor torácica	145
21	Dor abdominal.....	151
22	Crise asmática.....	155
23	Crise de ansiedade	159
24	Convulsións	163
25	Diabetes descompensada	169
26	Bibliografía.....	177



1

Reanimación cardiopulmonar básica

Viviane Ferreira Leite
Marta Dorribo Masid

Conceptos xerais

A **parada cardiorrespiratoria (PCR)** defínese como a interrupción do funcionamento do corazón e os pulmóns, que se produce de forma BRUSCA e INESPERADA, que fai que o sangue e o osíxeno non cheguen ao resto do corpo, co que se danan así os órganos. Se non é tratada canto antes, a persoa morrerá ou quedará con graves secuelas neurolóxicas.

O **Soporte Vital Básico (SVB)** é un conxunto de técnicas encamiñadas a substituír as funcións respiratorias e circulatorias que toda a poboación debería coñecer. Non fai falta material, soamente as nosas mans e boca.

O **soporte vital avanzado** é un conxunto de técnicas e coñecementos encamiñados a restablecer e manter as funcións respiratoria e circulatoria. Necesita persoal cualificado, medicación e material.

Soporte vital básico de adultos



Cadea de supervivencia

Para que o soporte vital básico sexa efectivo temos que actuar de forma coordinada, coma se fósamos unha cadea en que todos os elos teñen que ser igualmente fortes.

Durante o tempo de resposta do 061 a supervivencia da vítima depende do inicio precoz por parte das testemuñas dos tres primeiros elos da cadea de supervivencia. As vítimas de PCR necesitan unha reanimación cardiopulmonar (RCP) inmediata, que proporcione un fluxo sanguíneo pequeno, pero crítico para o corazón e o cerebro.

Os DESA son desfibriladores semiautomáticos que permiten analizar o ritmo cardíaco e descargar un choque se está indicado. Estes aparatos deberíanse atopar en espazos públicos con moita afluencia como aeroportos, campos de fútbol, metro, estacións de tren etc.

Os elos desta cadea son:

1. Detección da emerxencia e chamada ao sistema de emerxencias (061).
2. Inicio inmediato do SVB.
3. Desfibrilación precoz (DESA).
4. Soporte vital avanzado precoz.
5. Coidados posreanimación.



SVB en adultos

1

O que  se debe facer

- Non pense que non se pode facer nada: a nosa actuación, que debe ser precoz e axeitada, pode duplicar as posibilidades de supervivencia fronte a vítimas coas que non se intentou o SVB.
- Non perda o tempo, cada minuto que pasa é precioso, polo que a valoración inicial e o aviso o 061 deben ser o máis rápidos posible tras comprobar que o paciente non respira normalmente.
- Non intente reanimalo antes de pedir axuda o 061, cando estea só coa vítima.
- Non pare as manobras ante a dúbida de equivocarse nalgún paso. É preferible continuar coa masaxe que non facer nada por dudar.

O que  se debe facer

O SVB consiste na seguinte secuencia de accións:

Seguridade da vítima e reanimador:

- Pense na nosa seguridade, a da vítima e a de calquera outra persoa presente para non aumentar o número de afectados.

Comprobe a consciencia:

- Axite os seus ombros suavemente e pregunte en voz alta: Atópase ben?
- **Se responde**, a vítima está consciente, polo que conserva a súa respiración e circulación (aínda que poden estar ameazadas). Polo tanto:

Normas de actuación

1

- Déixeo na posición en que se atopou, salvo que estea en perigo.
- Busque posibles lesións.
- **Chame o 061** para solicitar axuda médica.



- **Se non responde, berre pedindo axuda**, poña a vítima sobre as súas costas e abra a vía aérea mediante a extensión da cabeza e elevación do queixo (manobra fronte-queixo):
 - Poña a man sobre a fronte da vítima e coidadosamente incline a súa cabeza cara a atrás.



Grite pedindo axuda

Abra a vía aérea

Comprobe a respiración

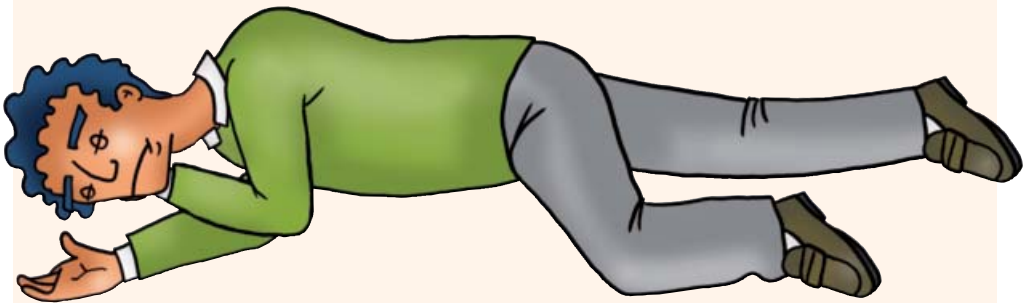
- Coas xemas dos dedos baixo o rebordo do queixo da vítima, eleve este para abrir a vía aérea.
- Mantendo a vía aérea aberta, mire, escoite e sinta se hai unha respiración normal, non máis de 10 segundos (comprobe a respiración):
 - Mire se hai movemento torácico.
 - Escoite se hai sons respiratorios.
 - Sinta se nota aire expirado na súa meixela.

Nos primeiros minutos dunha parada cardíaca, a vítima pode estar a respirar insuficientemente ou dando ruidosas bafaradas pouco frecuentes. Non hai que confundir isto coa respiración normal. Se ten algunha dúbida de se a respiración é normal, actúe como se non o fose.

- **Se non responde pero respira normalmente**, colocaremos a vítima en posición lateral de seguridade para protexer a permeabilidade da vía aérea pola caída da

lingua ou do padal brando e, ao mesmo tempo, prevírase a aspiración do vómito, se este se producise. Para iso, seguiremos os seguintes pasos:

- Aliñe o paciente boca arriba. Retire lentes ou outros obxectos que poidan dano.
- Situándose a un lado da vítima, coloque o brazo máis próximo ao reanimador en ángulo recto, coa palma da man cara a arriba.
- Coloque a outra man sobre o ombro máis próximo ao reanimador, coa palma da man cara a abaixo.
- Dobre a perna máis afastada e saque dos petos móbiles, chaves ou outros obxectos que poidan facer dano.
- Cunha man na cadeira e outra no ombro, xire a vítima cara ao reanimador.
- Estenda a cabeza da vítima e sitúe a meixela sobre a man.
- Manteña a perna que queda por arriba flexionada, de tal forma que a cadeira e o xeonllo formen un ángulo recto.



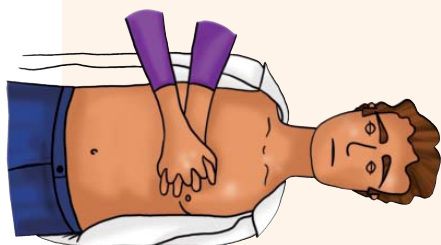
· **Se non responde e non está a respirar normalmente**, envíe a alguén por axuda ou, se está só, deixe a vítima e alerte o 061. Volva e inicie as compresións torácicas como segue:

- Axeónllese ao lado da vítima.
- Poña o talón dunha man no centro do tórax da vítima.
- Poña o talón da outra man enriba da primeira.
- Entrelace os dedos das súas mans e asegúrese de que a presión non é aplicada sobre as costelas da vítima. Non aplique a presión sobre a parte superior do abdome ou o extremo inferior do esterno.
- Colóquese verticalmente, enriba do tórax da vítima e cos seus brazos rectos prema sobre o esterno, afundíndoo polo menos 5 cm.
- Tras cada compresión deixe de facer presión sobre o tórax sen perder o contacto entre as súas mans e o esterno; repítalo cunha frecuencia de polo menos 100 por minuto.

Normas de actuación

1

- A compresión e a descompresión deben ter a mesma duración de tempo.
- Comprima forte, rápido e evite as interrupcións.



Poña o talón da outra man enriba da primeira man



Entrelace os dedos da súa man



Presione sobre o esterno afundíndoo polo menos 5 cm (non máis de 6 cm)

A vítima debe estar sobre unha superficie dura e boca arriba.

As compresións xeran un fluxo sanguíneo vital e permiten que chegue osíxeno e enerxía ao corazón e ao cerebro.

Combine as compresións torácicas con ventilacións.

- Tras 30 compresións, abra a vía aérea outra vez mediante a extensión da cabeza e elevación do queixo.
- Pinzar a parte branda do nariz, pechándoa cos dedos polgar e índice da man que está sobre a fronte.
- Permita que abra a boca, pero mantendo a elevación do queixo.
- Faga unha respiración normal e poña os seus labios arredor da boca, asegurándose de facer un bo selado.
- Sopre de xeito constante dentro da boca mentres observa a elevación do tórax, durante aproximadamente 1 segundo como nunha respiración normal; esta é unha respiración de rescate efectiva.
- Mantendo a cabeza estendida e a elevación do queixo, retire a súa boca da da vítima e observe o descenso do tórax, mentres vai saíndo o aire.
- Faga outra respiración normal e sopre dentro da boca da vítima outra vez para alcanzar un total de dúas respiracións de rescate efectivas. Entón volva poñer as súas mans sobre o tórax e dea 30 compresións máis.
- Continúe con compresións torácicas e respiracións de rescate cunha relación de 30:2.

- Unicamente se a vítima comeza a respirar normalmente, debe parar para revalorala. Doutro modo, non interrompa a reanimación.



Tras 30 compresións, abra a vía aérea outra vez mediante a extensión da cabeza e elevación do queixo



Sopre de xeito constante dentro da boca mentres observa a elevación do tórax



Retire a súa boca da da vítima e observe o descenso do tórax, mentres vai saíndo o aire

Se non está só, inicie as compresións e que a outra persoa abra a vía aérea e estea preparada para ventilar.

Mentres se fan as dúas ventilacións deixe de comprimir o centro do peito, pero non retire as mans para non perder tempo.

É preferible que os reanimadores estean en lados opostos. Debemos cambiar o reanimador das compresións cada 2 minutos aproximadamente para previr o esgotamento e manter unha calidade de compresións boa, tanto en frecuencia coma en profundidade.

A RCP só con compresións torácicas pode ser utilizada do seguinte xeito:

- Se non é capaz, non ten formación ou non desexa dar respiracións de rescate, dea unicamente compresións torácicas.
- Se só se dan compresións torácicas, estas deben ser continuas, a unha frecuencia de 100 por minuto.
- Pare para revalorizar a vítima só se empeza a respirar normalmente. Doutro modo, non interrompa a reanimación.

Continúe a reanimación ata que:

- Chegue axuda cualificada e se faga cargo.
- A vítima empece a respirar normalmente.
- Vostede estea esgotado.

Normas de actuación

Soporte vital básico pediátrico

A reanimación cardiopulmonar básica é o conxunto de manobras que permiten identificar se un neno está en situación de parada cardiorrespiratoria e realizar unha substitución das funcións respiratoria e circulatoria, sen ningún equipamento específico, ata que a vítima poida recibir un tratamento máis cualificado. Hai características distintas entre a PCR predominantemente cardíaca nos adultos e a PCR asfíctica máis común en nenos, pero para facilitar a retención de coñecementos recoméndase a mesma secuencia que en adultos, cunha mínima información adicional.

O que se debe facer

- Non abandone o neno inicialmente para pedir axuda.
- Non pense que non pode facer nada. Inicie inmediatamente o SVB.

O que se debe facer

- **A apertura da vía aérea será idéntica á do adulto.** Non obstante, en lactantes (nenos ata 1 ano de idade) buscaremos unha posición neutra do colo e en nenos (a partir do ano de idade) unha extensión lixeira-moderada.
- Para realizar as compresións torácicas debe colocar o neno sobre un plano duro.
- *Acabados de nacer e lactantes:* a compresión torácica pódese realizar con dous dedos: coloque os dedos medio e anular no terzo inferior do esterno. Coa



punta dos dedos de-
prima o esterno aproxi-
madamente un terzo
da profundidade do
tórax.

- **Nenos:** a masaxe car-
díaca pódese realizar
co talón dunha man ou,
se o neno é moi grande
ou o reanimador non
ten suficiente forza fí-
sica, coas dúas mans
entrelazadas. Débense
colocar o/os brazo/s,
en posición vertical
sobre o tórax do neno
para premer con máis
facilidade e deprimir
aproximadamente un
terzo da profundidade
do tórax. Levantar a
punta dos dedos para
asegurar que a presión
non se aplica sobre as
costelas.

- **Frecuencia de masaxe:**
a frecuencia da masaxe
cardíaca será entre 100
e 120 compresións por
minuto.

- **Relación da masaxe e
a ventilación:** 30 com-
presións torácicas/2
ventilacións, tanto no
lactante coma no neno.



Soporte vital básico pediátrico para persoal non sanitario



Tras un minuto, chame o 061 ou o equipo de reanimación e logo continúe a RCP



2

Obstrución da vía aérea (atragoamento)

Viviane Ferreira Leite
Susana Rodríguez Barreiro

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. Aquí chamaremos OVACE o que tecnicamente se denomina **Obstrución da Vía Aérea por Corpo Estraño**.

En ocasións, un obxecto sólido (xeralmente anacos de alimentos, froitos secos, globos, secrecións etc.) entra na vía aérea e obstrúea, impide a entrada e saída do aire e produce asfixia. Se esta situación de obstrución 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 que debemos facer para solucionalo.

Os atragoamentos acontecen máis frecuentemente en nenos, sobre todo nos menores de 5 anos, persoas discapacitadas e anciáns, polo que debemos intentar previlos ao ofrecerlles as comidas adecuadas segundo as súas características, utilizar xoguetes recomendados para a idade do neno e non deixar ao seu alcance obxectos pequenos etc.

Débese sospeitar que unha persoa pode ter unha obstrución da vía aérea por un corpo estraño cando, de forma repentina, presenta gran dificultade para respirar, tose ou ten respiración ruidosa, con coloración morada da cara e os labios.



Normas de actuación

O que se debe facer

- **Non deixe ao alcance dos nenos obxectos perigosos:** como xa dixemos, a prevención é a mellor medida contra os atragoamentos. Os xoguetes deben seguir as normas de seguridade; os globos teñen un risco moi importante de aspiración, polo que non se deben deixar ao alcance de menores de 6 anos; evite deixar nas mesas medicamentos e obxectos pequenos; ofrezca comidas axeitadas á idade do neno, non se lles debe dar froitos secos, nin gomas de mascar a menores de 4 anos.
- **Non impida que a persoa tusa:** a tose é o mecanismo máis efectivo para desobstruír a vía aérea, polo que se debe animar sempre a que a persoa tusa.
- **Non intente extraer o corpo extraño manualmente:** salvo que o obxecto se vexa moi doadamente dende fóra, non se debe intentar extraer co dedo, xa que corremos o risco de agravar a obstrución.

O que se debe facer

Recoñecemento da OVACE

Cando un corpo extraño se introduce na vía aérea, a reacción inmediatamente é tusir nun intento por expulsalo. A tose espontánea é posiblemente a manobra máis efectiva e segura para a desobstrución da vía aérea. Non obstante, se a tose está ausente ou é inefectiva e o obxecto obstrúe completamente a vía aérea, a persoa asfixiarase rapidamente. As intervencións activas para solucionar a OVACE son só necesarias cando a tose se fai inefectiva, pero nese momento deben iniciarse rápida e correctamente.

Signos xerais da OVACE

- Episodio presenciado
- Tose/atragoamento
- Inicio súbito
- Antecedentes recentes de estar a comer ou xogando con obxectos pequenos

Tose inefectiva

Incapaz de vocalizar
 Tose silente ou non tose
 Incapaz de respirar
 Cianose
 Descenso do nivel de consciencia

Tose efectiva

Chora ou resposta verbal a preguntas
 Tose ruidosa
 Capaz de coller aire antes de tusir
 Consciente

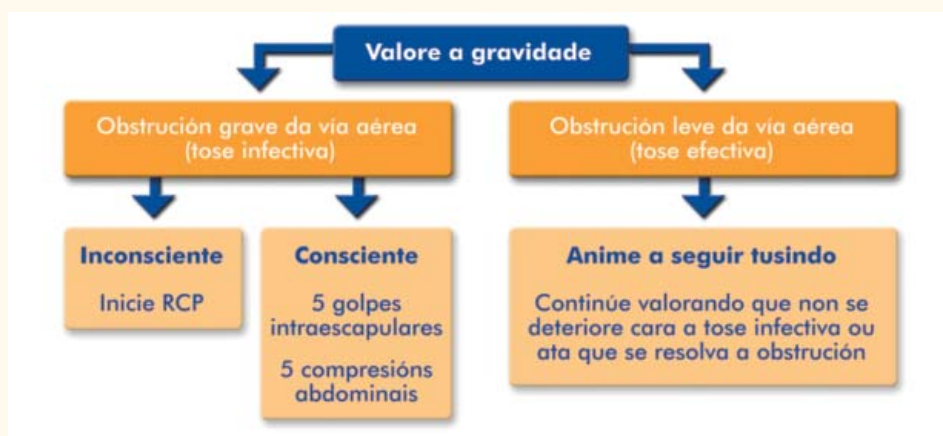
A maioría dos atragoamentos en lactantes e nenos suceden mentres xogan ou comen cando o coidador habitualmente está presente; polo tanto, estes sucesos frecuentemente son presenciados e as intervencións inicianse cando o neno está consciente.

A obstrución da vía aérea por corpo extraño caracterízase polo inicio súbito da dificultade respiratoria asociada con tose, arcadas ou estridor. Sospeite OVACE se o inicio é moi repentino, non hai outros signos de enfermidade e hai pistas que alertan o rescatador, por exemplo: antecedentes de estar a comer ou xogando con cousas pequenas inmediatamente antes do inicio dos síntomas.

Existen pequenas diferenzas entre os adultos e os nenos á hora de actuar ante un atragoamento, polo que imos explicar as normas de actuación por separado.

Desobstrución no adulto:

Algoritmo da obstrución da vía aérea por corpo extraño



Solución da OVACE

1. Se a vítima mostra signos de obstrución lixeira da vía aérea

- Anímallo a que continúe tusindo.

2. Se a vítima mostra signos de obstrución severa da vía aérea e está consciente

- Déalle ata cinco golpes nas costas do seguinte xeito:
 - Póñase ao lado e lixeiramente detrás da vítima.
 - Sostéña o tórax cunha man e incline a vítima cara a diante para que resulte máis doada a expulsión do corpo extraño.
 - Dea ata cinco golpes secos entre as omoplatas co talón da outra man.
- Comprobe se cada golpe nas costas solucionou a obstrución da vía aérea. A intención é solucionar a obstrución con cada palmada e non necesariamente dar as cinco.
- Se os cinco golpes nas costas fallan en solucionar a obstrución da vía aérea, dea ata cinco compresións abdominais como se indica:
 - Póñase detrás da vítima e rodee con ambos os dous brazos a parte superior do seu abdome.
 - Incline a vítima cara a diante.
 - Peche o puño e póñao entre o embigo e o final do esterno.
 - Colla o puño coa súa outra man e empurre secamente cara a dentro e cara a arriba.
 - Repítalo ata cinco veces.
- Se a obstrución aínda non se solucionou, continúe alternando os cinco golpes nas costas coas cinco compresións abdominais.



3. Se a vítima en calquera momento queda inconsciente

- Poña a vítima coidadosamente no chan boca arriba e sobre un plano duro.
- **Chame o 061.**
- Inicie a RCP coa secuencia de 30/2.
- Non se recomenda unha verificación rutineira da presenza na boca do corpo extraño durante as manobras.



Desobstrución pediátrica:

Algoritmo da obstrución da vía aérea por corpo extraño



Solución da OVACE

1. Se o neno mostra signos de obstrución lixeira da vía aérea.

- Se o neno está a tusir de xeito efectivo, non son necesarias manobras externas. Anime o neno a tusir e víxíeo continuamente.
- Cando a tose se faga inefectiva, **pida axuda inmediatamente chamando o 061.**



Normas de actuación

2. Se o neno mostra signos de obstrución severa da vía aérea e está consciente

- Se o neno está aínda consciente pero a tose está ausente ou é inefectiva, déalle 5 golpes nas costas.
- Se os golpes nas costas non solucionan a OVACE, déalles 5 compresións torácicas aos lactantes ou 5 compresións abdominais aos nenos. Estas manobras crean un *golpe* de tose artificial ao aumentar a presión intratorácica e desaloxar o corpo estraño.

