

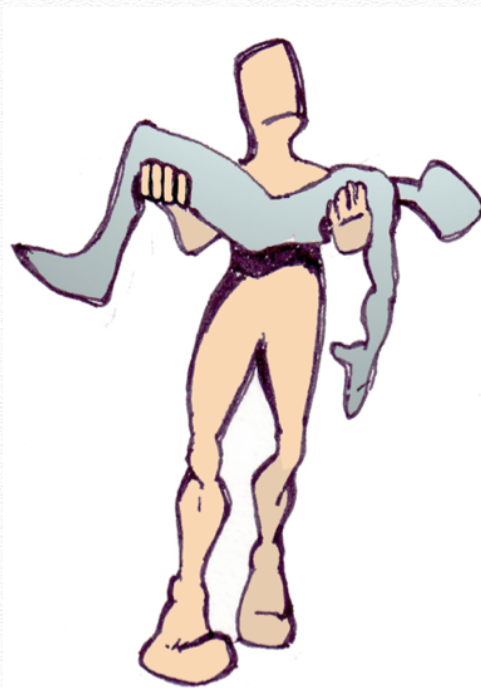
**CONCELLO
DE VIGO**



CURSO DE PRIMEIROS AUXILIOS

Organizado por:

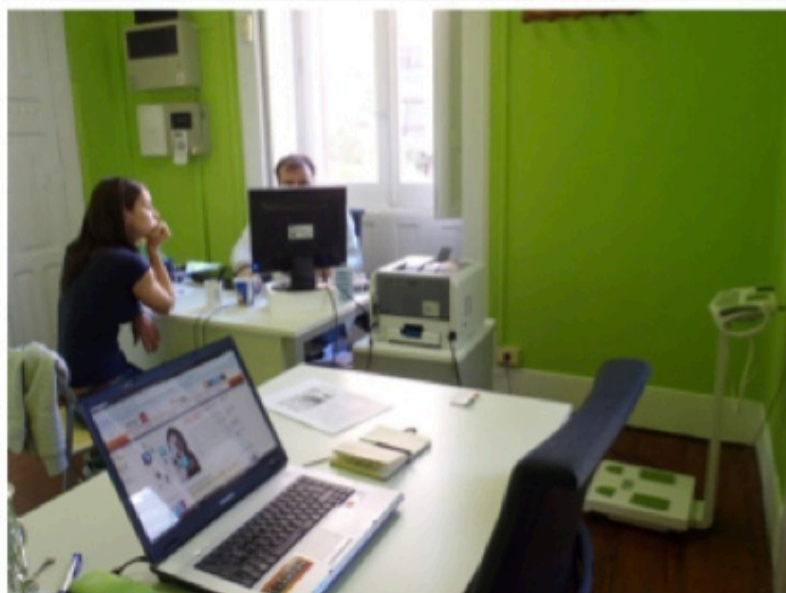
-Concellería de Medio Ambiente e Vida Saudable



@carlosvales



síntome  ben



**MARTES E XOVES DE 10 A 14 E DE 17
A 20 HS**

CASA DA XUVENTUDE



PRIMEIROS AUXILIOS

Unha persoa que proporciona Primeiros Auxilios defínese como alguén formado nesa atención, que debería:

- Recoñecer, avaliar, e priorizar a necesidade dos primeiros auxilios
- Proporcionar coidados utilizando as competencias apropiadas
- Recoñecer as limitacións e buscar atención adicional cando sexa necesario



1.- Obxectivos do primeiro interviniente en Primeiros Auxilios:

- Preservar a vida
- Aliviar o sufrimento
- Previr unha enfermidade ou lesión posterior
- Promover a recuperación



2.- Riscos e autoprotección do primeiro interviniente: conducta PAS

P = Protexer

A = Alertar

S = Socorrer

AUTOPROTECCIÓN = A nosa propia seguridade é o principal

Debemos protexernos sobre todo ante un segundo ACCIDENTE por non adoptar as medidas de precaución necesarias

Concepto de **ESCENA SEGURA**:

- ¿Podo intervir sen risco para a miña integridade física?
- ¿Teño a información necesaria para afrontar e controlar o incidente?
- ¿Teño os medios axeitados?
- ¿Podo intervir só ou preciso de axuda?



2.- Riscos e autoprotección do primeiro interviniente: conducta PAS

P = Protexer

Mantendo moi presente o concepto de **AUTOPROTECCIÓN**, protexer á vítima dos posibles riscos da escena:

- Non agravar o seu estado
- Actuar con calma
- Facer só aquilo do que estemos seguros

Plantexamento xeral = **NON MOVER Á VÍCTIMA** salvo que corra un grave e inminente perigo se permanece onde está (maquinaria, incendio, exposición a produtos químicos, exposición a fontes de calor, electricidade, etc)



2.- Riscos e autoprotección do primeiro interviniente: conducta PAS

A = Alertar

CHAMADA DE EMERXENCIA AO 1 1 2

- Explicar onde nos atopamos con referencias obxectivas
- Resumir o acontecido e concretar o número de feridos
 - Contestar ás preguntas dos operadores
- Non finalizar a comunicación ata que nolo indiquen





2.- Riscos e autoprotección do primeiro interviniente: conducta PAS

A = Alertar

- ❑ Este punto inicia unha cadea de acontecementos encamiñados a resolver a emerxencia á maior brevidade posible.
- ❑ Un retraso na activación da alerta pode significar a diferenza entre a vida e a morte do accidentado.
- ❑ Unha persoa en parada cardiorespiratoria sen a atención debida en 5/6 minutos, ten unha probabilidade de recuperación moi baixa, preto do 0%.
- ❑ O teléfono único internacional de emerxencias na Unión Europea é o **112**



2.- Riscos e autoprotección do primeiro interviniente: conducta PAS

S = Socorrer

Tras asegurar a escena e alertar, realizamos unha valoración inicial da vítima

- Serve para avaliar o estado da vítima e permite intervir correcta e eficazmente
- Lévase a cabo no lugar do accidente. Só se realizan as accións das que se esté seguro. Só se move á vítima se é **IMPRESINDIBLE**





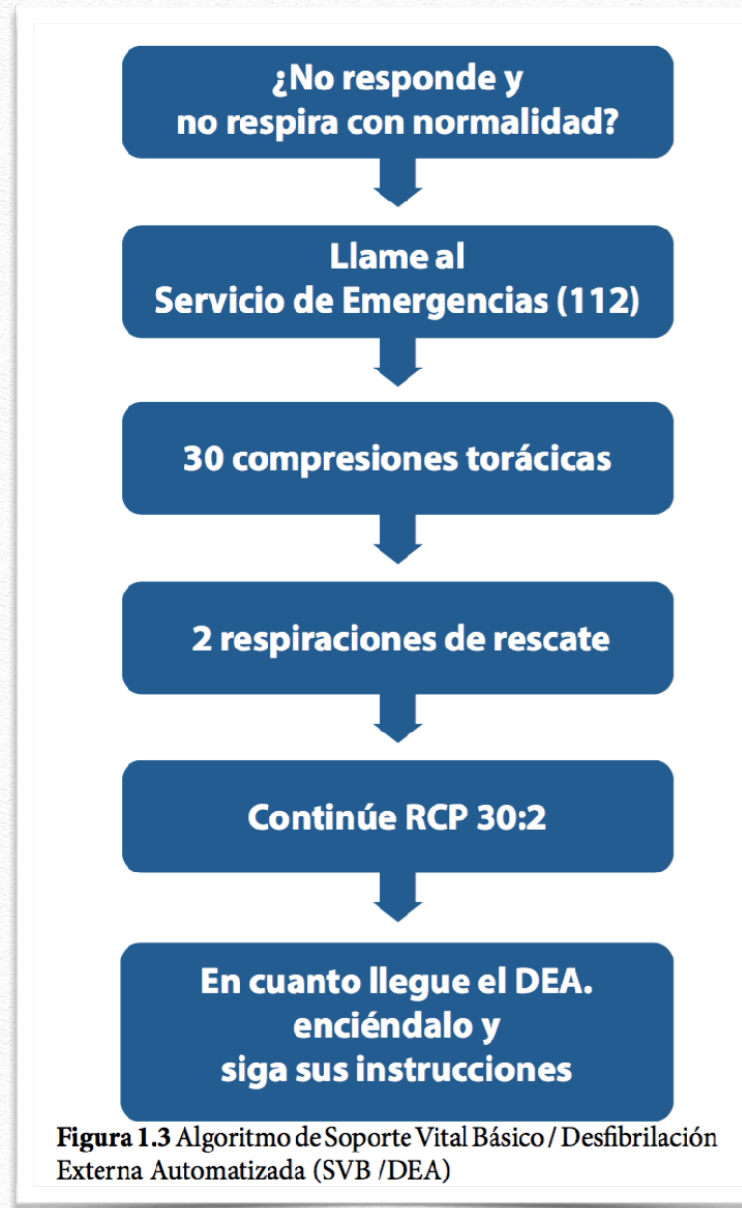
3.- Fases da Cadea de Supervivencia e papel do primeiro interviniente