Golpes nas costas:

Os golpes nas costas en **lactantes** realízanse da seguinte xeito:

- Suxeite o lactante coa cabeza cara a abaixo, en posición prona (boca abaixo) para permitir que a gravidade axude a sacar o corpo estraño.
- Un rescatador sentado ou axeonllado debería poder suxeitar o lactante de xeito seguro sobre o seu regazo.
- Suxeite a cabeza do lactante, poñendo o polgar dunha man no ángulo da mandíbula e un ou dous dedos da mesma man no ángulo contrario da mandíbula.
- Non comprima os tecidos brandos baixo a mandíbula do lactante porque podería empeorar a obstrución da vía aérea.
- Dea ata cinco golpes secos co talón da outra man no medio das costas entre as omoplatas.
- A intención é solucionar a obstrución con cada golpe, máis que dar os cinco golpes.



Golpes nas costas en lactante

Os golpes nas costas no neno de **máis de 1 ano** realízanse do seguinte xeito:

- Os golpes nas costas son máis efectivos se o neno se pon coa cabeza cara a abaixo.
- Un neno pequeno pode poñerse no regazo do rescatador, como o lactante.
- Se isto non é posible, poña o neno nunha posición inclinada cara a diante e dea os golpes nas costas dende atrás.

Se os golpes nas costas non poden expulsar o obxecto e o neno aínda está consciente, use as compresións torácicas en lactantes ou as compresións abdominais nos nenos. Non use as compresións abdominais (manobra de Heimlich) en lactantes.

Compresións torácicas para lactantes

- Poña o lactante nunha posición coa cabeza máis baixa e boca arriba. Isto conséguese de xeito seguro poñendo o antebrazo libre ao longo das costas do lactante e suxeitando o seu occipucio coa man.
- Coloque o lactante sobre o seu antebrazo, apoiado sobre a súa coxa.
- Identifique o punto de compresións torácicas (parte inferior do esterno).
- Dea cinco compresións torácicas similares ás compresións torácicas da RCP no lactante, pero máis secas e cunha frecuencia menor.



Compresións abdominais para nenos maiores de 1 ano

- De pé ou axeonllado ao lado do neno, poña os seus brazos baixo os do neno e abrace o seu torso.
- Peche o seu puño e póñao entre o embigo e o esterno.

Normas de actuación

2

- Suxeite o puño coa outra man e empurre secamente cara a dentro e cara a arriba.
- Repítalo ata cinco veces.
- Asegúrese de que a presión non se aplica sobre a apófise xifoides nin sobre as costelas; isto podería causar traumatismo abdominal.

Tras as compresións torácicas ou abdominais volva valorar o neno. Se o obxecto non foi expulsado e a vítima aínda está consciente, continúe a secuencia de golpes nas costas e compresións torácicas (lactante) ou abdominais (neno). Chame ou envíe a buscar axuda se aínda non está dispoñible. Non abandone o neno neste momento.

Se o obxecto foi expulsado con éxito, valore o estado clínico do neno. É posible que parte do obxecto poida permanecer aínda no tracto respiratorio e produza complicacións. Se hai algunha dúbida, busque asistencia médica. As compresións abdominais poden producir lesións internas e todas as vítimas tratadas con elas deberían ser examinadas por un médico.

3. Se o neno en calquera momento queda inconsciente

Se o neno con OVACE está ou queda inconsciente, póñalo sobre unha superficie lisa e dura. Chame ou envíe a alguén por axuda se aínda non está dispoñible. Non deixe o neno neste momento, proceda como se indica a continuación:

- Ábralle a boca e busque calquera obxecto visible. Se se ve un obxecto, intente quitalo cun único varrido dixital. Non intente varridos dixitais ás cegas ou repetidos estes poden impactar o obxecto máis profundamente e causar danos.
- Abra a vía aérea realizando unha extensión da cabeza e elevación do queixo e intente cinco respiracións de rescate. Valore a efectividade de cada respiración; se unha respiración non fai que o tórax se eleve, reposicione a cabeza antes de dar a seguinte.
- Se non hai resposta (movemento, tose, respiración espontánea) inicie a RCP (30 compresións e 2 ventilacións) durante un minuto antes de chamar o 061 (se non o fixo xa alguén).
- Unha vez **avisado o 061** continúe coa RCP ata que chegue a asistencia ou o neno se recupere.





3

Afogamento
(inmersión en agua)

Francisco Martínez Lores
Viviane Ferreira Leite

Conceptos xerais

Trátase dun incidente debido á inmersión ou submersión dunha vítima nun medio líquido que produce asfixia porque se impide a entrada de aire nos pulmóns. Independentemente de que sobreviva ou morra considérase un incidente de afogamento.

Lugares máis frecuentes: ríos, lagos, mar e piscinas.

A bañeira toma especial significación no caso de nenos e epilépticos.

Tipos

- 1. Inmersión:** polo menos a cara e a vía aérea están rodeadas de líquido e producen afogamento.
- 2. Submersión:** o corpo enteiro, incluída a vía aérea, están baixo o líquido.

Factores predispoñentes

Os factores predispoñentes relacionados co afogamento comprenden:

- A xuventude.
- A incapacidade para nadar (máis da metade das vítimas non saben nadar e son persoas que adoitan estar sas).
- 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, diabetes, síncope ou arritmias.

Prevenición

Valar zonas de baño, como piscinas, prevén accidentes por afogamento.

Peculiaridades

Se se produce unha parada cardíaca por afogamento, a auga fría pode diminuír rapidamente a temperatura corporal e nesta situación pode lograrse unha reanimación exitosa, aínda que pasara bastante tempo ata o inicio da reanimación (mesmo unha hora). As manobras de reanimación tamén se deben prolongar en caso de hipotermia.

Normas de actuación

O que



se debe facer

3

- **Non arrisque a súa vida:** é primordial rescatar a vítima, pero só se se está capacitado para iso, xa que de nada serviría aumentar o número de vítimas.
- **Non trate de eliminar a auga ingerida:** as manobras de Heimlich ou de drenaxe postural non están recomendadas, pois non melloran os resultados da resucitación e, non obstante, poden producir vómitos e aspiración. Só se realizarán se sospeitamos obstrución da vía aérea por un corpo extraño sólido.
- **Non pense que non hai nada que facer:** a hipotermia no afogado é un mecanismo de protección para o seu cerebro, polo que as manobras de RCP deben ser máis prolongadas.

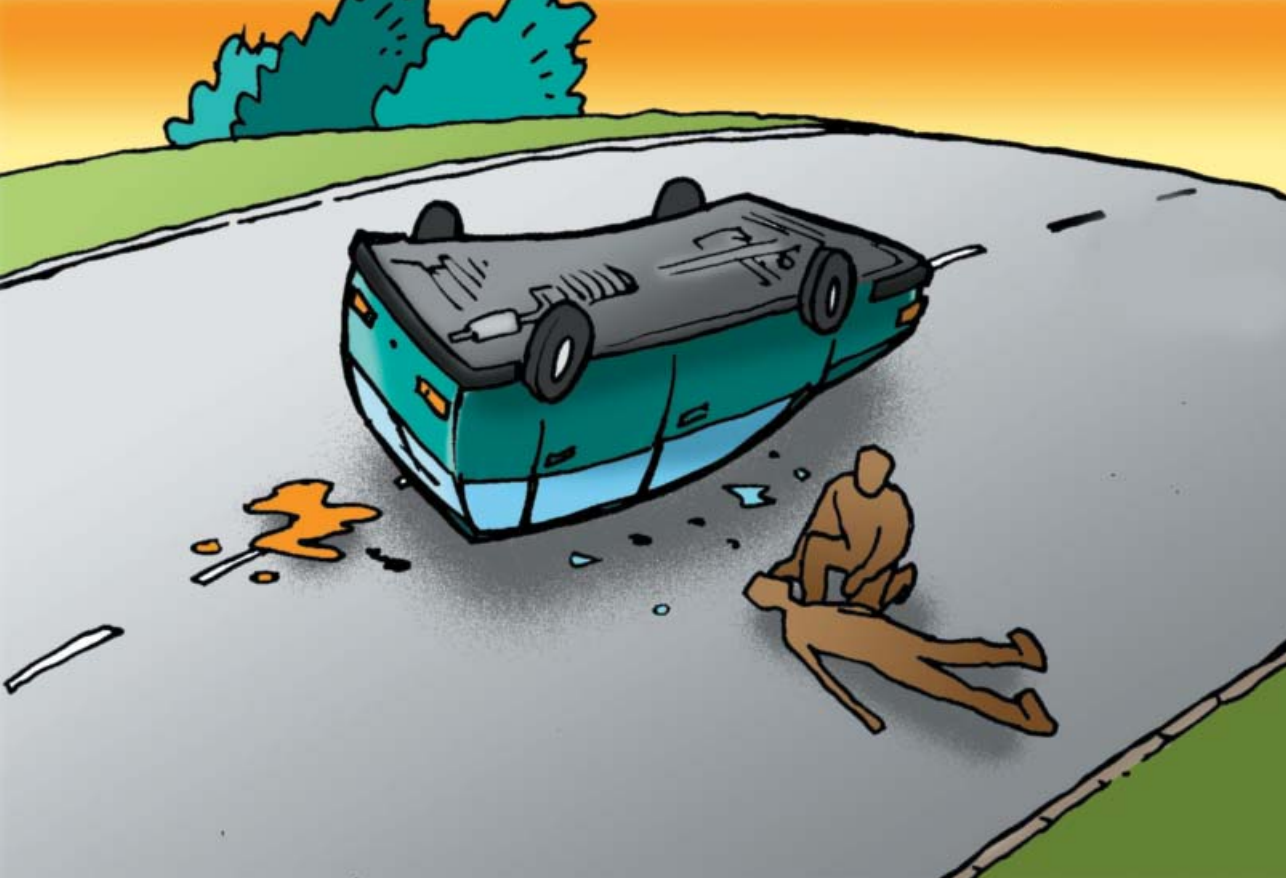
O que



se debe facer

- **Se se observan golpes importantes na cabeza ou colo,** manipule a cabeza con coidado. Isto non debe atrasar de ningún modo a reanimación se a persoa está en parada cardíaca.
- **Inicie canto antes as manobras de RCP** (de 5 respiracións de rescate antes das compresións). Ver capítulo de reanimación cardiopulmonar básica.
- **Chame o 061** para solicitar axuda médica urgente.





4

Accidentes de tráfico

David Sánchez Campos
Antonia González Araújo

Conceptos xerais

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



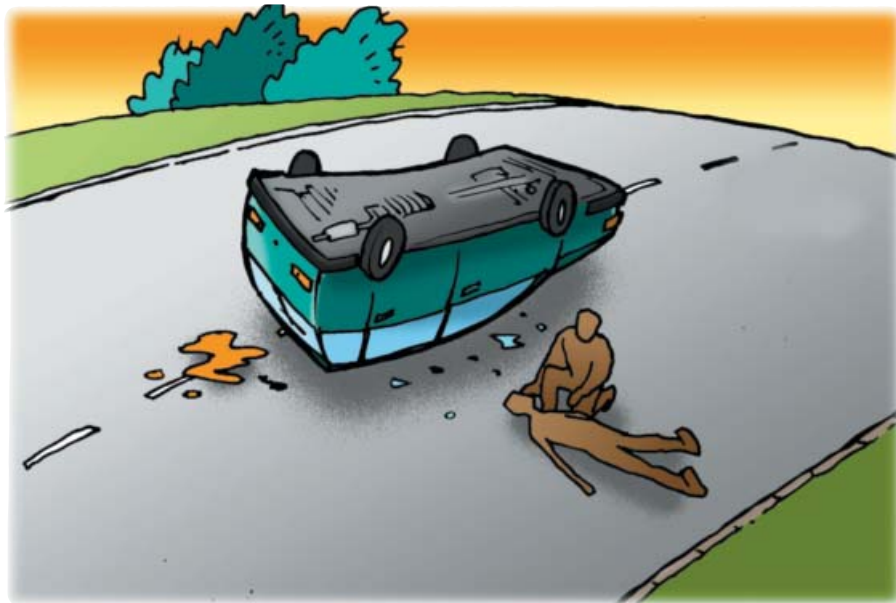
Tipos

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

- **A educación viaria**, respectar as normas de tráfico en todo momento.
- **Non consumir bebidas alcohólicas nin medicamentos** se se vai conducir posteriormente.
- **Utilizar as 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 ao peso e talla, ou elevadores para nenos maiores correctamente fixados ás estruturas do vehículo e co certificado de homologación correspondente.

Ante o accidente

Unha vez producido o accidente é fundamental actuar correctamente para intentar **NON AUMENTAR O NÚMERO DE VÍTIMAS**.



O que



se debe facer

- **Non poña a propia vida en perigo:** antes de proceder a atender os accidentados hai que adoptar as medidas de seguridade apropiadas, xa que de nada serviría aumentar o número de vítimas.
- **Non mova os feridos:** salvo que haxa perigo de incendio ou novas colisións, non se debe mover a ningún ferido, xa que podería agravar as súas lesións.
- **Non interveña se non sabe como:** se non ten experiencia, o mellor é non actuar e sempre **AVISAR CANTO ANTES**, para que acudan os servizos de emerxencia.
- **Non fume nas proximidades do lugar do accidente.**

O que



se debe facer

- **Evite provocar novos accidentes:**

- Aparque o coche nun sitio seguro, apartado do accidente, e acenda as luces de emerxencia.
- Sinalice o accidente 200 m antes e despois.
- A ser posible, poña roupa rechamante ou mesmo reflectante, nunca escura.
- Considere a existencia de perigos engadidos, como desprendemento de gases, incendios, cables eléctricos, etc.
- Apague as luces e retire as chaves do vehículo sinistrado.

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

- **Chame o 061** e informe 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...).

- **Siga en todo momento as indicacións da Central de Coordinación do 061.**



Ante o accidentado

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

O que



se debe facer

- **Non se deixe impresionar pola situación** sen facer nada por mellorala.
- **Non trate de levantar o lesionado.**

- **Non lle dea de beber.**
- **Non meta o ferido no primeiro coche dispoñible**, con espazo reducido e postura forzada.

4



O que **Si** se debe facer

- **Achéguese e actúe mantendo as medidas de seguridade:** débese empezar por un mesmo se a situación o require (accidentes en sitios perigosos, incendios, rotura de tendido eléctrico...).
- **Comprobe o nivel de consciencia e orientación** (como se chama, de onde é, se ten dor...).
- **Comprobe que respira:** debe ver se move o tórax (peito) e se entra e sae aire pola boca/nariz. En caso negativo, inicie manobras de reanimación (ver capítulo de Reanimación cardiopulmonar básica).
- **En caso de hemorraxia:** comprima fortemente sobre a zona (ver capítulo de feridas).
- **Mobilice o menos posible o accidentado ata que chegue o persoal sanitario:** salvo que corra algún perigo, non se debe mobilizar o ferido.
- **En caso de fracturas de extremidades, non intente reducilas:** como moito, pódese intentar inmovilizalas con material improvisado (táboas, varas, o propio corpo...).
- **Manteña o accidentado en posición cómoda e abrigado.**
- **Tranquilíceo.**
- **En caso de varios socorristas, deixe actuar o máis capacitado** (só debe mandar un).
- **Chame o 061** e informe de todos os cambios que se produzan.





5

Traumatismos

Óscar Estraviz Paz
Susana Rodríguez Barreiro

Conceptos xerais

Como traumatismo enténdese toda aquela lesión en órganos e/ou tecidos a consecuencia de accións mecánicas externas.

Neste capítulo aprenderemos a diferenciar os distintos tipos de traumatismo que podemos atopar nunha urxencia e como debemos actuar ante o paciente, xa que dependendo da súa intensidade e do lugar do corpo onde se produzan van constituír dende pequenas lesións sen importancia ata lesións que poden poñer en perigo a vida.

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:** consisten na rotura dun óso, que pode ter os fragmentos desviados ou non. Adoitan manifestarse con impotencia funcional, edema e dor na zona da lesión.
- 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 (luxación).
- 4. Feridas:** perda da solución de continuidade da pel, polo que se produce a saída de sangue ao exterior, que pode infectarse pola entrada de xermes. Dada a importancia de coñecer o tratamento axeitado das feridas, explicarémolo nun tema á parte.
- 5. Amputación de extremidades:** en ocasións, o traumatismo pode ser tan importante que produce 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.

Normas de actuación

Para explicar estas lesións imos dividir os traumatismos segundo a súa localización, xa que as normas que hai que seguir varían en función desta.

1. Traumatismos de cabeza

Son os provocados por un golpe na cabeza e a súa gravidade dependerá da intensidade do dito golpe. É fundamental coñecer **os 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 seguir as seguintes recomendacións:

O que



se debe facer

- **Non intente mover a cabeza e o colo**, xa que con iso poderíamos agravar as lesións que puidesen existir.
- **Non lle dea de comer ou beber á persoa.**

O que



se debe facer

- **Manteña o paciente tombado.**
- **Chame o 061** sempre que se sospeite gravidade.



2. Traumatismos en costas e colo

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) actúe con sumo coidado para evitar producir ou aumentar a posible lesión.



O que  se debe facer

- **Non mobilice inadecuadamente o paciente:** unha inadecuada mobilización podería producir ou agravar unha lesión medular, polo que se non sabemos como facela, o mellor é non trasladar nin mover o paciente, salvo que sexa estritamente necesario (que a permanencia no lugar sexa perigosa).
- **Non traslade a vítima nun medio non adecuado:** baixo ningún concepto se debe trasladar a estes pacientes nun vehículo particular. Sempre debe esperar á chegada de axuda médica cualificada.

O que  se debe facer

- **Avise o 061:** ante a sospeita dunha lesión importante débese avisar inmediatamente o 061, para que envíe a asistencia médica axeitada para trasladar o paciente.



Normas de actuación

- **Mova o paciente en bloque:** se é preciso mobilizar o paciente, farase coidadosamente, levantándoo entre varios (3 persoas), en bloque ou en prancha (como unha soa peza) e evitar movementos bruscos.



Inmovilización da columna cervical



Distribución de rescataores ao longo da vítima



Izado do corpo

- **Manteña o colo inmovilizado:** ante calquera traumatismo por riba do nivel da clavícula (caída de cabalo, dende unha escaleira, mergullada na auga con golpe contra as rochas ou o fondo da piscina, accidentes de tráfico...) hai que sospeitar

unha posible lesión de columna cervical, polo que debe MANTER O COLO IN-MOBILIZADO. O ideal é utilizar un colar ortopédico ou sacos de area a ambos os dous lados do colo e cabeza ou axeonllarnos detrás da cabeza do paciente aprisionando a súa cabeza contra os nosos xeonllos, pero, no seu defecto, realizarase coas mans, suxeitando con ambas as dúas a cabeza da vítima para evitar que se mova.

3. Traumatismo costal

Os traumatismos costais poden provocar dende lesións sen importancia (contusións leves) ata lesións importantes con fracturas a nivel das costelas, que en ocasións poden lesionar o pulmón. En xeral, todas elas se van caracterizar pola aparición de dor, o cal nos guiará cara á gravidade do cadro.

O que se debe facer

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

O que se debe facer

- **Tome analxésicos:** é moi importante calmar a dor, por todo o exposto anteriormente.
- En caso de dificultade respiratoria ou dor moi intensa, **avise o 061.**



Normas de actuación

4. Traumatismos de extremidades

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

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:

- **Aplique frío local.** Débese aplicar xeo, envolvido nun pano, e aplicar compresión sobre a zona.
- **Permaneza en repouso.**

Escordaduras

Prodúcese cando o golpe lle afecta á articulación e se produce desgarro ou distensión dos seus ligamentos. Maniféstase por dor e inchazo, e son posibles os movementos.

Normas de actuación:

- **Aplique frío mediante compresas ou bolsas de xeo.**
- **Eleve a zona lesionada.**
- **Repouso absoluto** ao principio e empezar a camiñar con axuda tan pronto se poida.
- **Consulte o médico.** Débese consultar se a dor é moi intensa ou aparece inchazo importante.

Luxacións

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

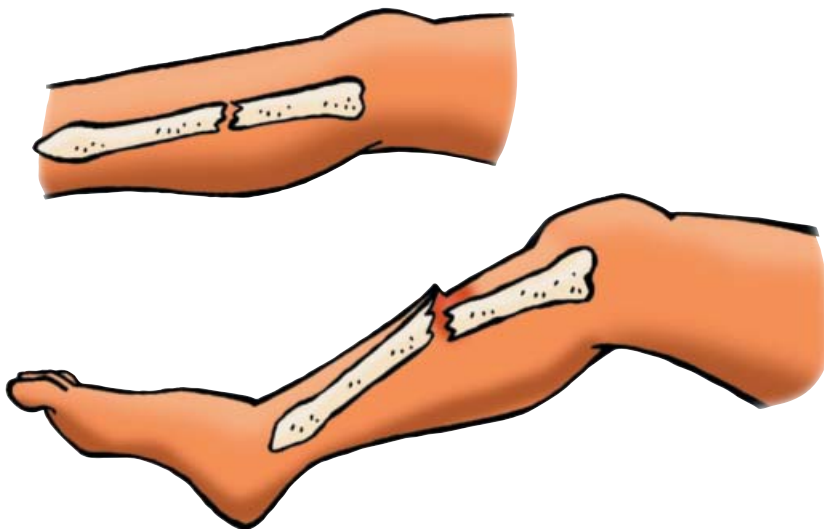
Normas de actuación:

- **Non intente reducir a luxación,** xa que con iso poderíamos agravar a lesión.
- **Inmobilice a articulación na posición en que se atope.**
- **Traslade o paciente para que reciba asistencia médica ou avise o 061 se isto non é posible.**



Fracturas

Consiste na rotura dun óso, que pode ter os 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, e que facilita a entrada de xermes que provocarían unha infección, teremos unha fractura aberta. A fractura de calquera óso adoita ir acompañada de dor, que aumenta á 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

- Inmobilíceo: débese inmovilizar contra o propio corpo do paciente ou sobre un pano en estribeira.
- Traslade o paciente para valoración médica.

Fractura de perna

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

- **Inmobilice a perna:** débese realizar con férulas improvisadas (paus, cartóns, periódicos...) e unhas vendas, abranguendo dende o xeonllo ata o nocello, ambos os dous incluídos. Outra opción é inmovilizar unha perna contra outra.
- **Traslade o paciente se é posible ou avise o 061.**



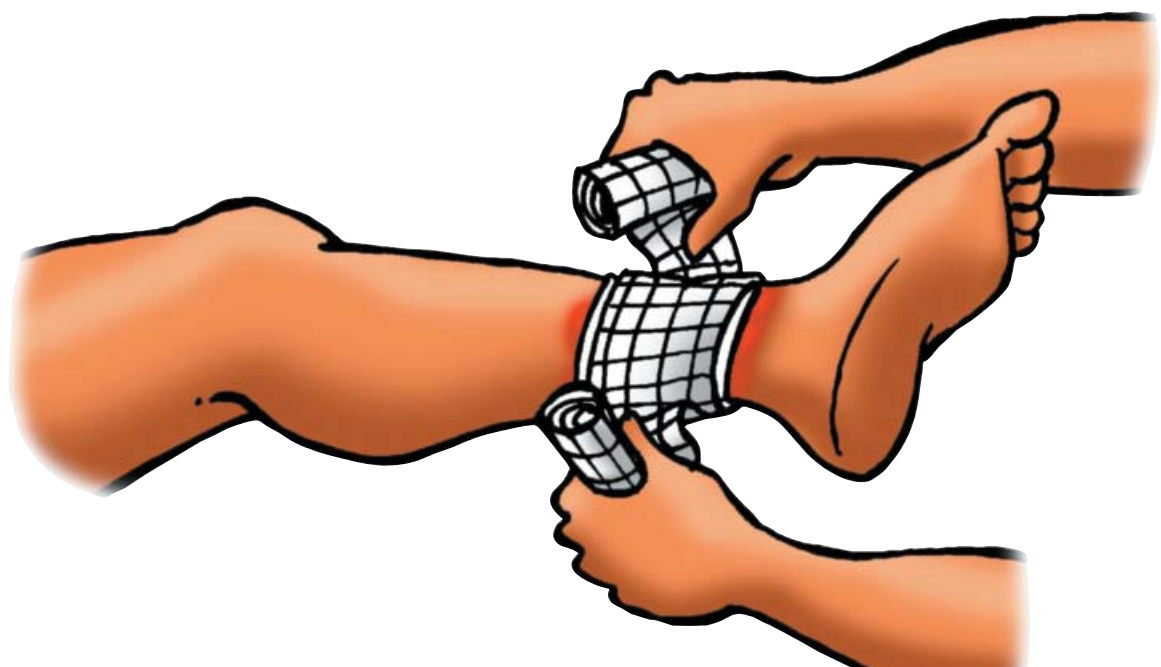
Normas de actuación

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

Caídas de pouca importancia aparente poden ser suficientes en persoas maiores para provocar unha fractura de cadeira e sufrir dor de inmediato ante calquera mobilización e incapacidade para poñerse en pé.

- **Avisar o 061.**
- **Inmovilice a coxa contra a outra perna**, utilizando vendas ou unha manta e evitando movementos bruscos.





6

Feridas

Oscar Estraviz Paz
Natalia Rodríguez Arias

Conceptos xerais

Unha ferida consiste na perda da solución de continuidade da pel, polo que se produce a saída de sangue ao exterior e queda aberta unha vía de entrada para os xermes co que se pode producir unha infección.

Tipos

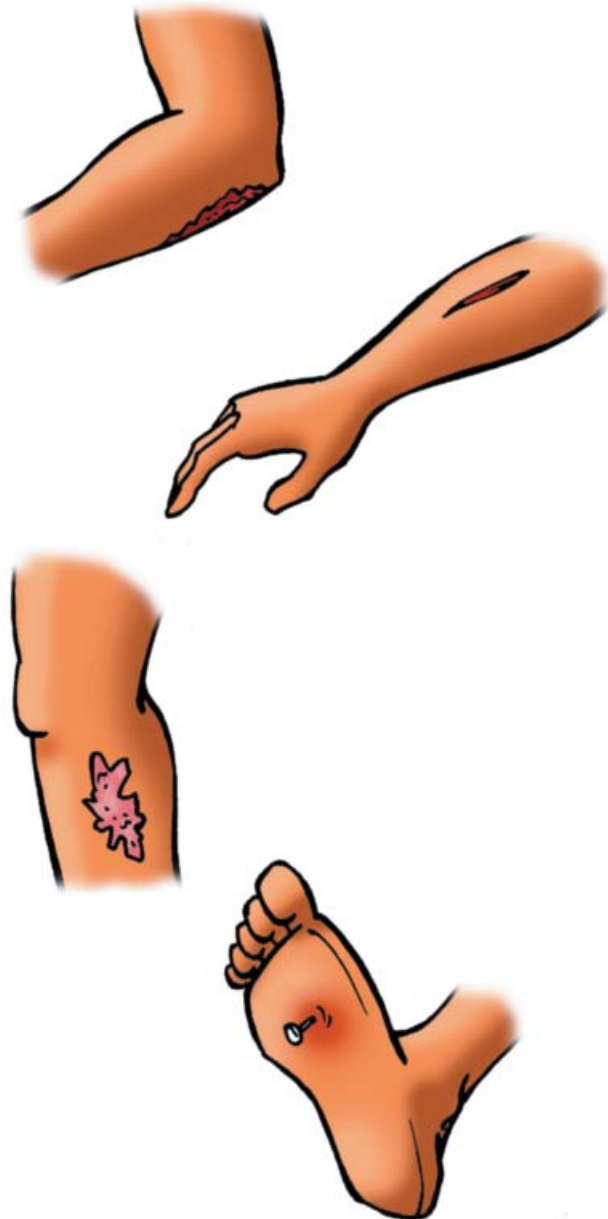
Segundo o **mecanismo de produción**, as feridas clasi-fícanse en:

1 • Abrasións: é a ferida menos profunda e consiste unicamente no desprende-mento superficial da pel.

2 • Ferida incisa: son cortaduras lineais con bordos limpos, como as que produce un coitelo. En ocasións poden ser moi profundas e tenden a sangrar moito.

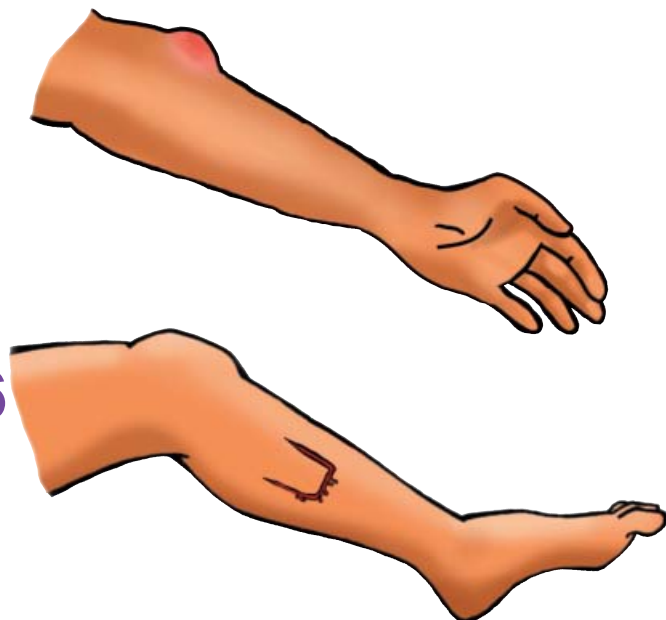
3 • Ferida lacerante ou es-gazada: é a causada por un obxecto romo, pero co fío suficiente para esgazar os tecidos. A hemorraxia adoita ser menor, aínda que tardan máis en curar e adoitan deixar cicatrices.

4 • Feridas punzantes: son as causadas por un obxecto punzante que penetra a pel. Poden ser moi graves por le-sión de órganos internos.



Normas de actuación

6



5 • Feridas contusas: producidas pola resistencia que exerce o óso ante un golpe (pedras, puños, paus etc.) que se produce lesión de tecidos brandos. Hematoma e dor son as consecuencias máis directas deste tipo de feridas.

6 • Avulsións: cursan con desgarrar, separación e destrución do tecido, adoitan presentar hemorraxia abundante. Un exemplo claro é a ferida producida por unha mordedura de can.

Normas de actuación ante unha ferida leve

Consideramos feridas leves os pequenos cortes e erosións superficiais.

O que **Non** se debe facer



- **Non manipule a ferida sen as debidas medidas hixiénicas:** todas as feridas deben ser lavadas convenientemente e manipuladas o menos posible, sempre coas mans limpas.
- **Non subestime o alcance da ferida:** aínda que se trate de pequenas feridas, ante a dúbida de posible infección ou da profundidade, debe consultar co seu médico.

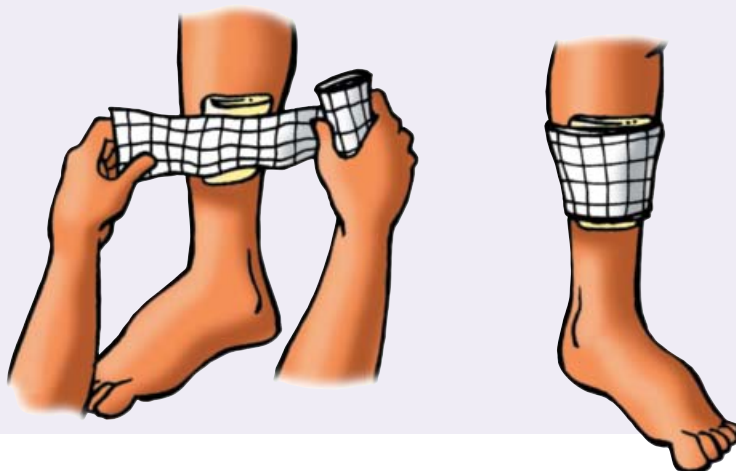
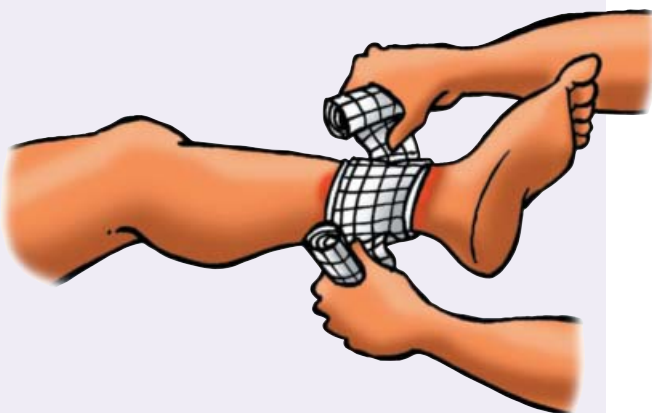


O que



se debe facer

- **Limpe axeitadamente a ferida:** débese lavar con auga e xabón abundante.
- **Quite os corpos estraños:** intentarase se son accesibles e poden extraerse con facilidade.
- **Desinfecte a zona** con auga osixenada ou antiséptico se se ten á man, sempre dende o centro da ferida cara a fóra, para evitar introducir xermes nesta.
- **Comprima a zona** cun pano limpo (toalla, gasas, pano...) en caso de sangrado.
- **Cubra a ferida con material estéril** ou, polo menos, limpo (gasas, vendas, apósitos...) e posteriormente proceda á súa limpeza e desinfección todos os días. Se a ferida non foi importante, en 2 ou 3 días pódella deixar ao aire.
- **Verifique vacinación antitetánica:** ante unha ferida sucia (traballos no campo, con terra, fertilizante, malas condicións hixiénicas...), así como picadas con ferros, cravos oxidados ou estela, **NUNCA ESQUEZA** se se está correctamente vacunado contra o tétano e cando recibiu a última dose. **CONSULTE O SEU MÉDICO.**



6

Normas de actuación

Normas de actuación ante unha ferida grave

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.

6



O que **Non** se debe facer

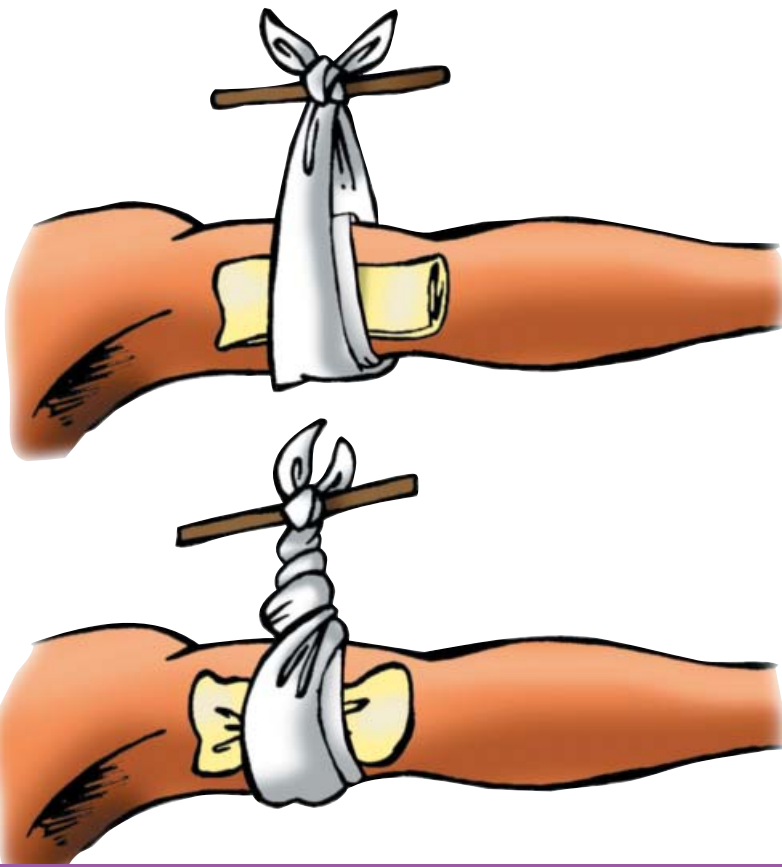
- **Non perda tempo:** ante unha ferida profunda, que sangra moito, deberase acudir a un centro sanitario para a súa valoración. Non se debe envolver e apertar a ferida cun pano que non estea limpo e, deixar pasar o tempo á espera de que cure, pois existe risco de infección e cicatrización inadecuada.
- **Non intente extraer os corpos estraños:** en feridas sucias, con moitos corpos estraños e pouco accesibles, o mellor é non intentar extraelos.



O que **Si** se debe facer

- **Intente deter a hemorraxia:** comprima a zona cun pano limpo (toalla, gasas, pano...) en caso de sangrado. Recorde que para que unha ferida deixe de sangrar se debe comprimir e elevar o membro afectado se é posible (co que o sangrado tenderá a diminuír e se facilitará o seu control).
- **Deite o paciente:** en caso de feridas graves é mellor deitar o paciente para diminuír o sangrado e evitar que se maree.
- **Valore a gravidade:** avalíe a profundidade, hemorraxia ou sangrado da ferida e se está afectada a mobilidade dalgún dedo ou extremidade, para decidir o traslado a un centro sanitario.
- **Verifique a vacinación antitetánica:** NUNCA ESQUEZA se se está correctamente vacinado contra o tétano e cando recibiu a última dose.
- **Chame o 061** para solicitar axuda médica urgente.





7

Amputación traumática de miembros

David Sánchez Campos
Beatriz García Gutiérrez

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 **in-completa** cando hai algunha estrutura que mantén a conexión entre os segmentos.



Normas de actuación

O que



Non

se debe facer

- **Non asuste o paciente.** É fundamental manter unha actitude serena, para que o paciente estea tranquilo.
- **Non o traslade de calquera xeito:** débese solicitar asistencia médica para o traslado.
- **Non poña tratamento na zona ferida.** Non se debe aplicar nada sobre a ferida, pois dificultaría a súa posterior reimplantación se esta é posible.
- **Non poña torniquetes,** salvo que sexa imprescindible para cortar a 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.
- **Non perda tempo.** Canto antes actuemos e solicitemos asistencia médica, haberá maiores posibilidades de reimplantación do membro.

O que

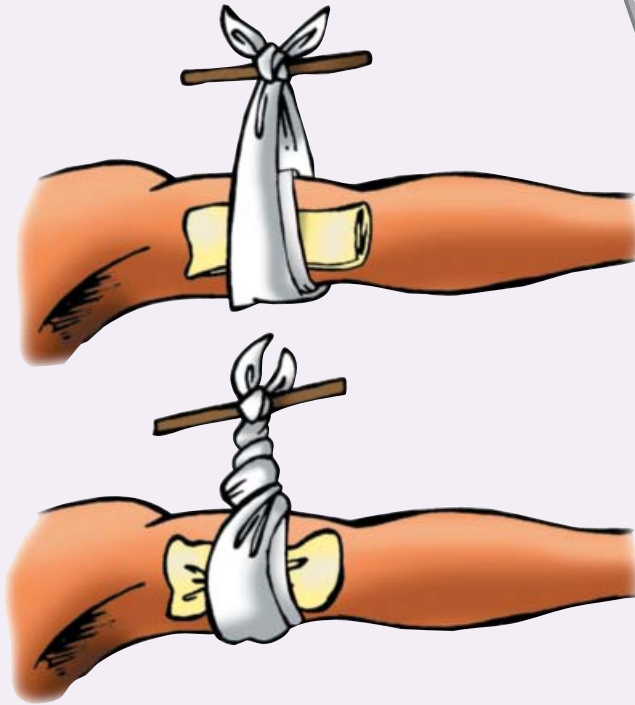


Si

se debe facer

- **Tranquilice o ferido.**
- **Deteña a hemorraxia:** coloque unha vendaxe compresiva. 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 utilice corda ou arame, xa que se lesionarían os tecidos. Envolve cunha banda ancha (pau, gravata, compresa) e déalle dúas voltas á extremidade (coxa ou brazo) e faga un nó. Coloque un pau, un lapis ou obxecto similar sobre o nó e ate os extremos do torniquete sobre este. Xire a ferida ata apertar o torniquete e que deixe de sangrar, asegúreo nesta posición. Anote a hora en que se colocou.
- Cada 15-30 minutos afrouxe lentamente o torniquete para que chegue sangue ao membro viable e volva apertar en caso de que persista a hemorraxia.