Fig. 1.1. Cadena de Supervivencia



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA

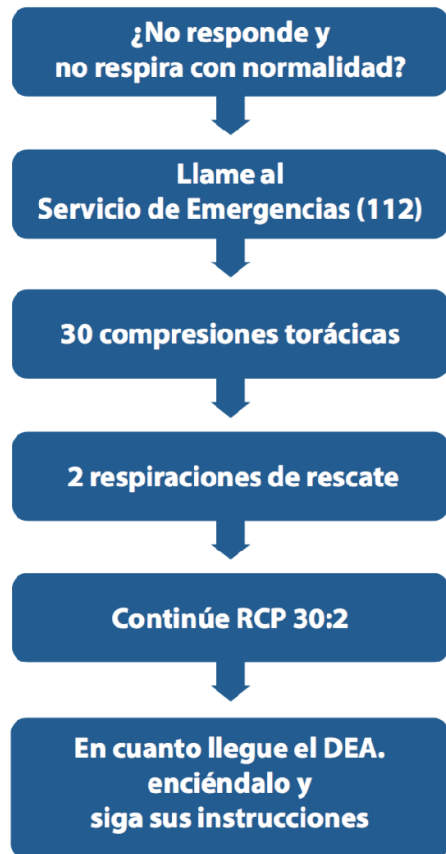


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

-Valoración do nivel de consciencia





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA

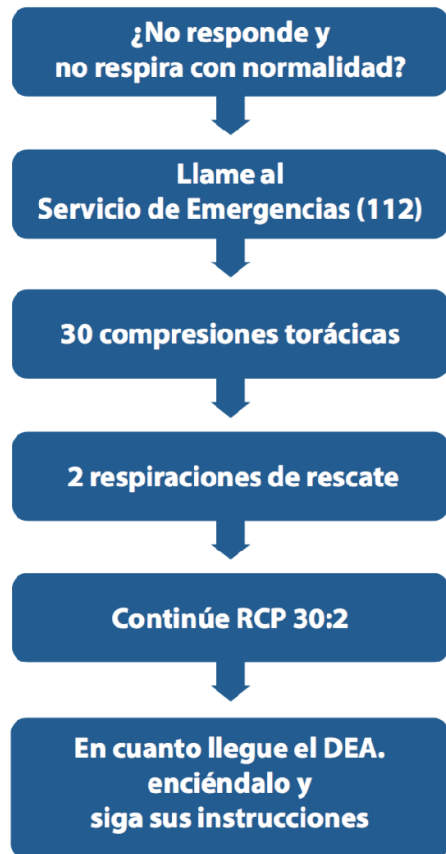
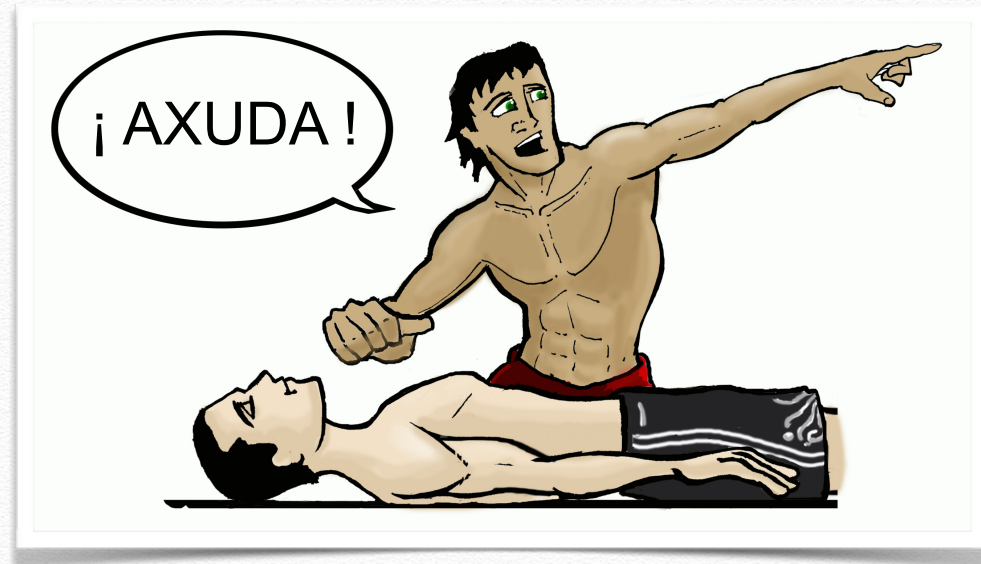


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

-Petición de Axuda





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA

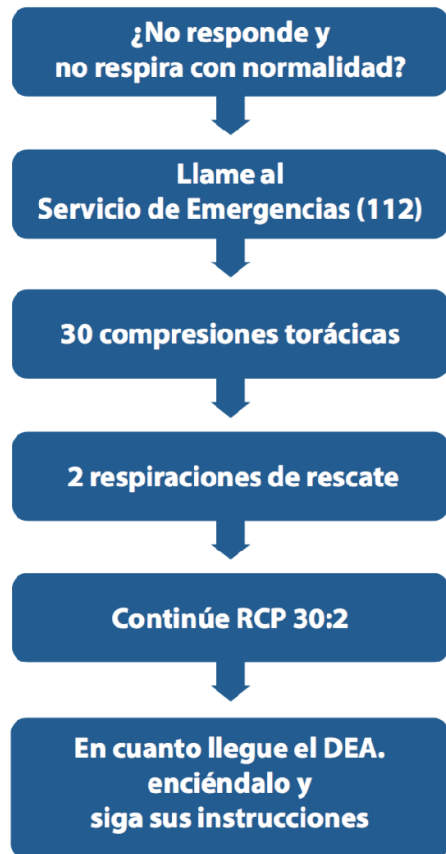


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

-Abrir vía aérea con manobra fronte-queixo





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA

-Comprobar se respira con normalidade
(non máis de 10 segundos)

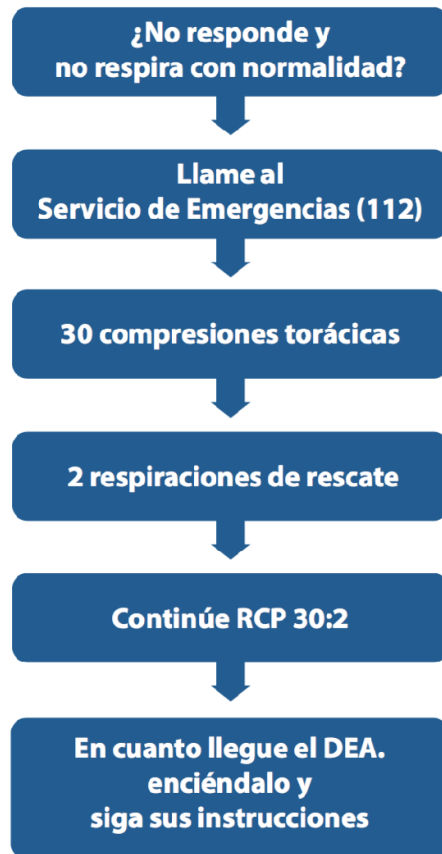


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA

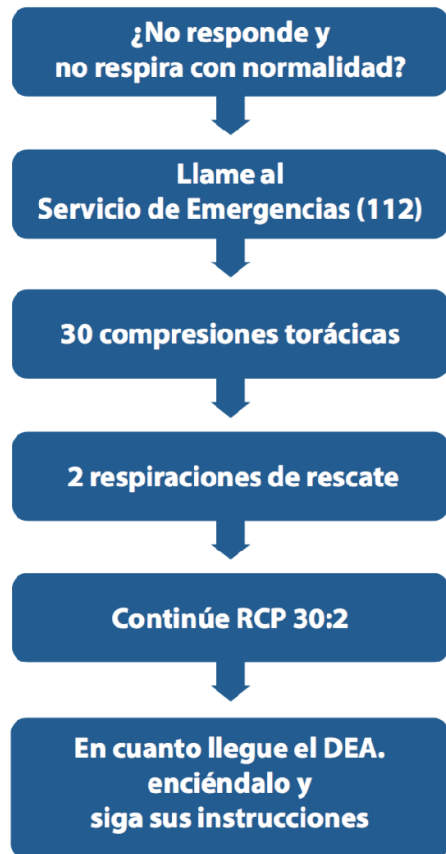


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

-Alertar ao 112 se non se fixo antes





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA

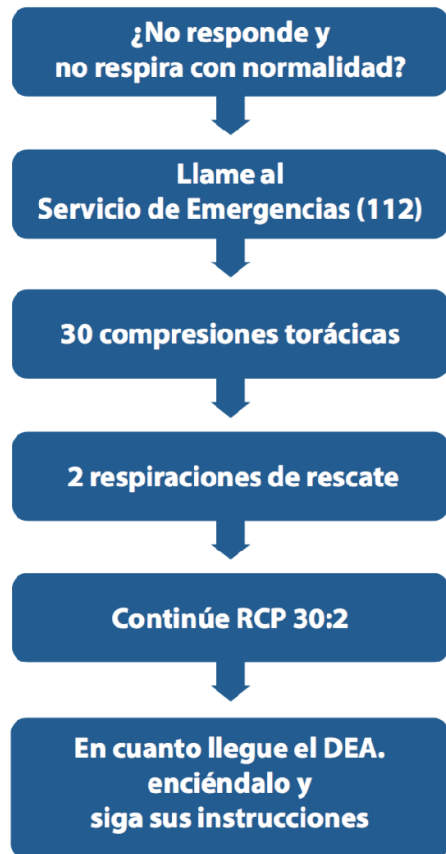


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

-Facer secuencias contínuas de 30 masaxes cardíacos seguidos de 2 ventilacións **SEN** **INTERRUPCIÓNs**