- **Avise o 061** para solicitar asistencia médica urgente. É FUNDAMENTAL AVISAR CANTO ANTES.



- **Inmobilice a zona:** se o segmento amputado non está de todo separado, inmobilice a extremidade lesionada e respecte as conexións existentes.
- **Prepare a zona amputada:** se o segmento amputado está completamente separado, envolverse en gasas estériles (ou un pano limpo no seu defecto), e introducirase nunha bolsa de plástico, que á súa vez se colocará nun recipiente con auga e xeo, sen que se molle ou toque o xeo directamente.



8

Hemorragias

Oscar Estraviz Paz
Estefanía Salgado González

Conceptos xerais

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

Tipos

As hemorraxias pódense clasificar baseándose en diferentes parámetros:

- **Segundo o tempo en que se producen:**
 - AGUDA: sangue moi abundante e rápida no tempo.
 - CRÓNICA: perda de sangue que dura máis ou menos 15 días.
- **Segundo o vaso afectado:**
 - ARTERIAL: sangue de cor vermella brillante que sae ao 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, zumegando e de forma máis lenta que as dúas anteriores, chamado sangrado en saba.
- **Segundo a súa localización:**
 - EXTERNA: o sangue sae ao exterior, o que facilita a valoración da gravidade e contía da hemorraxia.
 - INTERNA: o sangue acumúlase no interior do corpo.
 - EXTERIORIZADA: hemorraxia inicialmente de orixe interna cuxo contido se acaba vertendo ao exterior por algún orificio natural (ex.: hemorraxia dixestiva).

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.

Hemorraxias externas

O que **Non** se debe facer



- **Non perda a calma:** ante unha hemorraxia externa intensa é fundamental unha actuación rápida e adecuada para evitar unha perda de sangue excesiva.
- **Non aplique torniquetes:** a pesar da difusión do seu uso durante uns anos, actualmente só están indicados en caso de amputación traumática con hemorraxia abundante ou no caso de que sexa imposible parar a hemorraxia doutro xeito.

O que **Si** se debe facer



- **Aplique presión directa sobre a ferida:** cubrir a ferida cun apósito estéril (ou no seu defecto un pano, unha saba limpa etc.) con presión firme e directa sobre a área sangrante.



- **Deite o paciente:** póñao en posición horizontal e afrouxe a roupa. Se se marea, elévelle as pernas.

- **Eleve a zona danada** para que cese a hemorraxia se a ferida está situada nun membro.

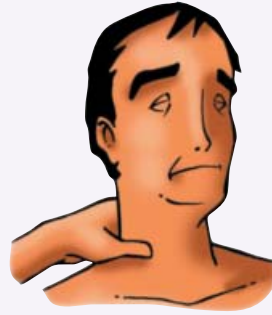
• **Se a hemorraxia cedeu:** se tras premer uns 5 minutos, a hemorraxia cesa, débense fixar os apósitos mediante unha vendaxe compresiva, sen apertar demasiado.

- **Se a hemorraxia non cede:** siga comprimindo e coloque un novo apósito por riba sen retirar o anterior e **avise o 061**.

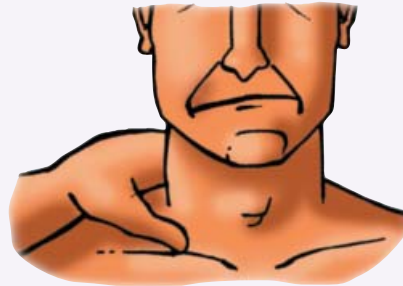


Mentres chega a asistencia, pódese intentar aplicar presión externa sobre uns puntos determinados para colapsar a arteria principal a distancia, entre o corazón e a ferida, e así conseguir diminuír a velocidade de sangrado:

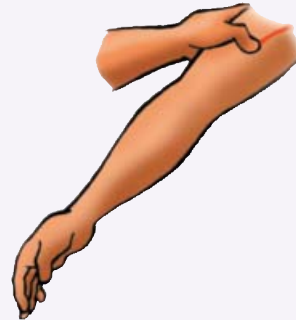
-Arteria CARÓTIDA (irriga a cabeza): no colo, xunto á traquea e exerza presión contra a columna vertebral.



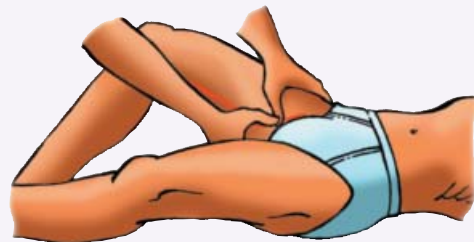
-Arteria SUBCLAVIA (en hemorraxias do ombro): por detrás e no centro do extremo interno da clavícula.



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



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



Normas de actuación

Hemorraxias internas

As hemorraxias 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 presente os síntomas de gravidade antes descritos.

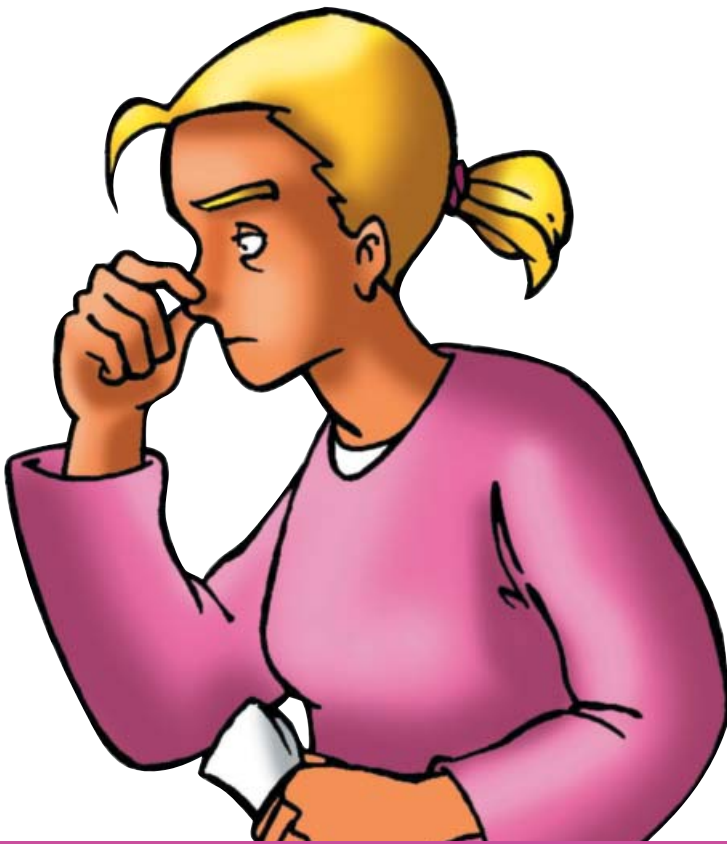
O que se debe facer

- **Non perda tempo:** é fundamental que reciba asistencia sanitaria o máis rapidamente posible.
- **Non lle dea de comer ou beber:** non se lle debe administrar nada ao paciente, aínda que o pida.

O que se debe facer

- **Tranquiline o paciente.**
- **Abrígueo con mantas.**
- **Valore o nivel de consciencia mentres chega a asistencia e inicie a reanimación se é preciso** (ver tema de Reanimación Cardiopulmonar).
- **Solicite axuda médica urgente chamando o 061.**





9

Epistaxe ou
hemorragia nasal

Estefanía Salgado González
Beatriz García Gutiérrez

Conceptos xerais

Epistaxe é todo sangrado orixinado nas foxas nasais; poden sangrar unha ou as dúas.

O sangrado nasal é moi frecuente, sobre todo na idade infantil, adolescencia e anciáns.

As causas poden ser múltiples: traumatismos, corpos estraños, rinites alérxicas, tumores, hipertensión arterial, alteracións da coagulación, toma de medicamentos etc.

Xeralmente os sangrados orixínanse no tabique nasal e son doados de parar. Algúns sangrados máis posteriores son difíciles de controlar.



Normas de actuación

O que **Non** se debe facer



- **Non bote a cabeza cara a atrás** (non diminúe o sangrado).
- **Non se soe**, porque se eliminan os coágulos.

O que **Si** se debe facer



- **Quede de pé** ou sentado para diminuír o fluxo dos vasos do nariz.
- **Prema o nariz cos dedos polgar e índice** durante 5-10 minutos, habitualmente é suficiente.
- **Coloque un taponamento nasal** cun algodón empapado en auga osixenada; introdúcese na foxa nasal que sangra e comprímense con dous dedos ambas as dúas foxas nasais 10-15 minutos. O tapón déixase posto varias horas.
- **Se tras estes procedementos non cesa o sangrado, chame o 061** para solicitar axuda.





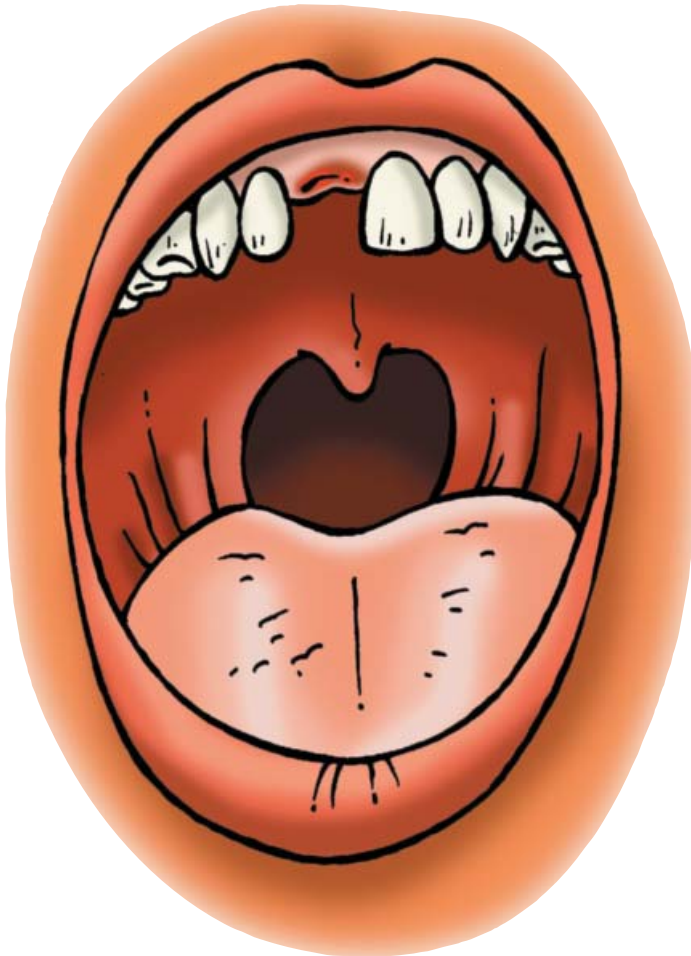
10

Avulsión dental

M^a Luisa Chayán Zas
Ángel Chayán Zas

Conceptos xerais

A avulsión dentaria dáse cando un dente, conservando a súa integridade, sae do seu aloxamento no óso debido a un traumatismo, é dicir, o dente salgue completamente do seu alvéolo.



Normas de actuación

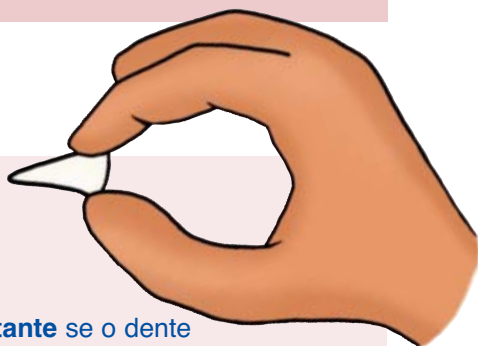
O que  se debe facer

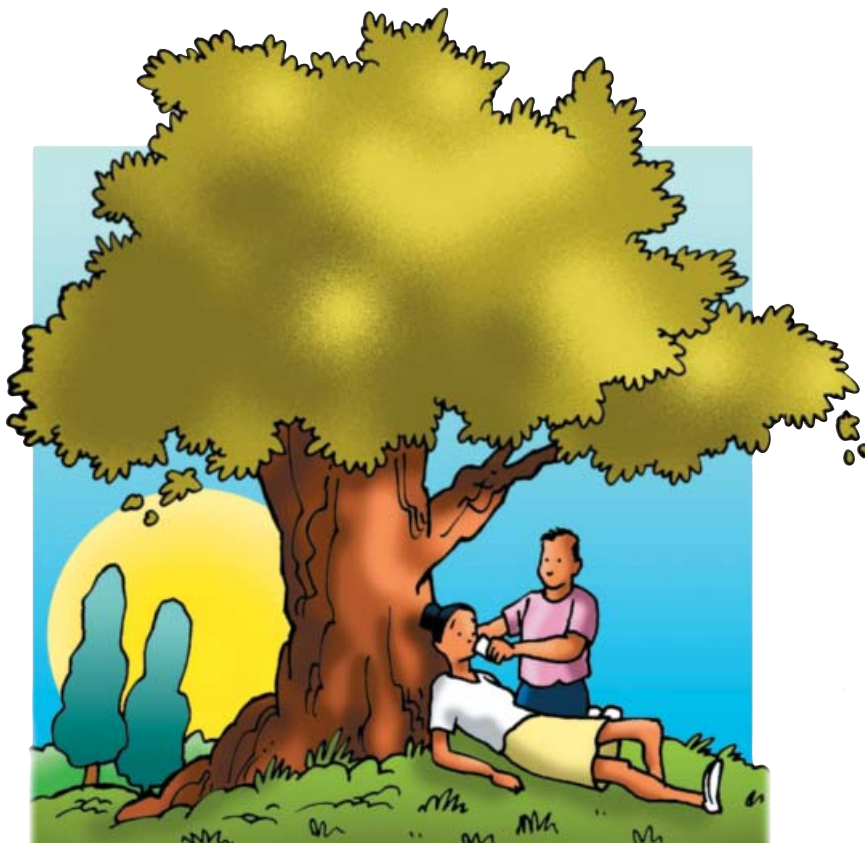
- Non toque o oco do dente, non o raspe e non o cepille.
- Non toque a raíz do dente, non raspe nin a enxaboe.
- Non somerxa o dente nalgunha solución antiséptica.
- Non intente reimplantalo se no oco quedan restos do dente. **Só se reimplantarán os dentes definitivos.** En nenos, se son dentes temporais, non os reimplante.
- **Reimplantar está contraindicado nos seguintes casos:** dentes con caries extensas e profundas, enfermidade periodontal avanzada, fracturas alveolares múltiples, patoloxía sistémica grave, toma de inmunosupresores ou cando o dente estivo nun ambiente seco durante moito tempo.

10

O que  se debe facer

- **Recolla o dente** colléndoo pola coroa **NUNCA** pola raíz.
- **Intente reimplantalo de forma suave e constante** se o dente e o seu oco están limpos. Se está sucio, láveo en auga da billa e déixea correr durante 10 segundos antes de colocalo. Se pode recolocar o dente no alvéolo, mantéñao no seu sitio mordendo un pano de mesa ou un pano.
- **Manteña o dente húmido en todo momento.** Se o dente e o seu oco non están limpos, colóqueo nun recipiente con leite ou auga, así pódese conservar ata 3 horas. Se non hai un medio húmido de conservación en paciente adulto sen déficit de consciencia, pódese colocar debaixo da lingua.
- **Chame o 061** en caso de atragoamento co dente, dor intensa ou hemorraxia (teña precaución coa toma de anticoagulantes porque favorecen o aumento de sangrado).
- **Acuda de urxencia ao dentista**, para tratamento dental.

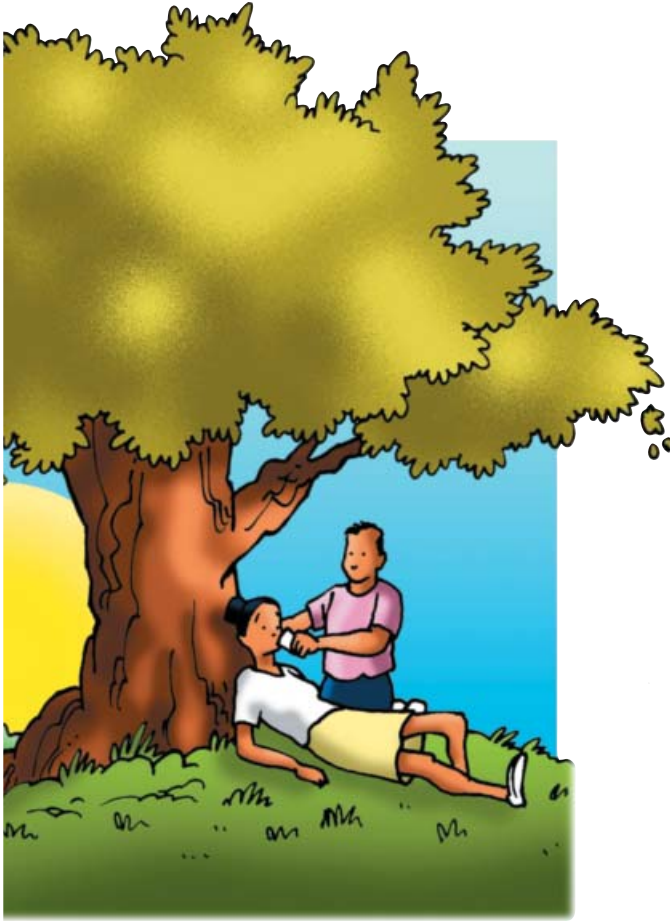




11

Lesións ambientais (por frío e por calor)

Antonia González Araujo
Oscar Estraviz Paz



Conceptos xerais

O noso organismo en condicións normais é capaz de manter, por diversos mecanismos, unha temperatura constante. Pode acontecer que en situacións ambientais extremas e en determinadas persoas, estes mecanismos non sexan suficientes e aumente ou diminúa a temperatura corporal, de forma que lle afecte ao normal funcionamento do organismo. Estas alteracións poderían estar relacionadas cunha exposición excesiva á calor ambiental ou ao frío.

Normas de actuación

Lesións por calor

O **esgotamento por calor** prodúcese pola perda de líquidos e sales minerais pola profusa suor e se non se corrixe, pode evolucionar cara ao golpe de calor. Caracterízase por sensación de cansazo, flaccidez e desmaio; con dor de cabeza, náuseas e vómitos.

O **golpe de calor ou insolación** prodúcese por unha exposición de longa duración á calor ou por realizar exercicio físico intenso en ambiente caloroso e húmido. O paciente ten aumento de temperatura, ata 40°C, pel seca, arrubiada e quente, con dor de cabeza, náuseas e somnolencia. Pode levar un estado de confusión, convulsións e perda de consciencia. Require tratamento inmediato, xa que pode levar á morte ou producir graves secuelas.

Persoas con maior risco de sufrir un golpe de calor:

- Anciáns e nenos, por peor tolerancia aos cambios térmicos.
- Persoas cun nivel de consciencia reducido ou unha deterioración das súas funcións cognitivas.
- Persoas que sofren alcoholismo ou outros hábitos tóxicos.
- Persoas desnutridas ou con procesos crónicos debilitantes.

11

O que



se debe facer

1. Na vivenda:

- **Permaneza dentro da casa** o maior tempo posible.
- O uso de **ventiladores** pode facer baixar algo a temperatura.
- **Cubra as ventás** que reciben o sol pola mañá ou pola tarde, con cortinas, celosías, toldos ou persianas. Os toldos ou as persianas exteriores poden reducir a calor que entra á casa máis dun 80%.
- **Abra as ventás durante a noite.**
- **Vístase con roupa solta**, lixeira (algodón, liño) e cómoda, de cores claras.

- **Refrésquese** cunha ducha ou mollándose con auga fresca nos momentos de máis calor.
- Se a súa vivenda non ten aire acondicionado, utilice os edificios públicos, tales como bibliotecas, cines, centros comerciais e outras instalacións da comunidade durante a parte máis quente do día.
- Comprobe que o frigorífico está en perfecto estado de funcionamento para asegurarse **bebidas frescas e a correcta conservación dos alimentos**.