+





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Únicas situacións nas que se interrompe a RCP:

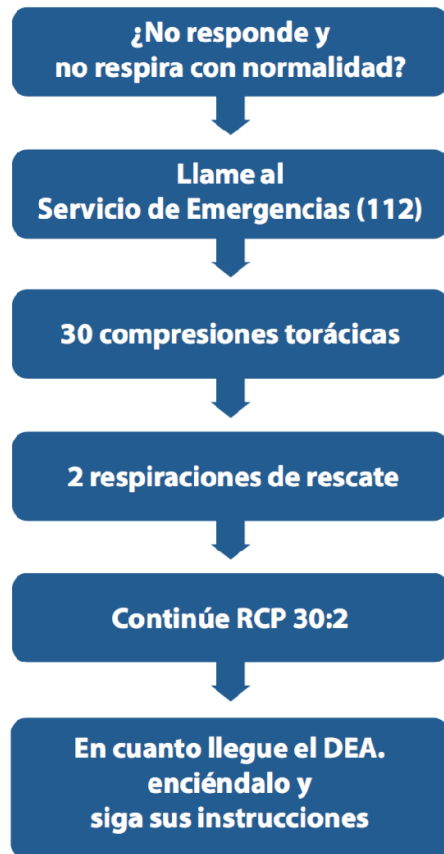


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

- Cando a vítima se recupera
- Cando os Servizos de Emerxencia relevan ao reanimador
- Por esgotamento do reanimador sen posibilidade de que chegue axuda
- Cando o DEA o indica: na análise do ritmo cardíaco, mentras se carga e cando se aplica a descarga



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

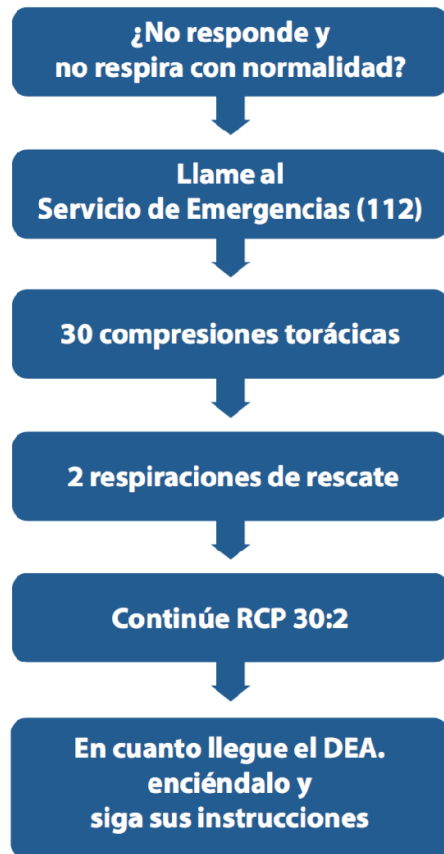


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB /DEA)

Consideracións sobre o DEA

- Un alto porcentaxe de Paradas Cardiorrespiratorias en persoas adultas non afogadas están orixinadas por unha Fibrilación Ventricular.
- O DEA é un aparato que analiza o sinal ECG do corazón e en caso de detectar Fibrilación Ventricular permite que se realice unha descarga. Esta descarga pode revertir a FV e restablecer a función cardíaca.
- O DEA non substitúe á RCP, senon que a complementa. Non debe haber interrupcións da reanimación salvo cando o DEA indica análise do ritmo cardíaco, cando se carga e cando se aplica a descarga.



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

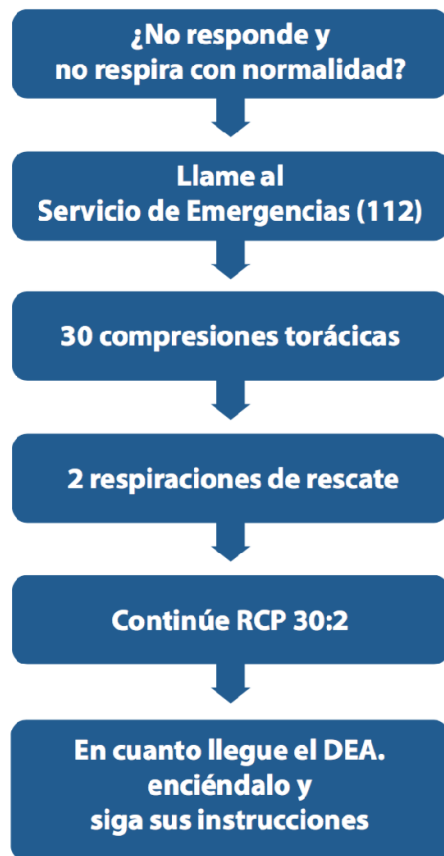


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB /DEA)

Consideracións sobre o DEA

- A seguridade do reanimador é esencial: non se pode tocar á vítima durante a análise, carga ou administración da descarga.
- Se a vítima está na auga, debe extraerse ata un lugar seco.
- Se a persoa está mollada, debe secarse cunha toalla ou con roupa.



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

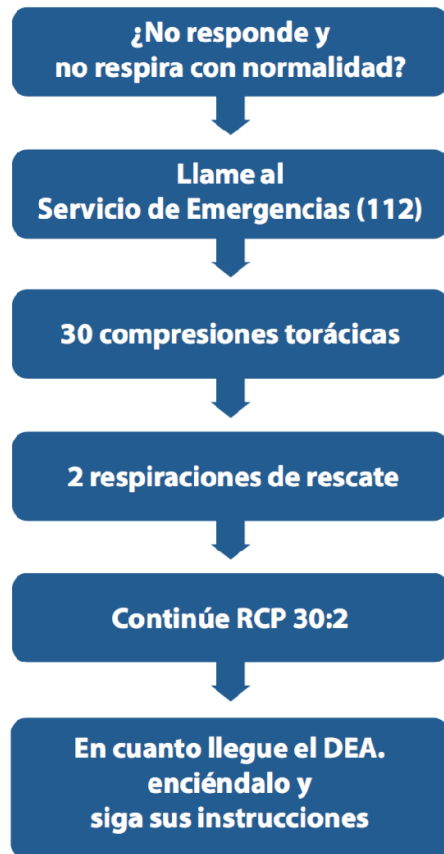


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

DEA: Pasos a seguir para utilizarlo con seguridad

1º: Acender o DEA

2º: Colocar os parches e conectar o cable

3º: Analizar o ritmo

4º: Desfibrilar cando o indique o DEA

5º: Continuar coa RCP ata a seguinte análise (2 min.)



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

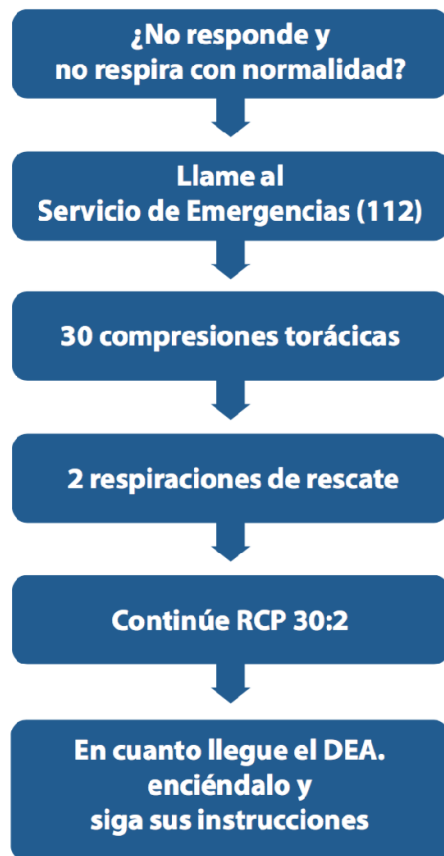


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

DEA: Acender

- Algúns Desfibriladores acéndense ao abrir a tapa, pero a maioría dispoñen dun botón de ACENDIDO.
- Presionar con forza o botón e seguir as instrucións da locución.





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

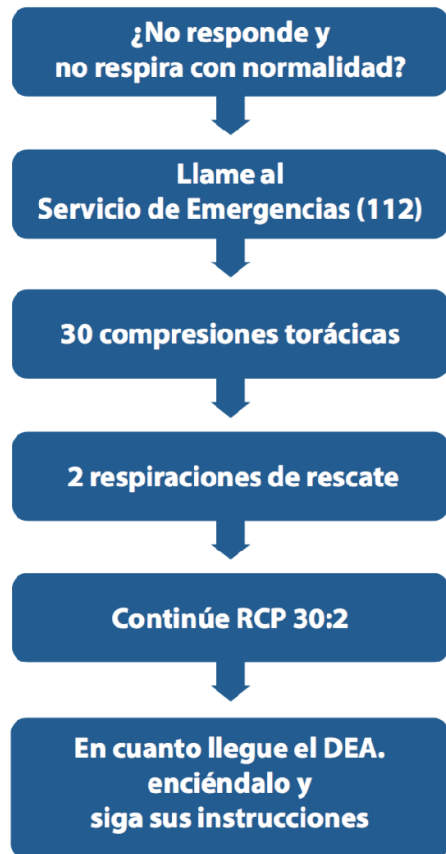


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

DEA: Colocar os parches e conectar o cable

- En caso de persoas con moito pelo no peito: Rasurar únicamente nas zonas onde se colocarán os parches
- Colocar os parches seguindo os gráficos e indicacións do fabricante
- Parche baixo a clavícula dereita
- Parche baixo a axila esquerda
- Conectar o cable dos parches ao DEA





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

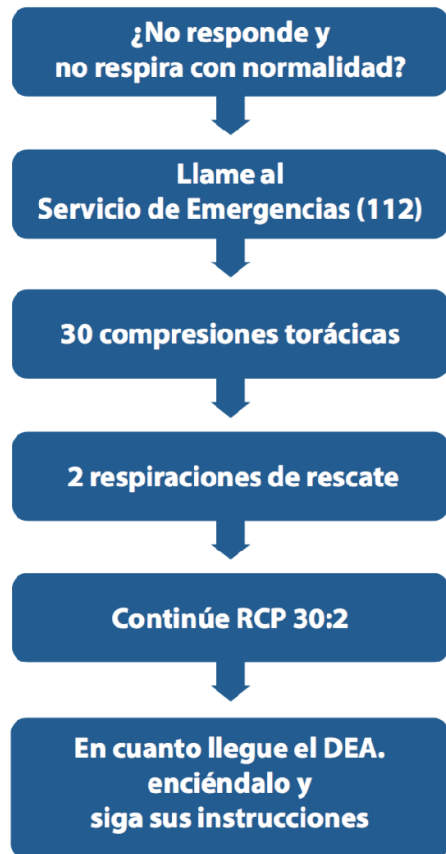


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

DEA: Analizar o ritmo

- Non tocar á vítima mentras o DEA analiza o ritmo cardíaco
- Asegurarse de que outras persoas tampouco tocan á vítima



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

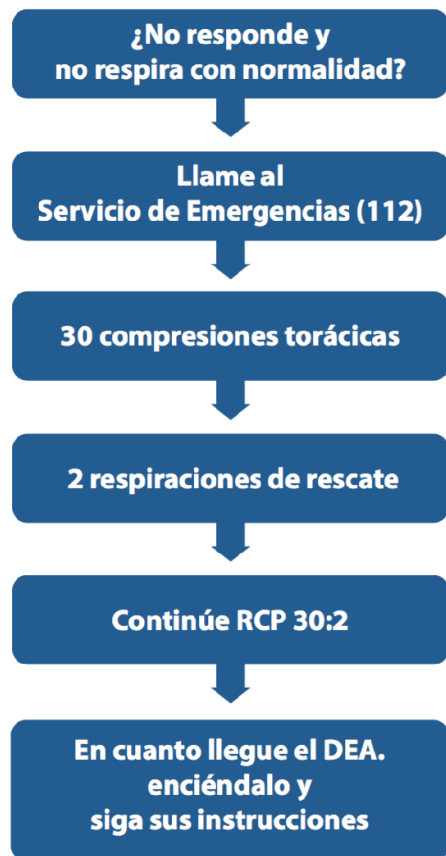
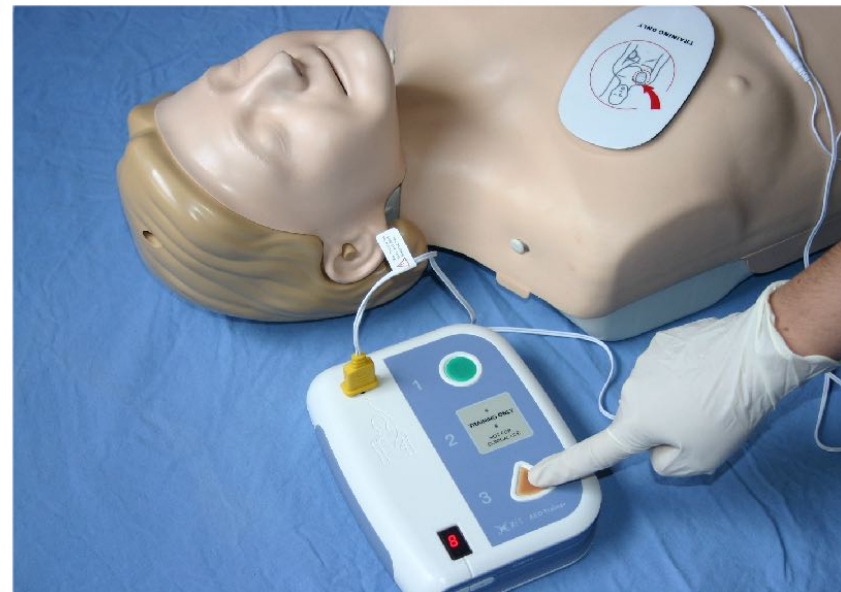


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

DEA: Desfibrilar

- Asegurarse de que nadie toque a la víctima mientras se produce la descarga
- Se o DEA aconseja la descarga, tras escuchar o aviso sonoro, presionar el botón cuando lo indique





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA

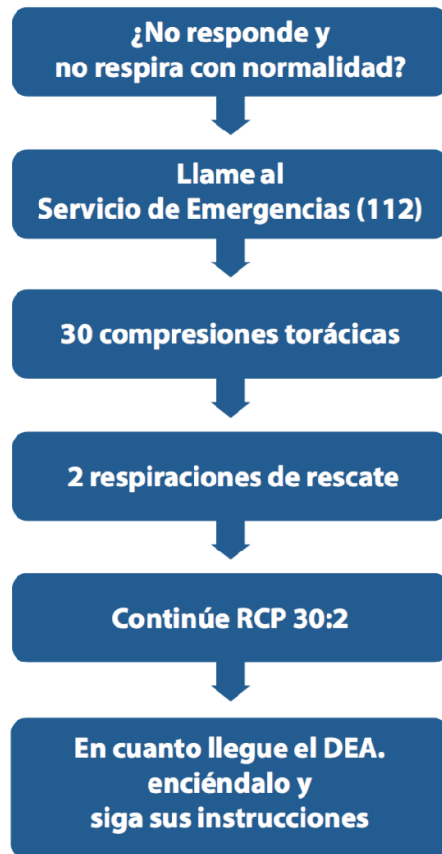


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

DEA: Continuar coa RCP ata a seguinte análise

- Realizar ininterrumpidamente ciclos de 30 masaxes + 2 ventilacións sen quitar os parches e sen apagar o DEA
- Cada 2 minutos o DEA realiza unha nova análise
- Cada nova análise do DEA pode aproveitarse para realizar o cambio de reanimador (se hai máis de un)
- Se a vítima se recupera, colocar en PLS sen quitar os parches nin apagar o DEA





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Niños: Uso do DEA

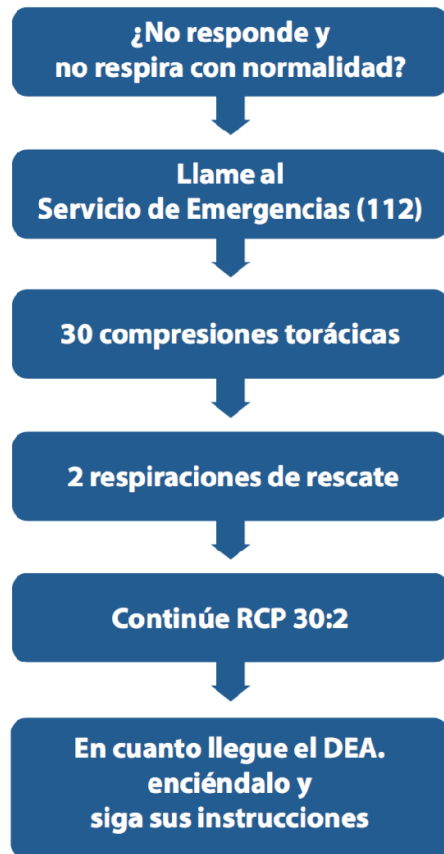


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB / DEA)

DEA en edades pediátricas:

- Utilizar los parches pediátricos en caso de niños (1 a 8 años)
- En niños menores de 1 año no se debe utilizar un DEA salvo que el fabricante lo indique claramente etiquetado como adecuado para esa franja de edad.