2. Na rúa:

- **Vístase con roupa lixeira e de cores claras**, que reflicte a calor e a luz do sol e axuda a manter a temperatura do corpo.
- Protéxase cun **sombreiro de á ancha e molle lixeiramente a cara e a roupa de cando en vez**.
- **Evite os traxectos en coche durante as horas de máis sol**. Non deixe os nenos ou os animais domésticos sós en vehículos pechados.
- **Evite tomar demasiado o sol**. As queimaduras do sol diminúen a capacidade da pel de manter a humidade e temperatura.
- **Busque a sombra** ao andar pola rúa e evite saír de casa ao mediodía.

3. Alimentación:

- **Prepare comidas equilibradas, lixeiras e regulares**. Evite as comidas quentes e copiosas. Aumente o consumo de froitas e verduras que lle achegan ao organismo líquidos e sales minerais.
- **Beba bastante auga, zumes ou líquidos con sales minerais**, regularmente aínda que non teña sede.
- **Evite a inxestión de bebidas alcohólicas**. Aínda que a cervexa e as bebidas alcohólicas parecen calmar a sede, en realidade facilitan a deshidratación.
- **Evite as bebidas con cafeína** porque aumentan a eliminación de líquidos ou as moi azucradas que lle producen máis sede.

Normas de actuaci3n

Lesi3ns por fr3o

1. Conxelaci3ns

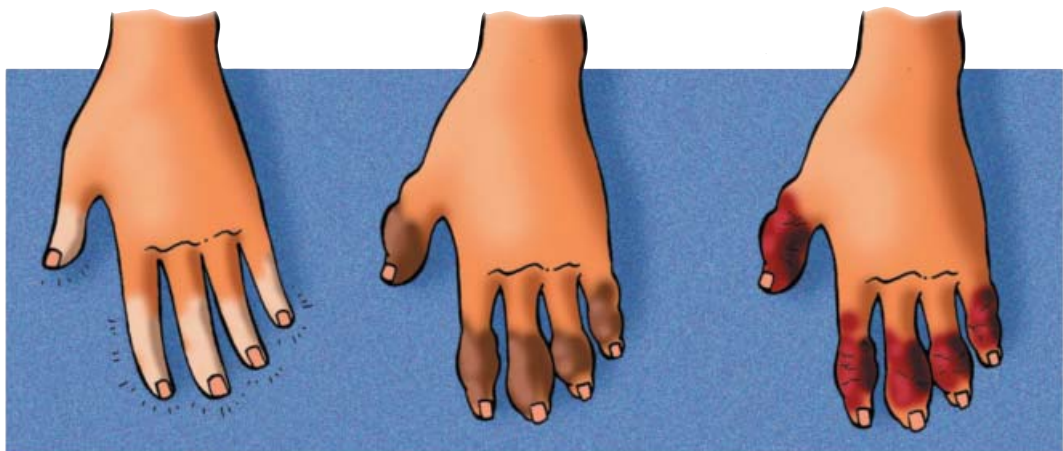
Son lesi3ns locais provocadas polo fr3o. Normalmente afectan a zonas distais como mans, p3s, orellas e nariz.

Mecanismos de acci3n:

1. O fr3o, en principio, provoca unha fase de vasoconstricci3n (os vasos p3chanse) como mecanismo de defensa para diminuir a perda de calor.
2. Prod3cese unha anoxia (falta de os3xeno) nos tecidos.
3. Isto conduce a unha reacci3n hiper3mica (avermellamento da zona) e existe unha vasodilataci3n. Deseguido prov3case edema (inchazo) e poden aparecer ampolas (flictenas).

Clasificaci3n das conxelaci3ns:

- **Primeiro grao:** palidez extrema sen dor ao principio, m3is adiante aparece avermellamento con sensaci3n de m3ltiples picadas.
- **Segundo grao:** a zona emp3zase a po3er morada con ampolas ou flictenas cun l3quido no seu interior que cont3n hemacias e plasma. Estas conxelaci3ns son dolorosas e a dor aumenta coa calor.
- **Terceiro grao:** son profundas con destrucci3n dos tecidos e aparece unha zona negra e ben delimitada chamada escara.



O que



se debe facer

- **Non retire o calzado** se a lesión está nos pés.
- **Non realice masaxes, fricciónamentos con neve ou exposición ao lume ou outras fontes de calor.**

O que



se debe facer

- **Retire a vítima rapidamente** da exposición ao frío.
- **Quite con moito coidado todo o que poida comprimir a zona afectada.**
- **Anime a vítima** a que mobilice por si mesma a zona comprometida.
- Se está consciente, **déalle de beber líquidos azucrados e quentes**, infusións, caldo, auga con azucre...
- **Envolve a zona conxelada**, despois de secala con gasas estériles secas.
- **Eleve o membro para evitar o edema.**
- **Se se produce parada cardiorrespiratoria, realice a RCP** (ver capítulo de Reanimación cardiopulmonar básica).

Prevenición das conxelacións:

- Abrígueuse ben sobre todo en mans, pés e cabeza.
- Cambie calcetíns e luvas sempre que estean húmidos.

Normas de actuación

- Non use pezas de roupa que impidan a boa circulación.
- Non abuse do tabaco e o alcohol.
- Protéxase do vento.
- Loite contra a inmovilidade e a fatiga.
- Ao menor síntoma de entumecemento ou formigo, quente as extremidades mediante movemento.

2. Hipotermia

A exposición durante un determinado tempo a un ambiente frío pode dar lugar a unha perda de calor que podería non ser compensada polos mecanismos normais de produción e conservación deste.

Defínese a hipotermia como o descenso da temperatura corporal por debaixo dos 35°C.

Divídese en:

- Hipotermia leve: con temperatura rectal entre 35 e 32°C.
- Hipotermia moderada: con temperatura entre 32 e 28°C.
- Hipotermia severa: se a temperatura rectal está por debaixo dos 28°C.

Estas dúas últimas requiren do medio hospitalario para o seu tratamento.

Os primeiros síntomas da exposición ao frío consisten na aparición de calafríos, a pel arrefría, aumenta a frecuencia cardíaca, a tensión arterial e a frecuencia respiratoria. Conforme vai diminuindo a temperatura, o fluxo de sangue ao cerebro descende. A medida que a temperatura se achega aos 32°C o nivel de consciencia comeza a deteriorarse e o paciente móstrase preguiceiro e coa fala tremante. Pode sufrir alucinacións e delirios. Sobre os 30°C diminúen os movementos musculares. Pode mostrar estupor e ausencia de resposta á dor. Se a exposición ao frío continúa, prodúcese a parada cardiorrespiratoria.

O que



se debe facer



- **Chame o 061.**
- **Traslade a persoa a un lugar quente.**
- **Quítelle as roupas molladas e efectúe un requeantamento progresivo**, se se lle dá un baño de auga, que sexa morna (non quente).
- **Envólvaos con mantas ou abrigos, pónalle un gorro na cabeza e luvas nas mans.** Outra forma de darlle calor é co seu propio corpo, deitándose ao seu lado.
- **Adminístrelle algunha bebida quente** (non dar alcohol) **e algún alimento enerxético** (chocolate etc.).
- **Valore o estado de consciencia.**
- **Valore as constantes vitais**, se hai parada cardiorrespiratoria, inicie a secuencia de reanimación cardiopulmonar.

11



12

Reacciones alérgicas

María Victoria Barreiro Díaz
María Luisa Chayán Zas

Conceptos xerais

As reaccións alérxicas son respostas do noso sistema inmunitario a substancias que recoñece como estrañas. Estas substancias denomínanse alérxenos e entran en contacto co noso organismo a través da pel, o nariz, os ollos, as vías respiratorias e o tubo dixestivo e poden ser inhaladas cara aos pulmóns, inxeridas ou inxectadas.

A maioría das reaccións preséntanse pouco despois do contacto co alérxeno. A resposta inmunitaria que ocasiona unha reacción alérxica pode ser moi variable, afectan a unha zona limitada do corpo ou a todo o organismo, así como a súa gravidade, que vai dende leve ata moi grave e chega, mesmo, a ser mortal. A forma de presentación máis severa denomínase anafilaxia ou shock anafiláctico.

As reaccións alérxicas acontecen con máis frecuencia en persoas con antecedentes familiares de alerxias e adoitan repetir episodios na mesma persoa. Substancias que noutras persoas non producen ningún efecto, ou mínimo, tales como o veneno dos insectos, diversos alimentos, medicamentos ou pole, en determinadas persoas producen reaccións alérxicas.

A primeira exposición a un alérxeno adoita producir unha reacción leve, pero sensibiliza a persoa, polo que a exposición repetitiva, aínda que sexa a unha cantidade moi pequena do alérxeno, pode producir reaccións moito máis graves.

Na maior parte dos casos, as reaccións alérxicas graves acontecen en minutos, ou mesmo, segundos, despois da exposición ao alérxeno. Con menor frecuencia, desenvólvese en horas, especialmente se o alérxeno foi inxerido. Excepcionalmente desenvólvese despois de 24 horas.

A anafilaxia é o cadro máis severo dunha reacción alérxica, que acontece de forma repentina, minutos despois da exposición, e necesita atención médica inmediata, xa que en cuestión de minutos pode empeorar rapidamente e levar a persoa á morte.

As substancias que con maior frecuencia poden provocar reaccións alérxicas son:

- Picaduras de abellas ou outros insectos.
- Alimentos, en especial, pescados, mariscos e froitos secos.
- Medicamentos.
- Plantas.
- Pole.
- Pelos de animais.

Síntomas

Reacción alérxica leve: os síntomas da reacción dependen fundamentalmente da forma de contacto do alérxeno e poden manifestarse fundamentalmente na pel, con avermellamento, inflamación e comechón, dunha zona ou xeneralizada; conxestión nasal e esbirros; ollos vermellos e chorosos; ou síntomas abdominais leves.

Reacción alérxica grave ou anafilaxia: as reaccións alérxicas de moderadas a graves pódense presentar con dor abdominal, calafríos, urticaria, malestar ou opresión no peito, vómitos, diarrea, inchazo de rostro, ollos ou lingua, dificultade para tragar e/ou respirar, descenso da tensión arterial e alteracións do ritmo cardíaco e a consciencia. As reaccións alérxicas graves requiren tratamento médico urxente, xa que evolucionan moi rapidamente cara a shock e posibilidade de morte.



O que



se debe facer

- **Non demore a solicitude de asistencia médica en caso de que a persoa presentara algunha reacción alérxica previa e/ou presente síntomas de moderados a graves.**
- **Non lle administre nada pola boca** á persoa se ten dificultade para tragar e/ou respirar.

O que



se debe facer

- **Tranquiline o paciente**, xa que a ansiedade pode empeorar os síntomas.
- En caso de que observe algún signo de moderado a grave, **chame o 061**, para solicitar axuda médica urxente, especialmente se presenta inchazo na garganta, voz rouca, dificultade para respirar ou xa sufriu reaccións alérxicas previas graves.
- **En caso de mareo con hipotensión, deite o paciente de costas**, coas pernas elevadas, de forma que a súa cabeza permaneza máis baixa que o resto do corpo.
- **Vixíe o paciente, préstelle especial atención á vía aérea**, á respiración e á circulación e inicie reanimación cardiopulmonar básica en caso necesario.
- En caso de que a persoa teña un medicamento de emerxencia dispoñible por sufrir episodios previos, axúdelle a tomalo ou inxectarse o medicamento. Evite medicamentos orais se o paciente ten dificultade para respirar.



12



13

Queimaduras

David Sánchez Campos
Marta Dorribo Masid

Conceptos xerais

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

1. Extensión: canto máis extensa, maior é a gravidade.
2. Profundidade: vai condicionar a 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.

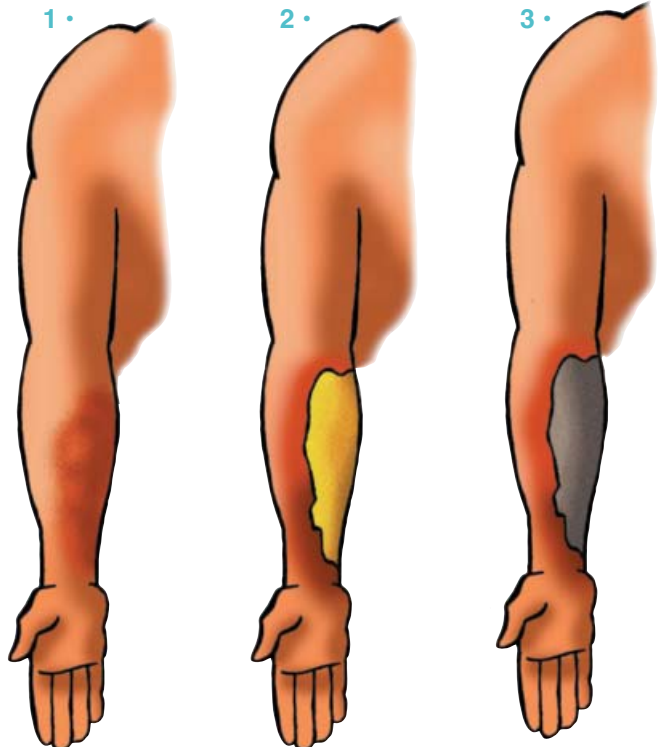
Para cuantificar a **extensión** dunha queimadura existen numerosas regras, utilizaremos unha doada de recordar que consiste en calcular a superficie queimada en función da palma da man do paciente (**supón o 1% da súa superficie corporal**) por simple superposición. Se a queimadura é moi extensa, pode ser máis exacto calcular a 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 avermellamento da pel. A queimadura está seca, sen ampolas. Son dolorosas e adoitan curar entre 3 e 7 días.

2 • 2º grao: afecta á epiderme e parcialmente á derme, podendo ser superficiais (aínda existe ampola e son dolorosas e os pelos, se existen, están agarrados e doen ao sacalos) e profundas (a ampola está destruída e non adoitan ser



13

Normas de actuación

dolorosos, aínda que polos bordos pode doer algo, os pelos se existen, salguen sen dor e sen dificultade).

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

O que se debe facer

- **Non aplique cremas, pomadas ou outros produtos ou medicamentos.**
- **Non lle quite a roupa á vítima** se está adherida á pel. Só a quitaremos en caso de que estea impregnada de produtos cáusticos ou ferventes.
- **Non lle dea bebidas alcohólicas.**
- **Non pique as ampolas.**
- **Non use extintores de produtos químicos.**
- **Non poña vendaxes compresivas.**

O que se debe facer

- **Valore o estado xeral da vítima.**
- **Apague as lapas da roupa**, cubrindo con mantas que non sexan de fibra o acidentado ou facéndolle rodar no chan e impedindo que corra.
- **Arrefría a 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.

- **Lave as mans con auga e xabón** se é posible e cubra a zona afectada con apósitos estériles ou, no seu defecto, moi limpos e humedecidos.
- **Retire aneis, reloxos, pulseiras...**
- **Chame o 061** e solicite asistencia médica urxente.



Queimaduras por electricidade



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 ao longo do traxecto da corrente dentro do organismo prodúcese destrución muscular, así como de vasos e nervios.
2. **Lesión por arco voltaico:** prodúcese ao contactar con correntes de alta tensión. Aquí debemos considerar as lesións traumáticas asociadas.
3. **A lesión térmica** tamén se produce internamente ao presentar os tecidos do corpo diferente resistencia ao paso da electricidade. Quéntanse máis os que ofrecen máis resistencia como os ósos.

Normas de actuación

Normas de actuación ante un electrocutado:

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

- Instale o diferencial no cadro eléctrico (obrigatorio) e tomas de terra.
- Manteña os cables en bo estado.
- Use enchufes de seguridade, sobre todo se hai nenos.
- Dedíquelle unha atención especial ao manexo dos aparatos eléctricos en lugares húmidos (baño, lavadora...).
- Realice a desconexión xeral do cadro se vai traballar na instalación.

13

O que se debe facer

- **Non toque a vítima** en contacto coa electricidade sen estar axeitadamente illado.
- **Non se deixe impresionar polo estado externo do paciente.**
- **Non use auga para apagar as queimaduras dun electrocutado**, xa que é condutora de electricidade e podería producirse electrocución.

O que se debe facer

- **Manteña a calma.**
- **DESCONECTE a corrente eléctrica ANTES de tocar o accidentado** e se non é posible, **RETIRE** o accidentado do fluxo eléctrico utilizando obxectos illantes

(por exemplo: madeira), illándonos nós do chan (por exemplo: subíndonos a unha cadeira de madeira).

- **Apague as lapas da roupa** se as houbese, de forma inmediata, tras a desconexión eléctrica.
- **Comprobe as constantes vitais e inicie RCP** se é necesario.
- **Teña en conta as posibles lesións asociadas**, que adoitan acompañar os accidentes por alta voltaxe.
- **Chame o 061** e solicite asistencia médica urxente.





14

Intoxicaciones: ingestión
de sustancias tóxicas

Marta Dorribo Masid
Oscar Estraviz Paz



Conceptos xerais

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

A maioría das intoxicacións prodúcense no ámbito doméstico e adoitan estar provocadas por produtos de limpeza, medicamentos, herbicidas, cosméticos, matarratos etc. que mantemos almacenados nos nosos fogares.

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

Normas de actuación

Medidas preventivas:

- Manteña os medicamentos nun lugar seguro fóra do alcance dos nenos.
- Almacene os produtos tóxicos de limpeza no seu envase orixinal dentro de armarios pechados con chave ou estantes pouco accesibles.
- Familiarícese coas plantas no fogar, xardín e a veciñanza e manteña os nenos igualmente informados. Elimine calquera planta nociva. Nunca coma bagas, raíces, fungos nin plantas silvestres, a non ser que estea moi familiarizado con elas.
- Ensínelles aos nenos os perigos das substancias que conteñen velenos ou tóxicos. Todos os produtos tóxicos se deben marcar con etiquetas.
- Cando manipule produtos tóxicos protéxase con luvas, máscaras, lentes, roupa e calzados axeitados.



O que se debe facer

- **Non lle dea bebidas á persoa que inxeriu o tóxico:** non se deben dar líquidos, xa que pode acelerar a absorción do tóxico ou dificultar exploracións posteriores.
- **Non provoque o vómito tras a ingestión de substancias tóxicas a non ser que llo indique o médico:** en xeral, ante a ingestión de substancias tóxicas **NON** se debe provocar o vómito, xa que, en moitos casos, se poden agravar as lesións producidas por este. Un tóxico forte que produza queimaduras na garganta ao entrar tamén fará dano ao devolverse.
- **Non espere a que se presenten os síntomas** cando cremos que unha persoa se intoxicou.
- **Non lles diga aos nenos que un medicamento é un caramelo,** pois podería incitalos a collelo e tomalo pola súa conta.
- **Non acumule medicamentos** que non necesita.
- **Non garde os produtos tóxicos noutros envases que non sexan os orixinais.**

O que



se debe facer

Medidas específicas segundo o mecanismo de entrada:

1. Intoxicación tras ingestión:

- Retire os restos da boca.
- Se a persoa vomita, despexe as vías aéreas. Envolve un anaco de tea nos dedos da man antes de limpar a boca e a garganta. Se a persoa estivo enferma debido á ingestión de parte dunha planta, garde o vómito. Isto pódelle axudar aos expertos a identificar o tipo de medicamento que se pode utilizar para neutralizar o tóxico.
- Non lle dea nada de beber.
- Conserve o envase do produto (botella, caixa etc.) é imprescindible para coñecer a composición.
- **Chame o 061** e siga as indicacións do médico.



2. Intoxicación por inhalación:

- Retire a persoa (se é seguro facelo) do lugar do suceso, abrindo as ventás e portas para airear o recinto. Coloque un anaco de tea sobre o nariz e sobre a boca. Camiñe agachado preto polo chan, gateando sobre as súas mans e xeonllos.
- Non acenda fósforos nin utilice acendedores, pois algúns gases poden facer combustión.
- Manteña a vítima respirando ao aire libre.
- **Chame o 061** e siga as indicacións do médico.



Normas de actuación

3. Intoxicación cutánea:

- Lave en arrastre con auga durante 5-10 minutos.
- Se se trata de cal seco, non lave. Retíreo cun pano seco.
- Se non existen queimaduras, retire as roupas expostas á substancia tóxica.
- **Chame o 061** e siga as indicacións do médico.



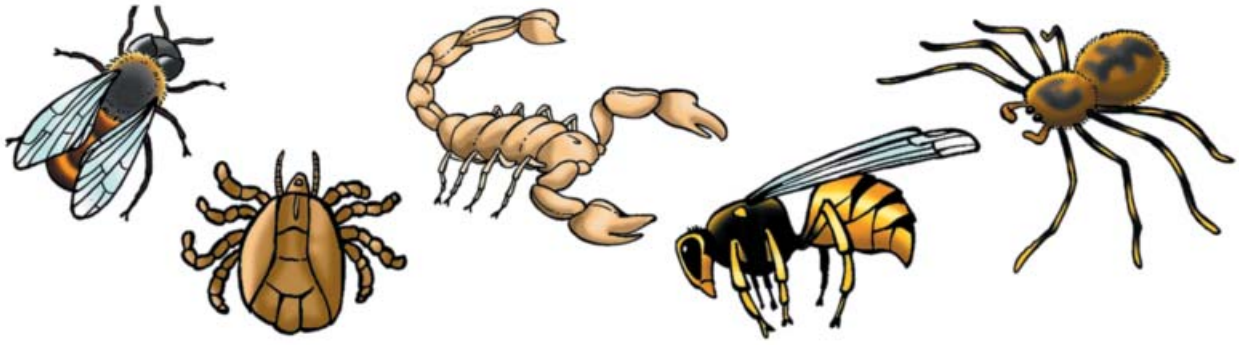
4. Intoxicación por contacto ocular:

- Non fregue o ollo.
- Láveo continuamente con auga abundante a presión moderada e manteña as pálpebras abertas e separadas.
- **Chame o 061** e siga as indicacións do médico.



14

O teléfono de emerxencias para información toxicolóxica do
Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses
915 620 420



15

Picaduras

Beatriz García Gutiérrez
Oscar Estraviz Paz

Conceptos generales

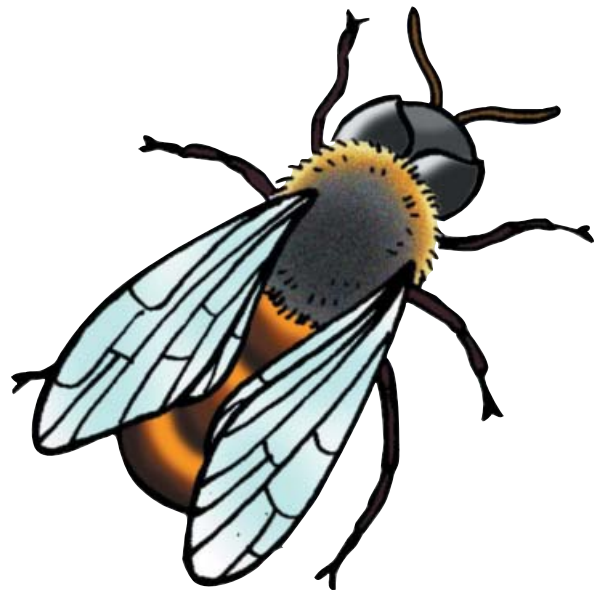
As picaduras máis frecuentes son as producidas por: abellas e avespas; arañas; carrachas e pulgas; tabáns e mosquitos; escorpións; augamares e fanecas; escarapotes e arañas de mar.

Abellas e avespas

As picaduras máis frecuentes na península ibérica son as producidas por himenópteros, (abellas e avespas). As formigas atópanse dentro deste xénero e poden dar sintomatoloxía similar, pero actualmente non temos especies agresivas no noso medio.

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

Todos os insectos conservan o seu agullón e poden picar reiteradas veces, agás a abella, que ao picar deixa o seu agullón e parte dos seus intestinos e morren posteriormente.



Síntomas

Locais: dor intensa, avermellamento e inflamación da zona que van desaparecendo nunhas horas.

Síntomas xerais: a reacción do home ás picaduras de insectos é moi variable: as producidas na cabeza, cara e colo poden ter efectos máis graves e, en caso de picaduras múltiples, pode aparecer un cadro grave con diarrea, vómitos, dificultade para tragar, febre, coloración azulada da pel, dor de cabeza, contractura muscular ou convulsións e perda de consciencia que pode levar á morte.

Shock anafiláctico: en pacientes alérxicos é posible a súa aparición, presentando calafríos, urticaria, vómitos, dor abdominal, dificultade para respirar, descenso da tensión arterial e alteracións do ritmo cardíaco. Require tratamento urxente, xa que a súa evolución é moi rápida.

O que se debe facer

- **Non esprema manualmente o lugar da picadura**, xa que provoca a aceleración da saída do veneno do agullón incrustado.
- **Non subministre calor local.**
- **Non aplique barro ou outros unguentos.**
- **Non reste importancia se existen picaduras múltiples** na cabeza ou colo ou historia de picaduras antigas con reaccións locais fortes.

O que se debe facer

- **Tranquiline ao paciente e sénteo.**
- **Extraia con pinzas e agullas o agullón**, se é posible, en caso de que este quedase retido. Lave a ferida con auga e xabón. Pódese aplicar un antiséptico local.

- **Aplique xeo** envolvido nun pano ou toalla no lugar da picadura, retire aneis e pulseiras se a picadura é en extremidades pola súa posible inflamación.
- Se a picadura é na lingua, chupe un xeo de xeo e **chame o 061**, xa que a posterior inflamación pode comprometer a respiración.
- Chame o 061 para solicitar axuda médica urxente no caso de observar síntomas xerais.



A prevención resulta fundamental para evitar as picaduras:

- Non xogue nin manipule en lugares con moitos insectos (avesporeiros, colmeas, etc) e use protección axeitada en caso de ter que facelo.
- Todos os suxeitos con antecedentes de reacción grave a picaduras de insectos deben incrementar a protección (roupa forte etc.) e levar consigo unha botica de primeiros auxilios que conteña o necesario en caso de picadura.

Arañas

As arañas son pouco perigosas en toda Europa, aínda que todas posúen veneno que inoculan ao morder a súa presa para paralizala. Polo xeral, só xeran síntomas locais, pero en persoas sensibles ou alérxicas ao seu veneno hai síntomas xerais que poden chegar a ser graves.



Síntomas:

No lugar da picadura producen avermellamento, dor, inflamación e ampola hemorráxica que ao romper deixa unha zona de tecido morto aos poucos días.

A estes síntomas locais poden seguirilles: sudación profusa, náuseas, salivación, dores nas articulacións, dor abdominal, febrícula, contractura muscular e convulsións.

Normas de actuación

O que



se debe facer

- **Tranquilice o paciente** e mantéñao en repouso.
- **Retire aneis, pulseiras...** e lave a lesión con auga e xabón. Pódese aplicar un antiséptico local.
- **Aplique frío local moderado**, nunca intenso porque pode favorecer a necrose.
- Busque axuda médica se o paciente mostra sintomatoloxía xeral ou grave. **Chame o 061.**
- **Se non hai sintomatoloxía xeral**, é recomendable que consulte cun médico outros tratamentos locais para a dor ou se aparece necrose.

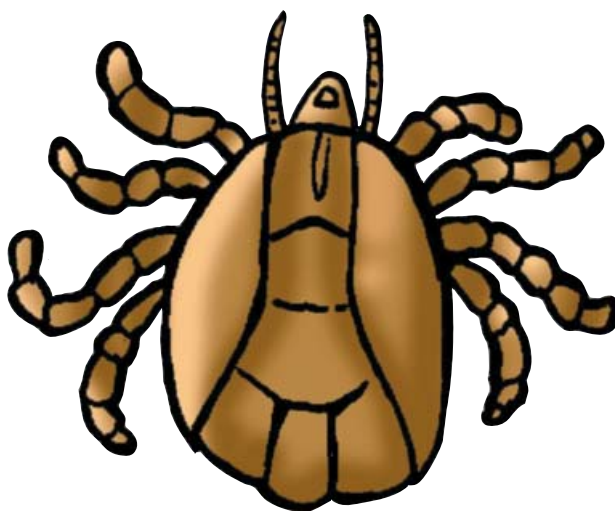


Carrachas e pulgas

15

As picaduras acontecen en lugares frecuentados por animais (gando, cans, safaris...), aínda que non é raro que poidan aparecer na casa traídos do exterior na roupa ou nos nosos animais de compañía.

A carracha produce unha picadura indolora e queda fixada na pel durante uns días mentres se alimenta; logo despréndese deixando unha lesión indurada da pel, rodeada dun avermellamento e seguida, ás veces, da morte do tecido.



As pulgas provocan unha pequena lesión avermellada e gran comechón durante varios días. É característico ver grupos de tres picaduras xuntas e pican máis usualmente nas pernas, aínda que poden facelo noutras zonas.

O que  se debe facer

- **Non arranque a carracha.** Con iso o aparato chupador queda cravado na pel e pode infectarse con posterioridade.
- **Non rasque as lesións pola súa comechón.**

O que  se debe facer

- **Extraia a carracha sen romper o aparato chupador**, usando unhas gotas de aceite para afogar a carracha que se soltará soa nun anaco. Tamén podemos usar gasolina.
- **Lave a ferida** con auga e xabón e aplique un antiséptico.
- **É recomendable que consulte o seu médico**, pois pulgas e carrachas transmiten varias enfermidades e pode recomendarlle algunha pomada contra a comechón.

Tabáns e mosquitos

Os tabáns producen picaduras moi dolorosas que orixinan unha reacción local intensa con inflamación persistente e hematoma local. Raras veces provocan síntomas xerais.

Os mosquitos comúns provocan unha lesión pequena, unha roncha avermellada e comechón. Pero poden ser transmisores de enfermidades e provocar síntomas xerais se o paciente é sensible ou recibe múltiples picaduras. Pican as femias e son de hábitos nocturnos.

Normas de actuación

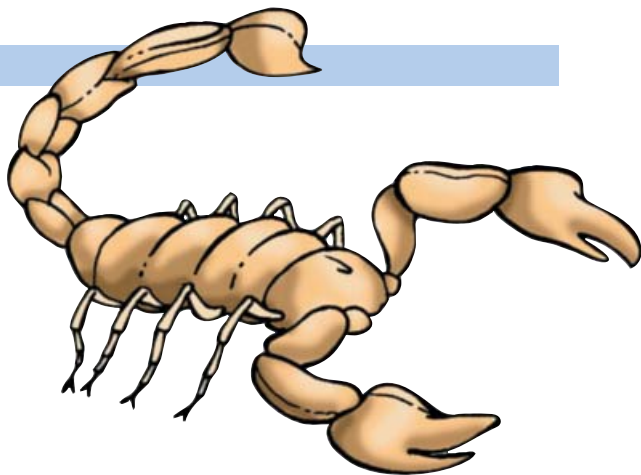
Actualmente na península ibérica temos a presenza dun mosquito importado doutros países que provoca xa situacións de praga nalgunhas comunidades e prevese a súa instauración ao longo de toda a nosa xeografía. É o mosquito alcumado tigre polo seu raiado branco no abdome e patas, é de maior tamaño, hábitos diúrnos e provoca sintomatoloxía máis intensa, e pica, mesmo, a través da roupa. Pode provocar unha lesión con ampolas, gran dor e inflamación local e, mesmo, unha pequena zona de tecido morto.


 O que se debe facer

- **Estas picaduras, polo xeral, requiren tratamento en contadas ocasións.** Se son picaduras múltiples, consulte co médico para administrar pomadas ou fármacos; ademais, poden transmitir algunhas enfermidades.
- **Pódese aplicar frío local** para calmar a comechón e reducir a inflamación. Sempre moderado.
- **No caso de picadura de mosquito tigre, se se producen reaccións locais moi intensas, con dor, comechón intensa e grandes ampolas, solicite sempre consulta médica.**
- **Preveña en zonas de alta poboación destes insectos:** use mosquiteiras, repelentes e roupa axeitada.

Escorpións

En España hai sete especies de alacrán ou escorpión, pero só un ten un veneno relativamente potente para producir problemas, o escorpión campestre amarelo, *Buthus occitanus*, que xeralmente habita en rexións moi secas. Este exemplar pode provocar necrose cutánea, náuseas, babeo abun-



dante, taquicardia, alteracións hemorráxicas e pancreáticas e, en raras ocasións, a morte ao cabo de 24-48 horas.

O resto produce unha picadura similar á de abellas e avespas.

O que  se debe facer

- **Non faga cortes ou succións na picadura.**
- **Non use torniquetes.**

O que  se debe facer

- **Tranquiline o paciente** e mantéñao en repouso.
- De aparecer síntomas xerais, **chame o 061** para o seu traslado urxente.
- **Pódese colocar unha ligadura** cun compresor de goma ou unha vendaxe compresiva por riba da picadura, nunca un torniquete.
- **Aplique frío local**, pero moderado con compresas frías, non con xeo.
- **Limpe a picadura** con auga e xabón e aplique un antiséptico.



Augamares

Son picaduras bastante dolorosas que provocan avermellamento, urticaria, ardentía e, en raras ocasións, síntomas xerais.

Normas de actuación

O que  se debe facer

- **Non lave con auga doce a primeira vez**, xa que, se hai restos de augamar sobre a pel, aumentan os efectos da picadura.
- **Non coloque inmovilizacións ou torniquetes.**

O que  se debe facer

- **Lave a zona afectada** con auga salgada, do mar preferentemente, a primeira vez.
- **Retire con pinzas se hai restos de augamar** sobre a pel.
- **Pódese aplicar despois un lavado con auga e vinagre, e despois somerxer a zona afectada en auga quente sobre os 40-45°C**, ou o que se poida tolerar, durante uns 20 minutos. Ambas as dúas cousas inactivan o veneno.
- Se hai síntomas xerais (dispnea, malestar, mareo...), **chame o 061.**
- **Preveña a súa picadura, atendendo ás recomendacións de socorristas e non se bañe se hai praga de augamares.** Non xogue con elas, nin as toque se as vai na beira varadas, teña coidado cos nenos.



Fanecas, escarapotes, arañas de mar

Estes peixes entérranse na area húmida da beira da praia. Teñen unhas espiñas con veneno na zona dorsal que levantan cando senten movemento. Adoitan picar nos pés ao camiñar descalzos na area. Provocan unha dor moi intensa e inflamación e, en raras ocasións, sintomatoloxía xeneralizada.

O que



se debe facer

- **Somerxa o pé nun barreño con auga quente sobre 40-45°C**, ou o que poida tolar, durante uns 20 minutos. Isto destrúe o veneno que é termolábil.
- **Inspeccione a picadura** e, con pinzas, retire os restos se os hai.
- **Lave a picadura.**
- **Poden camiñar pola area quente polo sol da praia** para axiliar a neutralización do veneno e a diminución da dor.
- Se se observa malestar, dificultade respiratoria ou urticaria..., **chame o 061** para solicitar axuda e manteña o paciente en repouso.





16

Mordeduras

Beatriz García Gutiérrez
Estefanía Salgado González

Conceptos xerais

As mordeduras poden ser lesións perigosas polo risco de transmitir enfermidades como a rabia ou a tétano. Á parte, as lesións producidas poden ser importantes.

Toda mordedura deberá ser tratada por persoal médico.

Imos diferenciar as mordeduras de mamíferos das mordeduras de serpes, xa que a actuación ante estas será distinta.



Normas de actuación

Mordeduras de mamíferos

Neste grupo, incluímos mordeduras de animais e de humanos.

As lesións poden ser de gravidade moi diferente, dependendo da súa localización, tamaño e profundidade e poden provocar:

- Desgarro de diversa consideración, hematomas, fracturas, esmagamentos e mesmo a amputación de partes do corpo.
- Hemorragias, que poden ser importantes.
- Dor e risco importante de infección. No caso de mordeduras humanas solicite sempre tratamento médico, xa que é máis frecuente que se infecten que no caso doutros animais.



O que **Si** se debe facer

- **Tranquilice o paciente**, déiteo.
- **Chame o 061** se se ven lesións importantes ou en zonas vitais como o colo ou a cara e siga as súas indicacións.
- Se hai hemorragias importantes, trate de cortalas aplicando **compresión directa cunhas compresas estériles**. Podemos premer nos puntos arteriais para axudar a cortala, pero o máis eficaz é a presión directa sobre a ferida.
- **Se a lesión é pequena, limpe a ferida** con auga e xabón moi ben e aplique un antiséptico local.
- Se son lesións importantes, **cúbraas con apósitos estériles** ou, no seu defecto, **un pano moi limpo e traslade o paciente a un centro médico**.



- **Inmobilice a extremidade afectada.**
- Se é posible, **garde o animal causante da agresión para o seu estudio veterinario**, xa que poden ser transmisores de enfermidades.
- **Sempre revise o estado de vacinación** e acuda a un centro médico se non se está correctamente vacinado contra o tétano.

Mordeduras de serpe

En España, temos unhas trece especies de serpes entre cobras e víboras. Só tres especies de víbora son velenosas, aínda que todas morden para cazar.

O veneno inoculado por unha víbora introdúcese na presa mediante dous cairos ocos por onde inxectan o veneno, e esténdese rapidamente polo organismo. Nalgunhas ocasións non conseguen chegar a inocular veneno.

No punto da mordedura deixan dous orificios evidentes ocasionados polos cairos, separados por 1 cm, de aspecto arrubiado que provocan ademais unha dor inmediata moi intensa.

A mordedura pode ser máis ou menos grave dependendo da cantidade de veneno que conseguira inocular e doutros factores como a idade do paciente (nenos e anciáns son máis vulnerables) ou a localización da picadura (cara ou colo son máis graves).



Normas de actuación

Poden producir os síntomas seguintes:

- Dor na zona afectada.
- Edema ou inchazo da extremidade.
- Hematoma.
- Necrose de tecido no lugar da mordedura.
- Náuseas, vómitos, mareos, formigos...
- Dificultade para respirar.
- Pulso rápido e débil.
- O estado do paciente pode empeorar con rapidez e pode chegar á parada respiratoria ou mesmo cardiorrespiratoria.



O que **Non** se debe facer

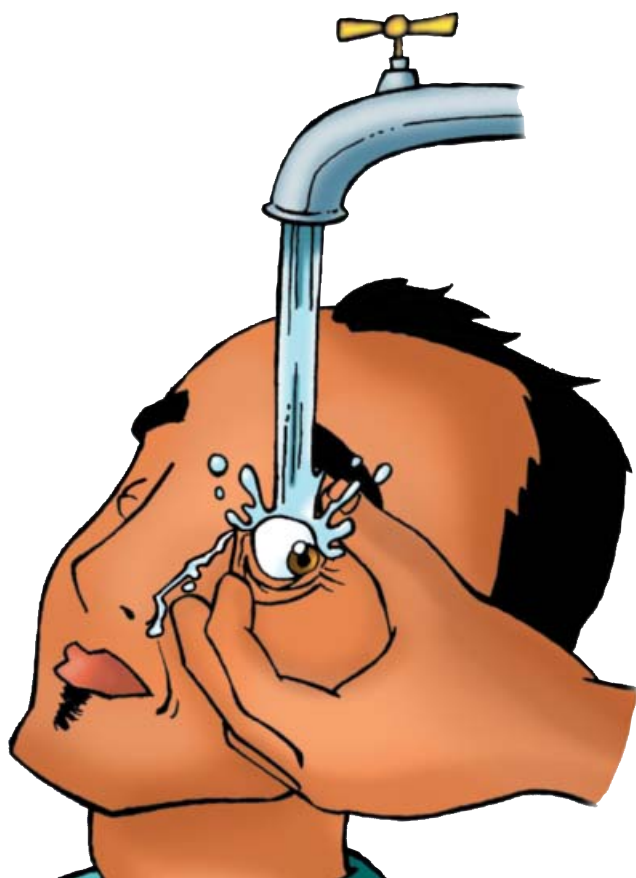
- **Non use torniquetes.**
- **Non faga cortes na mordedura nin succione o seu veneno.** Non se consegue extraer apenas cantidade e pode intoxicarse a persoa que o succiona. Ademais, auméntase a absorción de veneno co corte.