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de mulleres embarazadas

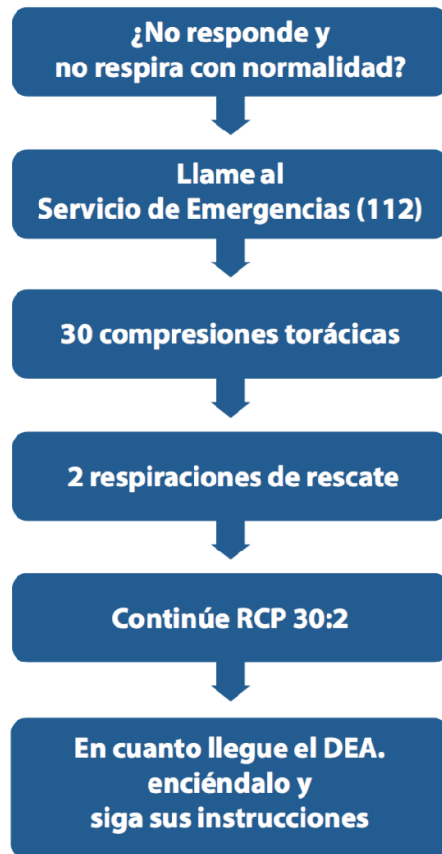


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB /DEA)

Diferencias:

- No caso de un só reanimador, xirar o tórax e abdome ata o lado esquerdo uns 30 graos, colocando roupa baixo o lado dereito do seu corpo
- O reanimador colócase no lado esquerdo da vítima



Secuencia de la RCP básica en embarazadas.



4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

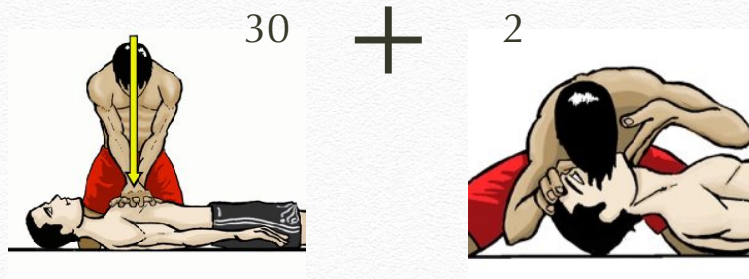
Caso de adultos ahogados

Diferencias:

1 MINUTO = aprox 3 ciclos



Secuencia de la RCP básica en ahogados.





4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de nenos e lactantes

Diferencias:



Secuencia R.C.P. b. en niños menores de un año (lactantes) y niños de hasta 8 años.



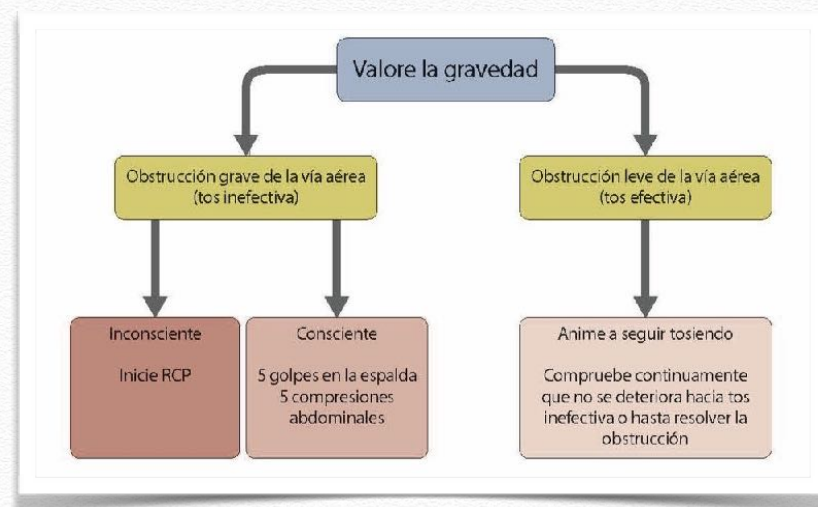
5.- OVACE: Obstrucción de Vía Aérea por Corpos Estraños

1-Identificar o problema diferenciando entre:

- a)Obstrucción LEVE ou incompleta (tos efectiva)
- b)Obstrucción GRAVE ou completa (tos inefectiva)

2-Actuación en obstrucción leve:

- Animarlle a seguir tusindo
- Comprobar continuamente que non se deteriora a tos inefectiva ou ata resolver a situación





5.- OVACE: Obstrucción de Vía Aérea por Corpos Estraños

Identificar o signo internacional de Obstrucción Grave da vía aérea



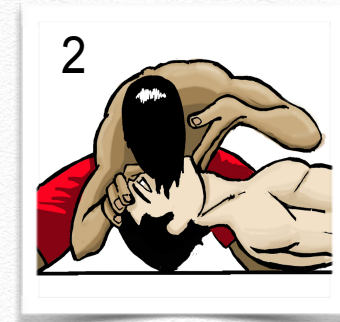
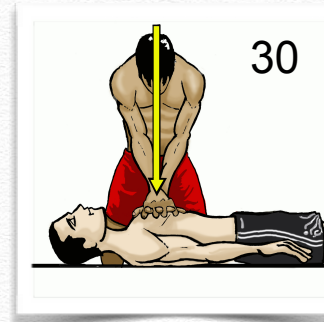


5.- OVACE: Obstrucción GRAVE de Vía Aérea por Corpos Estraños

Actuación básica ante OVACE: caso de adultos

Se está inconsciente: **1 1 2**

Inicie RCP

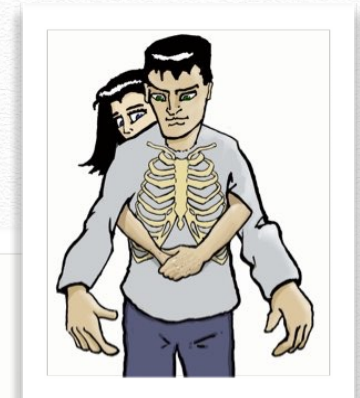
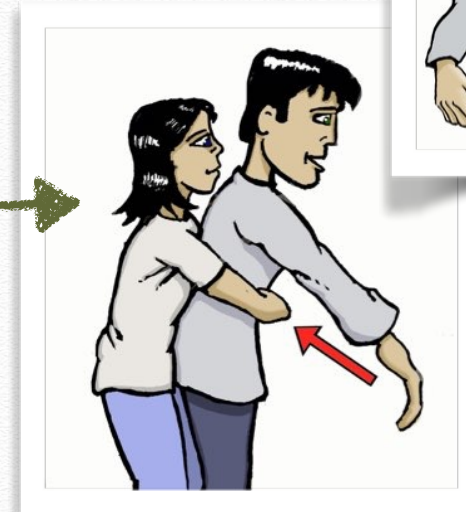
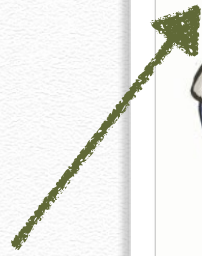


Se está consciente:

a) Anímeo a seguir
tusindo

b) 5 golpes nas costas

c) 5 compresións
abdominais





5.- OVACE: Obstrucción GRAVE de Vía Aérea por Corpos Estraños

Actuación básica ante OVACE: idades pediátricas

Se está inconsciente: **1 1 2**

5 ventilacións + Inicie RCP →



+



Se está consciente:

a) 5 golpes nas costas →

b) 5 compresións

-No peito en lactantes →

-Abdominais en nenos
(maiores de 1 ano)



7.- Queimaduras

Son lesións secundarias a un traumatismo físico ou químico sobre os tecidos orgánicos, que causa un dano celular de intensidade variable.

É unha das urxencias máis frecuentes en España: aproximadamente 140.000 persoas buscan asistencia médica para queimaduras cada ano, e 6.500 requiren un ingreso hospitalario tras sufrilas.

As queimaduras máis frecuentes (ata o 85%) son as de orixe térmico, producidas por unha chama ou contacto con sólidos, líquidos ou gases quentes.

O contacto con sustancias a máis de 40 graos pode provocar a desnaturalización das proteínas, con posible ruptura da membrana plasmática celular e liberación de sustancias que xeneran unha reacción inflamatoria intensa.



7.- Queimaduras

Cando a extensión da queimadura supera o 30% da superficie corporal total (SCT), a resposta inflamatoria causa alteracións sistémicas que poden afectar a múltiples órganos e provocar a aparición de cadros graves de shock, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, etc.

O xeito máis habitual de clasificar as queimaduras é en graos, que veñen definidos pola profundidade da lesión nos diferentes estratos da pel e, se procede, dos tecidos subcutáneos afectados.





7.- Queimaduras

Clasificación das queimaduras:

1º grao ou epidérmicas: afectan únicamente á epiderme

Aspecto:

Eritema: arrubiamiento da pel

Non exudativa

Non presenta ampolas ou flictenas

Sensibilidade na zona:

Moi dolorosa

Axentes causais frecuentes:

Radiación solar

Líquidos quentes





7.- Queimaduras

Clasificación das queimaduras:

2º grao ou dérmica: afectan á apiderme e aos estratos superficiais (dérmicas superficiais) ou profundos (dérmicas profundas) da derme

Aspecto:

Cor rosada a vermello brillante

Exudativas

Presenta ampolas ou flictenas

(as profundas xa non presentan flictenas e a base é branca ou grisacea)

Sensibilidade na zona:

Moi dolorosa (as profundas non tanto)

Axentes causais frecuentes:

Chama

Líquidos quentes

Substancias químicas





7.- Queimaduras

Clasificación das queimaduras:

3º grao ou subdérmicas superficiais:
implican a destrucción do espesor
total da pel

Aspecto:

Cor de branco nacarado a negruzco
Escala

Sensibilidade na zona:

Perda de sensibilidade

Axentes causais frecuentes:

Electricidade

Substancias químicas

Chama

Sólidos candentes



7.- Queimaduras

Clasificación das queimaduras:

4º grao ou subdérmicas profundas:
afectan a estruturas profundas
(músculos, tendóns, ósos...)

Aspecto:

Negruzco (escara)

Aprécianse estruturas profundas

Sensibilidade na zona:

Perda de sensibilidade

Axentes causais frecuentes:

Electricidade

Substancias químicas

Chama

Sólidos candentes





7.- Queimaduras

Gravidade das queimaduras determinada por:

- Profundidade (clasificada por graos)
- Extensión

Determinar de xeito aproximado a extensión:

- Regra da palma da man (a palma da man equivale aprox a un 1% de SCT)
- Regra “dos 9” de Wallace (válida para adultos, e pouco precisa pero aceptada para pacientes pediátricos):

Cabeza e pescozo: 9%

Cada extremidade superior enteira: 9%

Parte anterior de tórax e abdome: 18%

Parte posterior de tórax e abdome (costas): 18%

Cada extremidade inferior enteira: 18%

Órganos xenitáis: 1%

Nota: En pacientes pediátricos, a Escala de Lund-Browder establece unha porcentaxe igual que en adultos para extremidade superior, tórax-abdome e xenitáis, pero algo menor en extremidades inferiores, e considerablemente maior en cabeza e pescozo (14% en nenos e 18% en menores de 1 ano)



7.- Queimaduras

Son queimaduras GRAVES

- As de 2º e 3º grao localizadas na cara, pescozo, mans e pes, dobras de flexo-extensión do corpo, orificios naturais e xenitais
- Queimaduras químicas que afectan ás zonas do apartado anterior
- As de 2º grao que afectan a máis do 25% da SCT en adultos ou un 20% en nenos
- As de 3º grao que afectan a máis do 10% da SCT en adultos e nenos
- Todas as lesións inhalatorias
- As queimaduras eléctricas
- Queimaduras asociadas a traumatismos
- Queimaduras en persoas con patoloxías de alto risco: diabete, desnutrición, enfermidade pulmonar ou cardiovascular, enfermidades inmunodepresoras, cancro, etc.
- Queimaduras en pacientes afectados de enfermidade mental
- Queimaduras en mulleres embarazadas



7.- Queimaduras

Manexo do paciente queimado non extenso ante queimaduras térmicas

- 1.- Escaldaduras: Producidas pola acción de líquidos ou gases quentes
- 2.- Por chama: Producidas pola acción da chama ou gases inflamables
- 3.- De flash: Producidas por unha exposición breve a unha fonte de calor extensa, xeralmente por ignición ou explosión de gases.
- 4.- Por contacto: Producidas por unha plancha, forno, tubo de escape, etc.



7.- Queimaduras

Manexo do paciente queimado non extenso ante queimaduras térmicas

1º paso: Autoprotección

2º paso: Neutralizar o axente agresor para reducir ao máximo o tempo de contacto con él

- Apartar ao paciente da fonte de calor
- Ante queimaduras por chama, tender ao paciente en decúbito e cubri-lo con unha manta que permita apagar o lume (COIDADO coas prendas de fibra sintética)

3º paso: Enfriar a queimadura para limitar no posible o dano causado pola calor aos tecidos (reduce o dano tisular e o tempo de curación das feridas)

- Iniciar o enfriamento o máis pronto posible
- Utilizar auga corrente do grifo se é potable, ou soro fisiolóxico
- A temperatura ideal oscila entre 15 e 25 graos
- Se non se dispón de auga corrente ou soro fisiolóxico, aplicar compresas húmidas
- Non hai consenso sobre o tempo óptimo de enfriamento, pero alomenos ata que se alivie a dor, e no caso de pacientes con pouca fiabilidade (nenos, intoxicados, patoloxía neurolóxica), manter uns 20 minutos.



7.- Queimaduras

Manexo do paciente queimado non extenso ante queimaduras térmicas

3º paso: Enfriar a queimadura para limitar no posible o dano causado pola calor aos tecidos (reduce o dano tisular e o tempo de curación das feridas)

- Non se pode utilizar auga cando se sospeite que a orixe da chama é un líquido inflamable (alcohol ou derivados do petróleo)
- Hai que ter precaución especial nos casos de que a SCT supere o 20%, polo risco de hipotermia (especialmente en nenos):
 - Non irrigar durante máis de 10 minutos
 - Previr a hipotermia con mantas térmicas
 - Manter o habitáculo a 31-33 graos de temperatura
- Retirar as roupas non adheridas da zona queimada
- Retirar obxectos que poidan comprimir a extremidade ou reter calor (anéis, pulseras, piercings)
- Unha alternativa ao uso da auga son as **mantas e os apósitos de hidroxel** (apósitos non tecidos con poliéster, impregnados en xel enfriador, bacteriostático e de Ph similar ao da pel) que se poden aplicar directamente sobre a superficie queimada, incluso sen retirar a roupa, enfriando pero sen causar hipotermia. Poden utilizarse en pacientes de todas as idades e en queimaduras de calquera profundidade

7.- Queimaduras

Manexo do paciente queimado non extenso ante queimaduras térmicas

4º paso: Preparar a zona queimada para o traslado (unha vez realizado o enfriamento):

- Debería facerse en condicións estériles, polo alto risco de infección. Aínda que os primeiros auxilios en entornos extrahospitalarios dificultan manter a asepsia necesaria, non se debe descuidar o tratamento destas lesións (guantes)
- Cubrir a zona queimada con material específico, ou compresas-panos estériles , e tapar con vendaxe non compresivo.
- Nunca se descubren as feridas nin se coloca antisético sobre elas.
- Trasladar ao paciente co membro afectado por riba do nivel do tórax para evitar edema (se a queimadura é na cara, pescozo ou parte superior do tórax, colocar en posición de Fowler)





8.- Hemorraxias

Se non se controla o antes posible unha hemorraxia abundante, a posibilidade de que o paciente faleza aumenta drásticamente. Son medidas urxentes cohibir a hemorraxia e trasladar ao paciente.

Tipos de hemorraxia externa:

1-Hemorraxia capilar: Causada por abrasións que erosionan os capilares diminutos inmediatamente por debaixo da pel.

Normalmente ralentízase ou detense antes da chegada dos Servizos de Emerxencia.

2-Hemorraxia venosa: Procedente de unha zona máis profunda dos tecidos, que se controla normalmente con presión directa suave.

Habitualmente non ocasiona risco vital salvo que as lesións sexan graves ou non se controle a perda de sangue.

3-Hemorraxia arterial: Causada por unha lesión que secciona unha arteria.

É o tipo de perda sanguínea máis importante e máis difícil de controlar.

Caracterízase por unha saída pulsátil de sangue.

Incluso unha ferida profunda pequena con punción arterial pode provocar unha perda de sangue con risco vital.



8.- Hemorraxias

1-Hemorraxia capilar



2-Hemorraxia venosa



3-Hemorraxia arterial





8.- Hemorraxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorraxia é unha prioridade

1- Presión directa: Aplicación de presión na zona de sangrado, colocando apósitos (ex gasas) ou compresas directamente.

A aplicación de presión directa require toda a atención dun dos primeiros intervintes, o que impide que poida realizar outras tarefas.

2- Frío localizado: Só en hemorraxias menores ou pechadas nunha extremidade.

3- Torniquete: Controla de xeito moi eficaz a hemorraxia grave e débese utilizar cando a presión directa ou o vendaxe compresivo non conseguen controlar a hemorraxia no membro. Usado de xeito correcto, o torniquete non só é unha medida segura do control da hemorraxia (80% de efectividade ou máis), senon que pode salvar vidas.

Nota: Xa non se recomenda a elevación do membro nin a aplicación de presión sobre os “puntos de presión” porque non se dispón de suficientes datos que confirmen a súa eficacia.