O que **Si** se debe facer

- **Tranquilice o paciente**, débese manter en repouso.
- **Chame o 061** e siga as súas indicacións, vixiando a aparición de síntomas xeneralizados.
- **É importante coñecer a variedade de víbora**; se a puidemos apresar, levarémola para identificala.
- **Limpe a ferida** con auga e xabón, pode aplicar un antiséptico local.
- **Aplique unha vendaxe compresiva** (sen perder os pulsos periféricos no pulso ou dorso do pé) xusta por riba da lesión. Eleve a extremidade.
- **Aplique frío local pero moderado**, con compresas frías pero non con xeo, xa que pode aumentar a necrose local.





17

Lesións oculares

Estefanía Salgado González
Viviane Ferreira Leite

Conceptos xerais

Consideramos **corpo extraño** nun ollo a calquera material que poidamos atopar sobre o globo ocular ou debaixo da pálpebra: area, partículas de madeira ou metal, insectos, pestanas...



Normas de actuación

O que



se debe facer

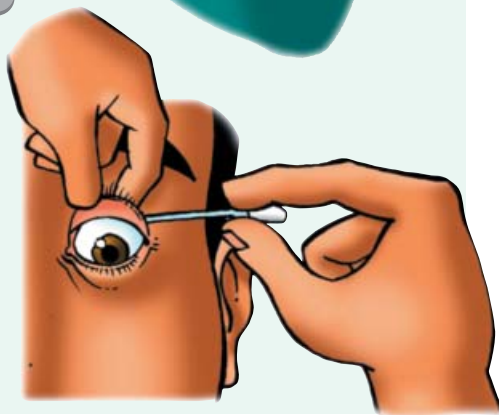
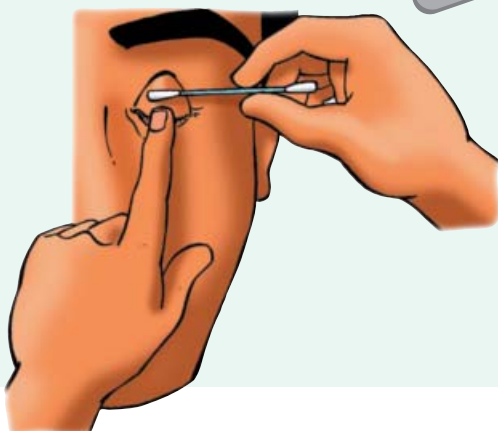
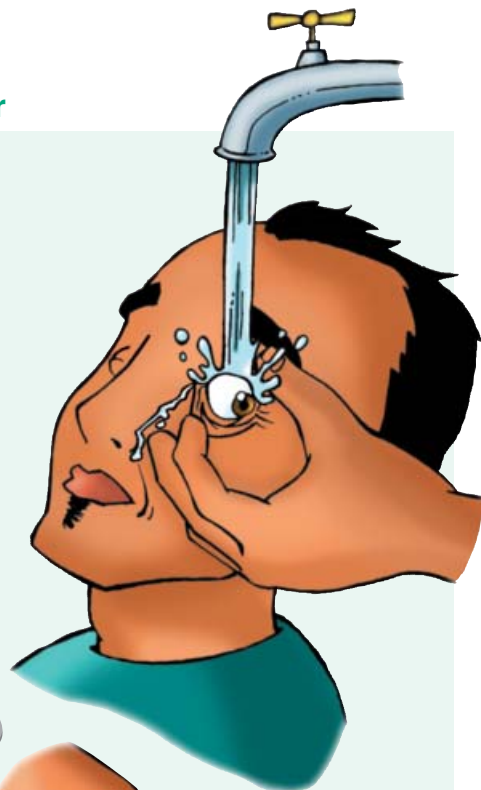
- Non utilice calquera tipo de colirio sobre o ollo.
- Non fregue o ollo.
- Non manipule sobre o ollo para intentar sacar o corpo extraño.

O que



se debe facer

- **Limpe coidadosamente o ollo cun chorro de auga** e manteña as pálpebras abertas durante o lavado. O lavado do ollo debe ser dende o bordo exterior ata o bordo nasal, tal e como percorre a bágoa o ollo.
- **Se non se produciu a expulsión do corpo extraño, tápeoo con gasas humedecidas.**
- **Chame o 061** para solicitar axuda médica urgente.



Queimaduras químicas

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

O que  se debe facer

- Non use axentes neutralizantes xunto coa auga do lavado.
- Non fregue os ollos.

O que  se debe facer

- Lave os ollos baixo un chorro de auga durante uns 15 ou 20 minutos.
- Tape o ollo cunhas gasas humedecidas.
- Chame o 061 para solicitar axuda médica urgente.





18

Urxencias
toxinecológicas

Estefanía Salgado González
David Sánchez Campos

Conceptos xerais

A maioría dos partos son normais e a duración en case todos é o suficientemente prolongada como para permitir a chegada ao hospital.

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

As fases do parto son:

Fase I: dende o inicio das contraccións ata a dilatación completa do colo do útero.

Fase II: dende a dilatación completa do colo do útero ata o nacemento do neno.

Fase III: dende o nacemento do neno ata a expulsión da placenta (nacemento).



Posición genupectoral

Normas de actuación

- **Chame o 061** e siga as indicacións do médico da Central de Coordinación.
- Aconséllelle á nai que respire tranquila, collendo aire polo nariz e expulsándoo pola boca lentamente e que non empurre.
- Vixie a saída de líquido abundante pola vaxina (sospeita de rotura de membranas).
- Coloque a nai en posición xenupeitoral se tras a rotura de membranas se observa saír pola vaxina o cordón umbilical.
- Controle a frecuencia das contraccións.



O que se debe facer

- **Non se poña nervioso.**
- **Non tire do neno.**
- **Non manipule o cordón tras o nacemento.**
- **Non lave o neno.**
- **Non tire a placenta.**

18

O que se debe facer

- **Chame o 061** e siga as instrucións do médico da Central de Coordinación.
- **Use material o máis limpo posible**, se puidese ser desinfectado.
- **Coloque a nai deitada sobre o lado esquerdo** (decúbito lateral esquerdo).

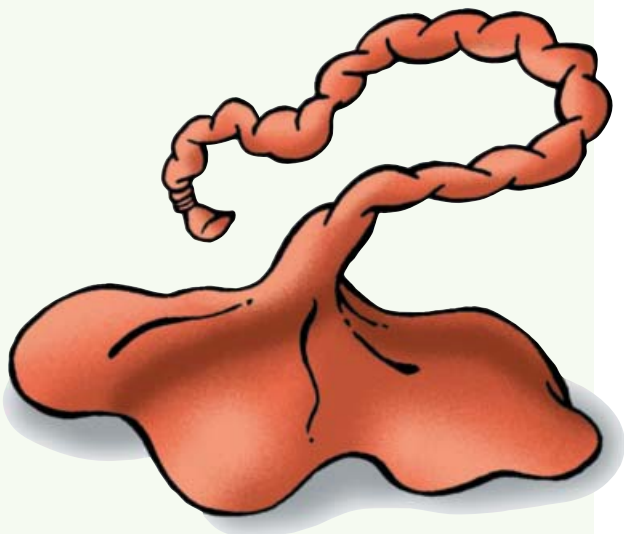


- **Se a nai ten ganas de empurrar, só o debe de facer se se visualiza a cabeza do neno na vaxina;** entón, colócase deitada de costas cos xeonllos flexionados e as pernas separadas.
- **Consiga toallas e sabas limpas.**
- **Lave as mans.**
- **Cando empece a saír a cabeza, faga unha lixeira presión sobre ela coa man para que non saia o neno bruscamente. Non tire do neno.**
- **Tras o nacemento, limpe a boca do neno cun dedo envolvido nun pano limpo.**
- **Non lave o neno,** envólvaos nunha manta e póñao sobre a súa nai.
- **Se non chora tras estimulalo, inicie a ventilación boca/boca-nariz.**
- **Ligue o cordón en dous puntos con fío previamente empapado en alcohol; corte entre as dúas ligaduras cunha tesoura estéril** (se non hai material estéril, pospoña o corte do cordón). Coloque gasas empapadas en povidona iodada nos extremos cortados do cordón.



Normas de actuación

- Normalmente a expulsión da placenta (nacemento) atrasase ata despois do parto; **non manipule o cordón nin traccione del. Se se produce a expulsión, garde a placenta nunha bolsa para levala ao hospital.**
- Tras o nacemento do neno, **coloque a nai deitada coas pernas cruzadas, tapada e vixiando o nivel de consciencia.**



Aborto

Conceptos xerais

O aborto é a interrupción do embarazo ata a 16 semana de xestación. Pode deberse a moitas causas. O máis frecuente é o aborto espontáneo.

Pode presentarse como:

- Sangrado vaxinal e/ou
- Dor abdominal e/ou
- Expulsión de material embrionario.

18

O que



se debe facer

- **Non mobilice innecesariamente a paciente.**
- **Non tire o material expulsado.**

O que



se debe facer

- **Manteña a calma.**
- **Chame o 061 para pedir axuda.**
- **Deite a paciente na posición na que estea máis cómoda.**
- **Coloque compresas ou toallas na zona xenital;** se se cambian, gardalas nunha bolsa para controlar a perda de sangue e conservar todo o material expulsado.



Metrorraxias

Conceptos xerais

A metrorraxia é un sangrado vaxinal que non se corresponde coa menstruación.

Hai varias causas que a poden orixinar:

- Embarazo, aborto.
- Traumatismo.
- Alteracións hormonais.
- Tumores.
- Dispositivos intrauterinos.
- Complicacións despois dunha cirurxía etc.

O que



se debe facer

- **Non espere a que o sangrado sexa moi abundante,** sobre todo se se sospeita embarazo ou en mulleres posmenopáusicas.
- **Non tome medicación sen control.**

Normas de actuación

O que



se debe facer

- **Consulte co seu médico se aumenta o volume de sangrado nas menstruacións** e se hai sangrado, aínda que sexa escaso, en mulleres posmenopáusicas.
- **Consulte urxentemente co seu médico se se sospeita un embarazo.**
- **Se o sangrado é moi abundante, chame o 061** para solicitar axuda urxente. Deite a paciente e garde nunha bolsa as compresas ou toallas para controlar o volume de sangue perdido.





19

Perda de
coñecemento

Francisco Martínez Lores
Estefanía Salgado González

Conceptos xerais

Consiste nunha diminución brusca do nivel de consciencia que se traduce na ausencia de funcionamento consciente dos cinco sentidos e do ton muscular.

Dentro da diminución do nivel de consciencia podemos distinguir:

- **Lipotimia ou presíncope:** sensación de desmaio inminente que se describe como mareo con síntomas de malestar xeral caracterizado por suores fríos, palidez, náuseas e vertixes. Non chega a producirse a perda de consciencia. Recorda o sucedido.
- **SÍNCOPE:** prodúcese o desmaio ou perda brusca de consciencia, de duración breve (xeralmente menor de dous minutos), que se recupera totalmente de forma espontánea. A vítima chega a quedar inconsciente. Non recorda parte do sucedido.



As causas da diminución do nivel de consciencia son moi variadas.

As máis frecuentes son: descenso da tensión arterial producido ao tuser, mexar ou defecar, estar de pé moito tempo ou levantarse bruscamente, deshidratación tras exercicio...

Outras causas frecuentes son situacións emocionais intensas como estrés, medo, ansiedade...

Outras menos frecuentes pero máis graves: problemas cardíacos ou accidentes cerebro-vasculares.

Normas de actuación

O que se debe facer

- **Non incorpore o enfermo.**
- **Non lle dea bebida ou comida** (agás ante a sospeita de hipoglicemia nun enfermo diabético).
- **Non lle dea ao paciente bebidas alcohólicas.**
- **Non lle coloque unha almofada baixo a cabeza.**

O que se debe facer

- **Verifique a inconsciencia:** sacuda suavemente polos ombros e preguntelle en voz alta: Atópase ben?
- **Se a persoa non responde** (está inconsciente), pídalle axuda á xente que se atope presente e comprobe se respira con normalidade: colóqueo boca arriba e abra a vía aérea (escoite, sinta e vexa se a respiración é normal).
- **Se a persoa está inconsciente e respira con normalidade**, colóquea en posición lateral de seguridade (ver tema de Reanimación cardiopulmonar básica) e víxíe que segue respirando, ata que recupere a consciencia.
 - Se a persoa non respira con normalidade, **avise o 061** e inicie manobras de reanimación cardiopulmonar.
- **Cando comece a recobrar a consciencia:**
 - Déiteo de costas, coas pernas elevadas, de maneira que a súa cabeza permaneza máis baixa que o resto do seu corpo.
 - Evite aglomeracións.
 - Se presenta náuseas ou vómitos, xírelle a cabeza cara a un lado.
- **Chame o 061** para solicitar axuda médica urxente.





20

Dor torácica

Natalia Rodríguez Arias
David Sánchez Campos

Conceptos xerais

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

Pode ser debida a varias causas, dende enfermidades sen importancia a urxencias vitais difíciles de diferenciar sen recorrer a exploracións especiais. Aínda así, o interrogatorio segue sendo a técnica máis importante para distinguir entre as súas múltiples causas. Preguntarlle ao enfermo que, como, onde e cando desencadea a súa dor, intentaremos encadrala dentro dos tres tipos de dor no peito máis frecuentes.

Tipos

1. Anxiosa ou coronaria:

Trátase dunha dor con límites imprecisos e intensidade variable, descrita como *opresiva, esmagadora, sufocante, compresiva, explosiva e que queima*, e mesmo, ás veces, como unha banda que cruza o peito ou un peso no centro do peito.

O paciente, a miúdo, descríbea apoiando toda a súa **man sobre o centro do peito**, nunca a punta de dedo (que se poida localizar nun punto concreto do peito). A dor pódese irradiar a colo, mandíbula, ombros, brazos, costas ou estómago.

A duración é variable dende minutos ata horas, dependendo de se é unha anxina ou un infarto. Ante a mínima dúbida, **chame o 061 para solicitar axuda**.

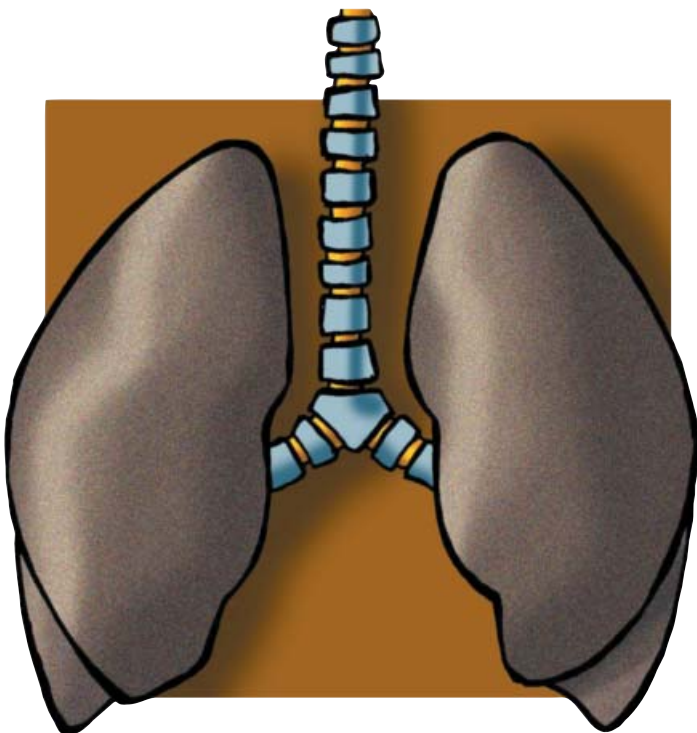


A dor non cambia con tose, respiración, movementos ou se prememos sobre a zona. Pode comezar en repouso ou despois de esforzos físicos, emocións, frío ou comidas copiosas.

2. Pleurítica:

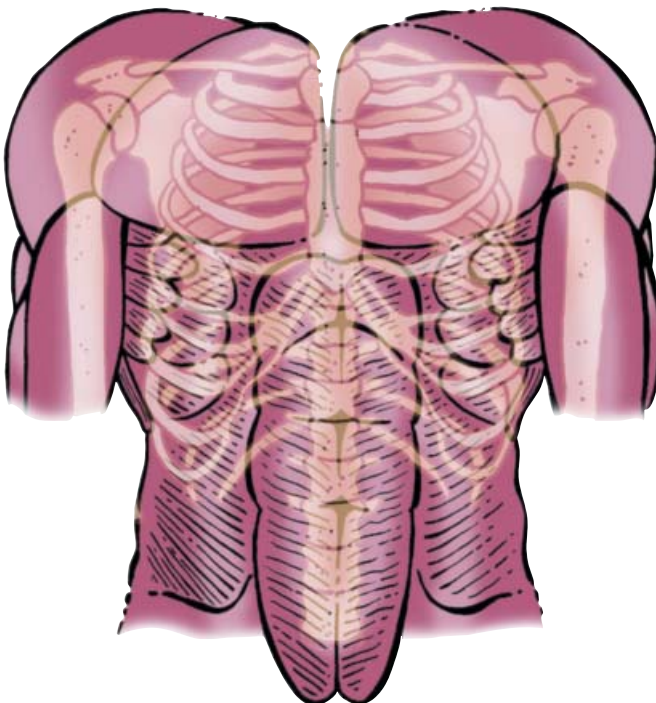
É unha dor intensa, como a punta de puñal, localizada na parede do peito, que aumenta ao respirar e que a persoa xeralmente localiza sinalándoa coa **punta do dedo**.

É desencadeada por esbirros, tose, respiración profunda e movementos do peito. Adoita durar máis que a dor anxinosa (minutos, días ou semanas) e pode acompañarse 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, a punta de 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 o médico.



O que



se debe facer

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

O que



se debe facer

- **Se o enfermo toma algunha medicación, sempre teña a man o seu nome e a dose que está a tomar.**
- **No caso de que a dor sexa claramente de tipo musculoesquelética, acuda a unha consulta médica habitual.**
- **Chame o 061** para solicitar axuda médica urxente se a dor é anxinosa ou coronaria ou se se teñen dúbidas.





21

Dor abdominal

Susana Rodríguez Barreiro
David Sánchez Campos

Conceptos xerais

A dor abdominal é un síntoma inespecífico común a multitude de procesos tanto abdominais como extraabdominais ou sistémicos. Se a dor abdominal é forte e de insuración brusca, denomínase abdome agudo e require un diagnóstico e tratamento axeitados de forma precoz.

Síntomas do abdome agudo

Dor no ventre que se presenta de forma inesperada e pode ir acompañado ou non de taquicardia, hipotensión, palidez da pel e das mucosas, náuseas, vómitos, diarrea, febre etc.

O ventre atópase duro e ríxido e está moi sensible ao tocalo.

A dor tamén pode aparecer despois dun traumatismo abdominal (abdome agudo traumático).

Causas de dor abdominal

Entre as causas máis frecuentes de dor abdominal destacan os gases, o cólico renal, cólico biliar, apendicite, traumatismos e obstrución intestinal entre outros.

Temos que considerar unha actuación urxente ante todo cadro de dor abdominal aguda que presente:

- Modificación da dor de discontinua a continua.
- Aumento dos latexos do corazón.
- Palidez de pel e mucosas.
- Hipotensión.
- Aparición despois dun traumatismo.



Normas de actuación

O que



se debe facer

- Non lle dea de comer ou beber ao paciente. **Hai que mantelo a dieta absoluta mentres se descoñeza o motivo da dor.**
- **Non administre calmantes para a dor.** A administración de analxésicos está contraindicada ata saber a causa da dor, xa que se suprimiría o síntoma principal e se dificultaría o seu diagnóstico etiolóxico.

O que



se debe facer

- **Sospete abdome agudo** ante unha dor abdominal despois dun traumatismo ou acompañado dos síntomas antes indicados.
- **Deixe o paciente na posición que lle resulte máis cómoda.**
- **Se aparecen vómitos, fíxese no seu aspecto:** con sangue vermello ou negro, en pousos de café, con restos de feces, olor fétido...
- **Chame o 061** para comentar o estado do paciente e solicitar axuda médica urxente.