PHTLS: Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario. Elsevier:978-84-8086-887-7, 2012

Swan KG Jr, Wright DS, Barbagiovanni SS, et al: Tourniquets revised, J Trauma 66:672-675,2009

First Aid Science Advisory Board: First Aid, Circulation 112 (III): 115, 2005



8.- Hemorraxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorraxia é unha prioridade

3-Torniquete:

Dispositivos existentes:

Un estudio realizado polos militares de EE.UU. chegou á conclusión de que só tres dos torniquetes comercializados teñen unha eficacia do 100% para ocluir o fluxo arterial distal en laboratorio. Dos tres, o "Committee on Tactical Combat Casualty Care (COTCCC) recomenda o uso do "Combat Application Tourniquet (C-A-T).





8.- Hemorraxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorraxia é unha prioridade

3-Torniquete:

Colocación: Seguir as indicacións do fabricante





8.- Hemorraxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorraxia é unha prioridade

3-Torniquete:

Sitio de aplicación:

Colocar inmediatamente proximal á ferida que sangra abundantemente. Se o torniquete non consegue deter completamente a hemorraxia, débese aplicar outro inmediatamente proximal ao primeiro. Non se debe cubrir o torniquete para poder ver e controlar a hemorraxia.

No tórax ou no pescozo non é posible a colocación dun torniquete, polo que se requiren outras medidas dos Servizos de Emerxencia.

Límite temporal:

Os torniquetes arteriais téñense empregado con seguridade ata 120-150 minutos en quirófano, sen lesións musculares ou nerviosas importantes. En xeral, un torniquete colocado en atención prehospitalaria debería deixarse no seu lugar ata que o paciente reciba asistencia definitiva no hospital axeitado máis cercano.



8.- Hemorraxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorraxia é unha prioridade

3-Torniquete:

Tradicionalmente téñense improvisado torniquetes con telas non elásticas dunha anchura de 10 cm, rodeando o membro dúas veces (o “garrote español”). Atábase un nó no vendaxe e colocábase enriba unha barra de metal ou madeira, e posteriormente atábase un segundo nó. Xirábase a barra ata que se interrompía a hemorraxia, e asegurábase a barra nesta posición.

Tamén se ten usado como torniquete o manguito do esfigmomanómetro, aínda que pode fugar aire o manguito, diminuindo a súa eficacia.



9.- Traumatismos

Os traumatismos poden lesionar calquera estrutura anatómica, sendo as máis frecuentes: ósos, articulacións e músculos.

Prodúcense por golpes ou impactos, orixinando aplastamento dos tecidos con aparición inmediata de hematomas de distinto tamaño en función dos vasos sanguíneos lesionados.

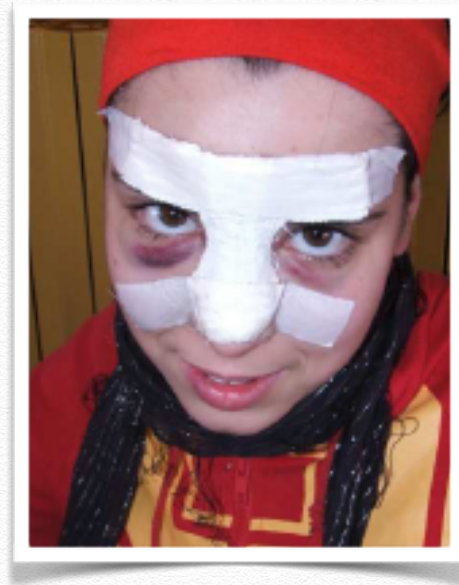
UN TRAUMATISMO pode provocar contusións, esguinces, luxacións, fracturas, e normalmente HEMORRAXIAS e inestabilidade, precisando de atención prehospitalaria.



9.- Traumatismos: Contusións

SIGNOS E SÍNTOMAS QUE PODE PRESENTAR:

- Hematomas superficiais
- Inflamación local
- Dor variable
- Impotencia funcional



PPAA:

- Contusión leve: articulación en reposo, aplicar xeo ou frío químico
- Contusión grave: inmovilizar zona afectada e tratar igual que unha fractura



9.- Traumatismos: Esguinces

Distensións violentas dos ligamentos de unha ou máis articulacións

SIGNOS E SÍNTOMAS QUE PODEN PRESENTAR:

Esguince de primeiro grao, producido pola distensión dos ligamentos que unen os ósos:

-Lixeiro inchazo, dor, e nalgúns casos derrames.

Esguince de segundo grao, con ligamentos máis afectados que no primeiro grao (rotura parcial):

-Gran inchazo, gran dor, derrames e impotencia funcional.

Esguince de terceiro grao, con rotura de un ou máis ligamentos:

-Gran inchazo inmediato, dor moi intensa, derrames e impotencia funcional.

PPAA:

-Aplicación de frío + inmovilización + elevación do membro + traslado a un centro sanitario

9.- Traumatismos: Luxacións

Producidas pola separación das superficies articulares dos ósos

SIGNOS E SÍNTOMAS QUE PODEN PRESENTAR:

- Dor moi intensa
- Deformidade da articulación pola perda de contacto entre os ósos afectados
- Importancia funcional
- Inflamación e hematoma



PPAA:

- Inmovilizar a articulación afectada na posición que se atope
- NUNCA intentar reducir unha luxación, aínda a petición do accidentado
- Aplicar frío na zona afectada
- Traslado urxente a un centro sanitario

9.- Traumatismos: Fracturas



Definición = Pérdida de continuidade en 1 ou máis ósos

Tipos = Pechadas e abertas

Signos e Síntomas = dor moi intensa, impotencia funcional, cor da pel vermella, deformidade, inflamación

PPAA

- Valorar e cohibir hemorraxias graves
- Comprobar recheo capilar na extremidade afectada
- Comprobar asimetrías entre membros
- Inmovilizar membro afectado (Por ex con férulas)
- NUNCA REDUCIR UNHA FRACTURA
- Traslado urxente a un centro sanitario



10.- Feridas:

Definición:

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 termos co que se pode producir unha infección.

Tipos segundo o mecanismo lesional:

- Abrasión
- Ferida incisa
- Ferida lacerante
- Ferida punzante
- Ferida contusa
- Avulsión



10.- Feridas:

Abrasión:

Ferida pouco profunda que consiste unicamente no desprendimento superficial da pel.

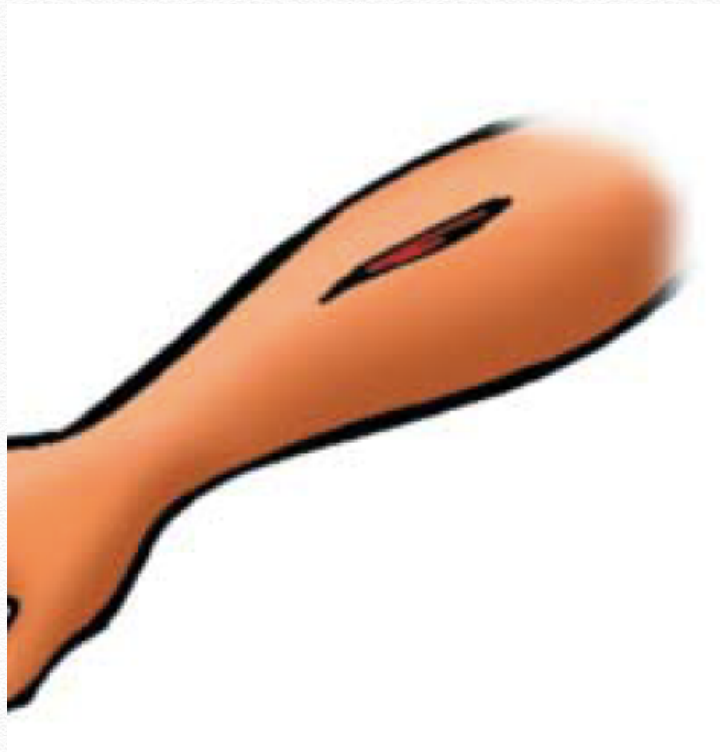




10.- Feridas:

Ferida incisa:

Corte lineal con bordes limpos, como os que se producen con obsecro afilado. En ocasións poden ser profundas e tenden a sangrar moito.





10.- Feridas:

Ferida lacerante:

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.





10.- Feridas:

Ferida punzante:

As causadas por un obxecto punzante que penetra a pel. Poden ser moi graves por lesión de órganos internos.