22

Crise asmática

Susana Rodríguez Barreiro
Francisco Martínez Lores

Conceptos xerais

A asma bronquial é unha enfermidade inflamatoria crónica das vías aéreas que se caracteriza por unha obstrución bronquial debida a distintas causas, como infeccións, exposición a alérxenos, estrés etc., que provocan un aumento da reactividade dos bronquios.

É unha enfermidade crónica que se manifesta en episodios de duración e intensidade variables. O proceso garda relación cos cambios estacionais e aumenta na primavera e no outono.



Síntomas

Os síntomas poden aparecer gradualmente ou de forma brusca. O principal é a fadiga, con sensación de non poder introducir aire nos pulmóns. Xunto coa dificultade para respirar oímos uns sons típicos chamados sibilancias (pitos).

O paciente prefire estar de pé ou sentado. Podemos observar o movemento das paredes do nariz e dos músculos accesorios da respiración.

Tamén podemos ver avermellamento da cara, suor intensa, fala entrecortada, aumento dos latexos do corazón e o paciente pode estar angustiado.

Son síntomas de risco vital: alteración da consciencia, axitación, cianose, diminución dos latexos do corazón e esgotamento.

Normas de actuación

O que



se debe facer

- **Non nos expoñer aos desencadeantes das crises:** animais, fume de tabaco, aire acondicionado intenso, plantas en primavera...
- **Non tome ácido acetilsalicílico ou antiinflamatorios sen consultar o médico.** O analxésico de elección é o paracetamol.
- **Non abandone o tratamento** para a asma sen orde médica.

O que



se debe facer

- **Advirta o médico da condición de asmático** á hora da prescrición dun novo medicamento.
- **Sométase a control regular polo médico de familia** e tome a medicación pautada entre as crises.
- **Use os broncodilatadores en aerosol indicados polo médico** en caso de comezar a notar os síntomas das crises. Non espere a que a crise reverta de forma espontánea.
- **Manteña o paciente tranquilo e acompañado.**
- **Administre os corticoides inhalados pautados polo médico** se o paciente non mellora.
- **Acuda ao Servizo de Urgencias se non nota melloría ou o paciente está moi angustiada.** Administraráselle osíxeno e medicación intravenosa e nebulizada para unha axeitada ventilación.
- **Chame o 061** se a dificultade respiratoria é intensa.





23

Crise de ansiedade

María Victoria Barreiro Díaz
José Antonio Iglesias Vázquez

Conceptos xerais

A ansiedade é unha resposta fisiolóxica do organismo ante determinadas situacións que identifica como perigosas para este. Aínda que a ansiedade pode ser unha resposta fisiolóxica de alarma, que favorece a resposta ante estímulos externos, aumenta o nivel de alerta, ou a tensión muscular, necesarios en caso de ter que escapar dun perigo, en xeral referímonos a ansiedade cando falamos dun estado emocional similar ao medo, pero que aparece como consecuencia dun estímulo interior, e no que o paciente ten sensacións de perigo inmediato, aprehensión e temor, e habitualmente acompañado de síntomas físicos como taquicardia, respiración axitada, tremor e sudación.

Cando esta reacción é moi esaxerada transfórmase nunha crise de ansiedade, que consiste nunha resposta repentina de medo ou malestar intenso, que se desenvolve xeralmente en cuestión de minutos. Son episodios de aparición súbita, caracterizados por intensa angustia, temor a morrer ou a perder a razón, que se acompañan de taquicardia, respiración rápida e fatigosa, intenso tremor e sudación. A duración destes episodios non adoita ser maior de 15 minutos e ao finalizar adoita persistir unha sensación de debilidade.

Existen moitas situacións que poden producir ansiedade, aínda que as máis frecuentes están relacionadas co medo a saír á rúa, lugares con grandes aglomeracións, viaxar en avión, autobús ou coche, utilizar ascensores, permanecer en lugares pechados ou falar en público.

Síntomas

A ansiedade maniféstase pola aparición de palpitacións ou taquicardia, sudación profusa, sensación de afoyo, sensación de dificultade para tragar, opresión ou malestar no peito, náuseas ou molestias abdominais, inestabilidade, mareos ou perda de coñecemento, calafríos ou sufocación, medo a morrer ou volverse tolo.

En xeral, a ansiedade pode presentarse como calquera patoloxía orgánica, o cal debe manternos alerta para diferenciar un cadro ansioso puro doutros cadros máis graves (infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, reaccións alérxicas etc.), que se presentan habitualmente acompañados de ansiedade.

Normas de actuación

O que **Non** se debe facer



- **Non menosprece os cadros que se presentan con ansiedade**, xa que a sintomatoloxía é inespecífica e poden aparecer síntomas similares en cadros orgánicos graves.
- **Non tome drogas, alimentos ou bebidas excitantes**, tales como o café, as bebidas de cola, o chocolate, o té ou as bebidas enerxéticas.

O que **Si** se debe facer



- **Intente tranquilizar o paciente verbalmente**, falando devagar, con serenidade e intentando transmitir sensación de seguridade.
- **Intente distraer o paciente**, fágalle preguntas sobre o seu nome, idade... Intente que enumere os obxectos do cuarto ou calquera outro tema que non estea relacionado coa situación que lle provoca a ansiedade.
- **Pode ofrecerlle ao paciente respirar o aire expirado** (respirar nunha bolsa, rodeando o nariz e os labios, nunca abarcando toda a cabeza), intentando que respire lenta e profundamente.
- **Manteña a calma**, xa que adoitan ser breves, aínda que **en caso de que non cedan ou existan síntomas que poidan alertar sobre un cadro orgánico** (dor torácica, dificultade para respirar que non ceden), **chame o 061**, para solicitar asistencia médica urgente.





24

Convulsión

Marta Dorribo Masid
Francisco Martínez Lores

Conceptos xerais

En primeiro lugar hai que aclarar que non toda convulsión é unha crise epiléptica e non todas as 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 conduta.

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

Convulsión febril

Se un neno ten unha perda de consciencia, queda ríxido, cos ollos en branco, os labios morados, parece que non respira, o corazón lle late moi á prisa e ten sacudidas dos brazos e as pernas, o máis probable é que se trate dunha convulsión. Se esta se produce nun neno previamente san que ten entre 6 meses e 5 anos e coincide con febre de máis de 38°C, falamos de convulsión febril.

Nalgunhas ocasións, non hai sacudidas dos brazos e as pernas, senón que o neno permanece ríxido ou, pola contra, queda como sen forza, como un boneco de trapo. Sexa cal sexa o tipo de convulsión, este episodio é tan angustiante para a persoa ou persoas que o presencian, habitualmente os pais, que moitos inician manobras de resucitación, por exemplo o boca a boca, porque teñen a sensación de que o seu fillo morre.



Afortunadamente, non adoita durar máis alá duns minutos, -que se fan eternos-, tras os cales o neno recobra o coñecemento e recupérase por completo de xeito paulatino, de modo que durante algúns minutos pode estar algo confuso e adormecido.

Formas das crises epilépticas

Segundo a alteración da consciencia que produzan:

- **Crises epilépticas simples:** aquelas que non lle afectan á 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:

- **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 *gran mal*. Son as máis frecuentes, comezan habitualmente de forma brusca e sen aviso previo, con perda de consciencia, caída ao 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 prodúcense 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, sen acordarse do sucedido e permanece confuso e somnolento durante un tempo (minutos a horas).



Status epiléptico

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

Medidas preventivas

As persoas con epilepsia non deben:

- Deixar de tomar a medicación.
- Inxerir bebidas alcohólicas, pois poden desencadear unha crise.
- Realizar actividades perigosas: aqueles pacientes que teñan crises frecuentes, polo menos ata que controlen estas co seu tratamento non deben conducir, nadar, subir a lugares elevados, manexar maquinaria perigosa, practicar deportes de risco...
- Ter horarios irregulares: é importante respectar os períodos de descanso, porque a falta destes pode ser outro desencadeante que podemos evitar.

O que se debe facer

- **Non poña algo duro na súa boca** (nin sequera os dedos) para evitar que morda a lingua.
- **Non intente abrílle a boca á forza** cando a ten pechada e aperta os dentes, nin introduza os dedos ou obxectos nesa circunstancia.
- **Non mova a persoa**, a non ser que se atope nunha situación de perigo ou preto dalgún risco.
- **Non intente suxeitalo** (só sosteña a súa cabeza).
- **Non intente darlle medicinas, auga nin alimentos pola boca** durante a crise nin no período posterior de somnolencia.
- **Non intente parar a convulsión botándolle auga fría, zarandeando a persoa nin dándolle palmadas para que se recupere.** A persoa que está a convulsionar non ten control sobre a crise e non é consciente do que está a suceder no momento. Vostede non pode parar a crise con eses métodos.

Normas de actuación



O que se debe facer

- **Manteña a calma.**
- **Evite que caia ao chan bruscamente.** Se o paciente se decata de que vai convulsionar, axúdelle a tombarse e protexerse de golpes. Despexe a área de mobles ou outros obxectos cortantes.
- **O mellor é colocalo tombado de lado nun sitio seguro,** por exemplo: o chan. Esta posición fai que se se presentan vómitos, non se produza unha broncoaspiración.
- **Poña unha almofada ou roupa debaixo da cabeza para que non se dane.** Afrouxe a roupa do paciente, sobre todo a de arredor do colo.
- **Pida axuda, chame o 061** e siga as indicacións do médico: axudarlle dando as instrucións necesarias e enviando a axuda máis axeitada.
- **Mire o reloxo e anote mentalmente a hora:** a duración é importante.
- **Memorice todos os detalles:** situación que a desencadeou, tipo de movementos, duración, se hai perda de coñecemento... Serán fundamentais para facer un diagnóstico correcto.
- **Recorde que se se detén a respiración durante uns segundos ou presenta palidez ou cianose** (cor azulada) non significa que se atope en perigo. Pode acontecer nalgunhas crises.
- **Espere a que pase a crise** (o que case sempre acontece en menos de cinco minutos).
- **Permaneza ao lado da persoa ata que a crise remate** e volva recuperar a consciencia.





25

Diabetes
descompensada

M^a Luisa Chayán Zas
Ángel Chayán Zas

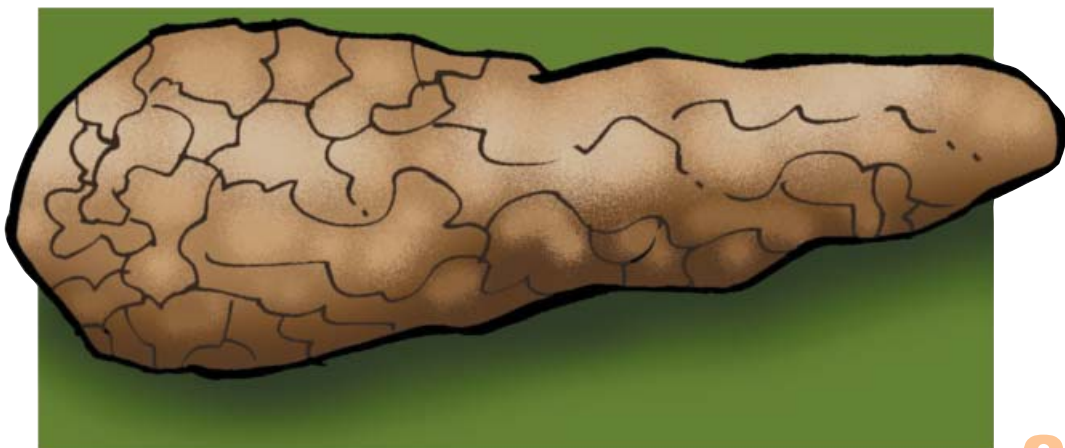
Conceptos xerais

A diabetes 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 azucre proveniente dos alimentos non pode ser asimilado polo que se acumula no sangue. Este estado de hiperglicemia e as complicacións que se van producir constitúen a enfermidade que chamamos diabetes.

Tipos

Existen dous tipos principais de diabetes:

- **Diabetes tipo 1:** aparece principalmente en nenos e novos, menores de 30 anos. O comezo adoita ser brusco, con síntomas moi rechamantes (cansazo, ouriños abundantes, adelgazamento e aumento de apetito). Representa un 10-15% de todas as formas de diabetes. O páncreas non produce insulina, polo que é necesario administrala para sobrevivir.
- **Diabetes tipo 2:** aparece xeralmente en persoas maiores de 40 anos. O comezo é lento e gradual, con síntomas pouco rechamantes e pode pasar inadvertida. Cursa xeralmente con obesidade. É a forma máis frecuente de diabetes, representa máis do 85% de todos os casos. O páncreas segue producindo insulina, aínda que dun xeito insuficiente, e pódese tratar en principio con dieta e pastillas antidiabéticas.



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 saen dos límites normais e aparecen complicacións falamos de descompensación, podendo tratarse 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 e mesmo perda de coñecemento. Algunhas persoas poden non manifestar estes síntomas, en cuxos casos se sospeitará a hipoglicemia ante un comportamento anómalo (agresividade, irritabilidade, decaemento, desorientación etc.).

O que se debe facer

- **Non incumpra a dieta:** o diabético non debe alterar o seu plan de alimentación. Referímonos tanto aos alimentos coma aos horarios.
- **Non aumente o exercicio físico sen aumentar a comida:** cando se vai realizar algún exercicio extra hai que tomar algún alimento extra.
- **Non varíe a dose de insulina ou antidiabéticos orais sen prescrición médica.**
- **Non perda tempo:** en canto aparecen os primeiros síntomas de hipoglicemia hai que administrar azucre ou algún alimento sen demora, xa que canto máis tempo pase, a hipoglicemia será maior e o tratamento máis difícil.
- **Non administre azucre se o paciente está inconsciente:** nese caso, non se debe dar nada; haberá que solicitar asistencia sanitaria canto antes, **chamando o 061.**



O que se debe facer

- **Aprenda a recoñecer os síntomas:** é fundamental que, tanto o paciente como a xente do seu ámbito, aprenda a recoñecer os síntomas de hipoglicemia para tratala canto antes.

Normas de actuación

- **Siga estritamente a dieta:** canto mellor sigamos a dieta, menos posibilidades teremos de sufrir descompensacións.
- **Administre 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 dea nada pola boca.
 - Colóquelo en posición lateral de seguridade (ver tema de Reanimación cardiopulmonar básica).
 - **Avise o 061**, que enviará a asistencia sanitaria máis conveniente.

Ante unha hiperglicemia

A hiperglicemia é unha situación de instauración moito máis lenta que a hipoglicemia. Pode presentarse como: sede intensa, necesidade de mexar con máis frecuencia do habitual, cansazo, dor abdominal ou vómitos, provocando, 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 que solicitar asistencia médica.

O que



se debe facer

- **Non incumpra a dieta:** é fundamental para un bo control da diabetes e debe de seguirse do xeito máis estrito posible.
- **Non diminúa o exercicio físico:** é outro dos piares fundamentais para un bo control da diabetes, polo que debe practicarse de xeito regular.
- **Non varíe a dose de insulina ou antidiabéticos orais sen prescrición médica.**

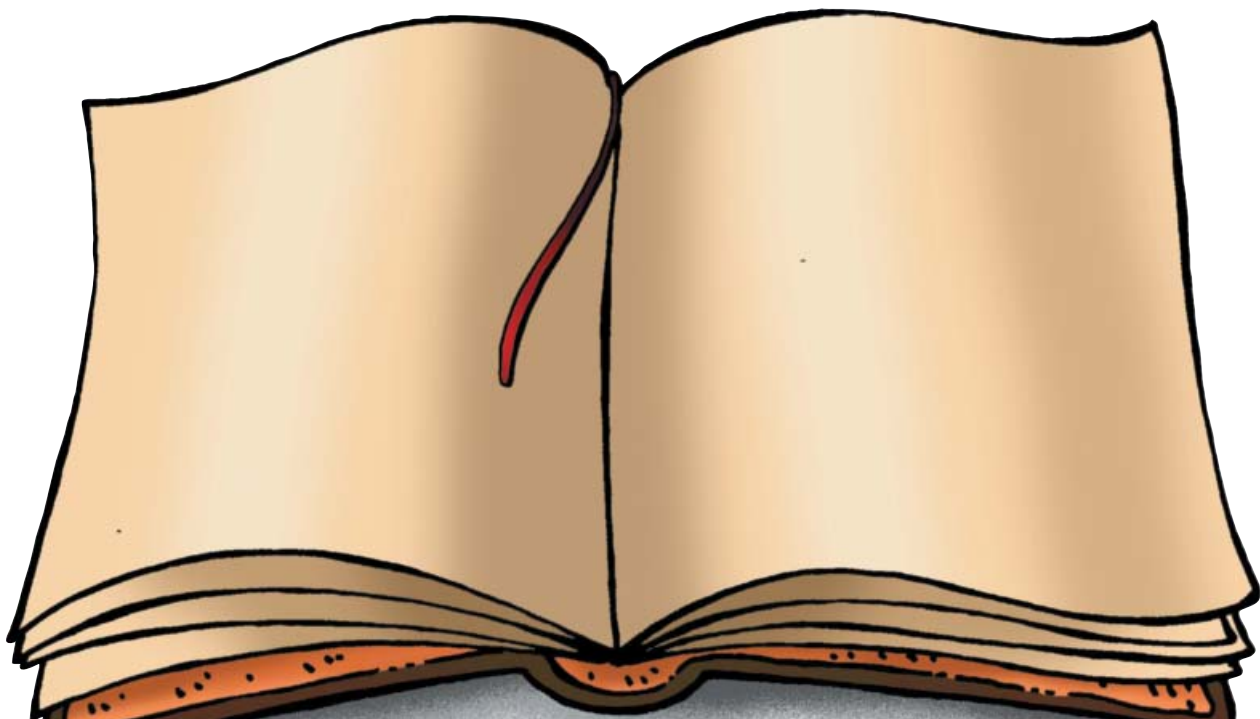
O que



se debe facer

- **Siga estritamente a dieta.**
- **Practique exercicio regularmente.**
- **Consulte o médico ante a presenza de infeccións, vómitos ou a realización de intervencións cirúrxicas:** estas situacións poden provocar o aumento dos niveis de glicosa e levar a unha descompensación, polo que se debe acudir e consultar o médico por se resultase necesario aumentar o tratamento.
- **Solicite asistencia médica en canto comecen os síntomas:** ante a sospeita dunha hiperglicemia, **avise o 061** para que recomende a asistencia sanitaria máis axeitada.





B

Bibliografía

- Chung, Jonathan Epstein, Louis Gonzales, Rita Ann Herrington, Jeffrey L. Pellegrino, David Markenson, Jeffrey D. Ferguson, Leon Chameides, Pascal Cassan, Kin-Lai, Norda Ratcliff and Adam Singer. First Aid: 2010 American Heart Association and American Rede Cross Guidelines for First Aid, part 17. *Circulation* 2010;122;S934-S946. ISSN: 1524-4539.
- De Caen AR, Kleinman ME, Chameides L, et al. Part 10: *Pediatric basic and advanced life support 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations*. *Resuscitation* 2010; 81s:e213-259.
- *Guía de actuación en urgencias prehospitalarias*. Santiago de Compostela 2003. ISBN: 84-453-3640-1.
- Judith Tintinalli, Gabor D. Kelen, J. Stephan Stapczynski. *Medicina de urgencias*, Vol. II. Editorial Mc-Graw Hill. 2006. ISBN 970-10-5134-3.
- Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. *Medicina de urgencias y emergencias, Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 4.ª edición, 2009. Editorial Elsevier. ISBN: 978-84-8086-469-5.
- *Manual de primeros auxilios del 061 de Galicia*. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. Santiago de Compostela 2002. ISBN: 84-453-3385-2.
- *Manual del técnico en transporte sanitario*. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. Santiago de Compostela 2004. ISBN: 84-453-3749-1.
- Nolan JP, Soar J, Zideman DÁ, Biarent D, Bossaert L, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Böttiger B. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 81 (2010) 1219-1276.
- Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. *Guía de atención en urgencias*. 3.ª edición. Santiago de Compostela 2007. ISBN: 978-84-689-0882-3.

ISBN: 97



9