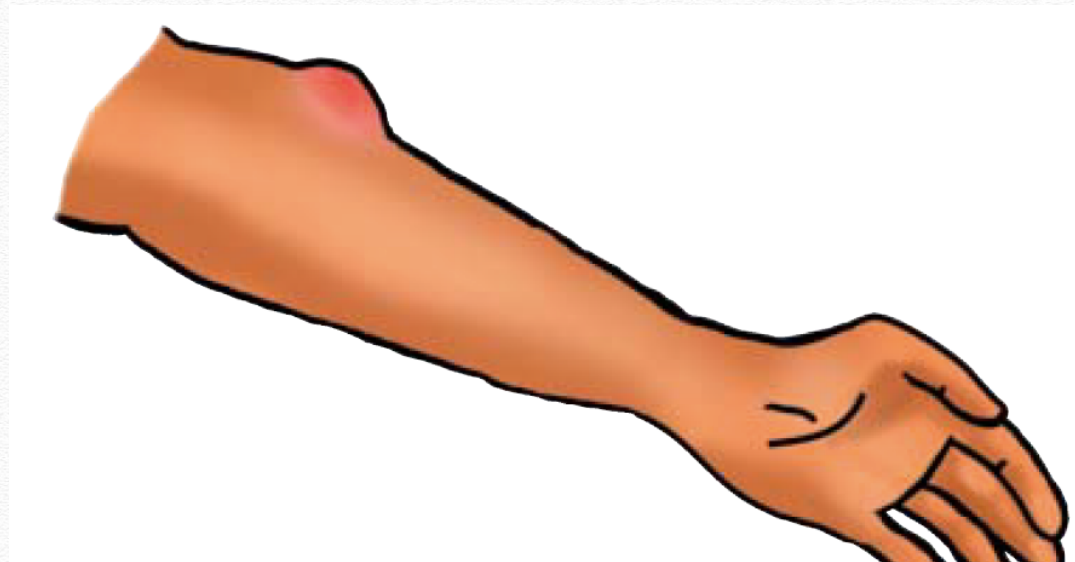




10.- Feridas:

Ferida contusa:

Producidas pola resistencia que exerce o corpo ante un golpe (pedras, puños, paus etc.) no que se produce lesión de tecidos brandos. Hematoma e dor son as consecuencias máis directas deste tipo de feridas.

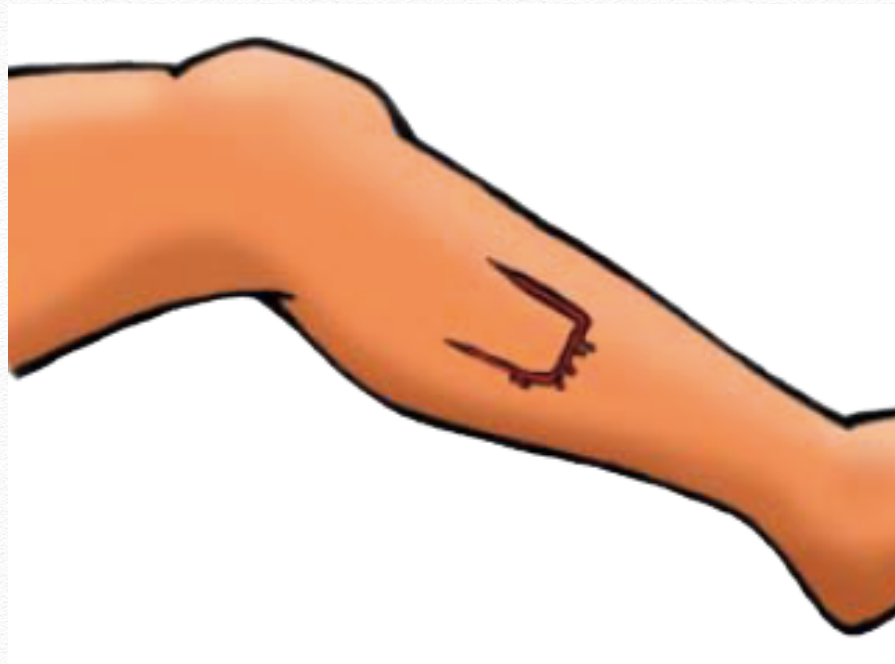




10.- Feridas:

Avulsión:

Cursan con desgarro, separación e destrución do tecido, adoitan presentar hemorraxia abundante. Un exemplo claro é a ferida producida por unha mordedura de can.





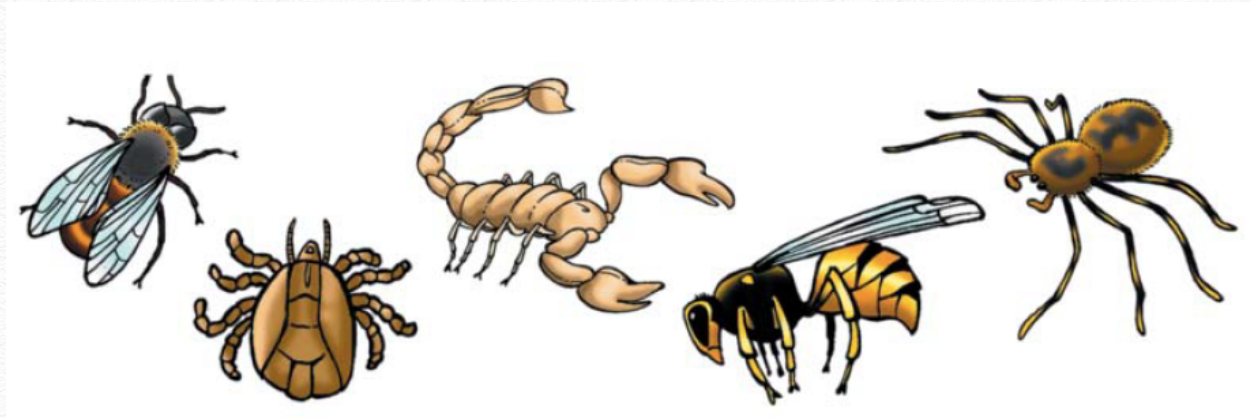
10.- Feridas:

Primeiros Auxilios:

- Manter as debidas medidas hixiénicas: lavar as mans con auga e xabón, utilizar guantes.
- Quitar os corpos extraños se son de pequeno tamaño.
- Limpar a ferida preferentemente con soro fisiolóxico de lavado, dende o centro da ferida cara a fora, para evitar introducir xermes.
- Desinfectar con povidona iodada ou antiséptico con clorhexidina, baixo as indicacións do farmacéutico ou médico (consultar antes posibles alerxias).
- Cubrir a ferida limpa e desinfectada con gasas estériles, e estas á súa vez con adhesivos sanitarios que a manteñan o máis aillada posible do exterior.
- Verificar a vacinación antitetánica ante unha ferida sucia (traballos no campo, con terra, con fertilizantes, en malas condicións hixiénicas).
- Non subestimar o alcance da ferida e recomendar a súa inspección por un médico, sobre todo nos seguintes casos: cando a ferida é extensa, é profunda, contén corpos extraños, está infectada (quinte, vermella, inchada), é contusa ou punzante.
- Se a perda de sangue é considerable, tratar como se contempla no apartado de **HEMORRAXIAS**



11.- Picaduras:



As máis frecuentes:

Abellas, avespas, tabáns e mosquitos, fanecas.

Síntomas e signos:

Dor intensa, avermellamento e inflamación da zona.

En caso de ser **alérxico**, pode derivar nun **SHOCK ANAFILÁCTICO**: urticaria, calafríos, dor abdominal, vómitos, dificultade para respirar, descenso da tensión arterial e alteracións da consciencia e do ritmo cardíaco. **A alerta e evacuación do paciente é URXENTE neste caso.**



11.- Picaduras:

Primeiros Auxilios:

- Tranquilizar ao paciente e sentalo.
- No caso da abella e faneca, comprobar se queda o aguillón ou parte del cravado na pel, e de ser así, extraelo con pinzas e con coidado de non introduci-lo máis.
- Lavar a ferida con soro fisiolóxico.
- No caso de abellas, avespas, tabáns e mosquitos para reducir a inflamación aplicar frío local (bolsas de frío, xeo).
- Para contrarrestar o efecto do veneno, e unha vez diminúa a inflamación, seguir as indicacións do médico ou farmacéutico en canto á aplicación de unha base sanitaria e/ou pomada antihistamínica de baixo impacto e tapado.
- Para contrarrestar o efecto dos venenos termolabeis (faneca ou escarapote) manter a zona da picadura en auga quente a 40-45 graos, se é tolerable.



-PALACIOS, J; BARCALA, R; (2.008). "SOCORRISMO ACUÁTICO PROFESIONAL. FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN ANTE ACCIDENTES EN EL MEDIO ACUÁTICO". DEPÓSITO LEGAL: C 1378-2008 ISBN: 978-84-612-3530-8

-PALACIOS, J; BARCALA, R; VALES, C; LÓPEZ, S; PÉREZ, D (2.010). "FORMACIÓN Y DIDÁCTICA EN SOCORRISMO ACUÁTICO Y PROFESIONAL". DEPÓSITO LEGAL: C 998-2010 ISBN: 978-84-614-0113-0

-Documentación variada do Grupo de Investigación en Actividades Acuáticas e Socorrismo (GIAAS) da Universidade de A Coruña

-"PHTLS: Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario". Elsevier. ISBN edición española: 978-84-8086-887-7

-Manuais de primeiros auxilios da Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

-Simulación Avanzada en Trauma Pediátrico Prehospitalario. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

-Zona TES. Revista de formación para Técnicos en Emergencias Sanitarias. ISSN: 2014-7872

Debuxos e gráficos de Julio Zanfaño, Mabel Aguayo C.B, Mabel Aguayo, CB, José Tomás Díaz Teijo.

**CONCELLO
DE VIGO**



Moitas gracias pola vosa atención

Un cordial saúdo de todo o equipo da
Concellería de Medio Ambiente e Vida
Saudable