

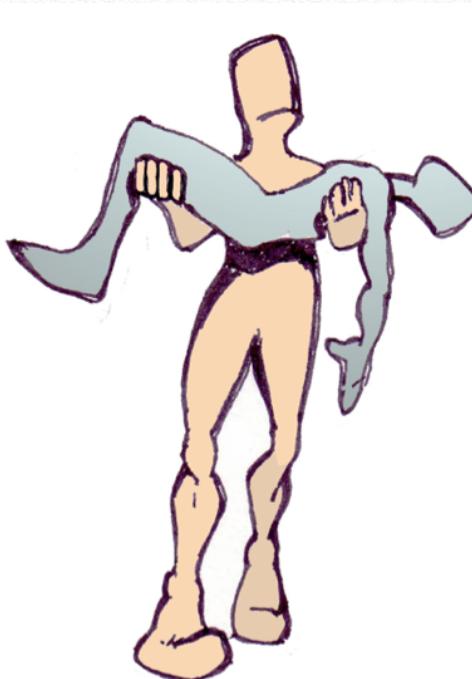
**CONCELLO
DE VIGO**



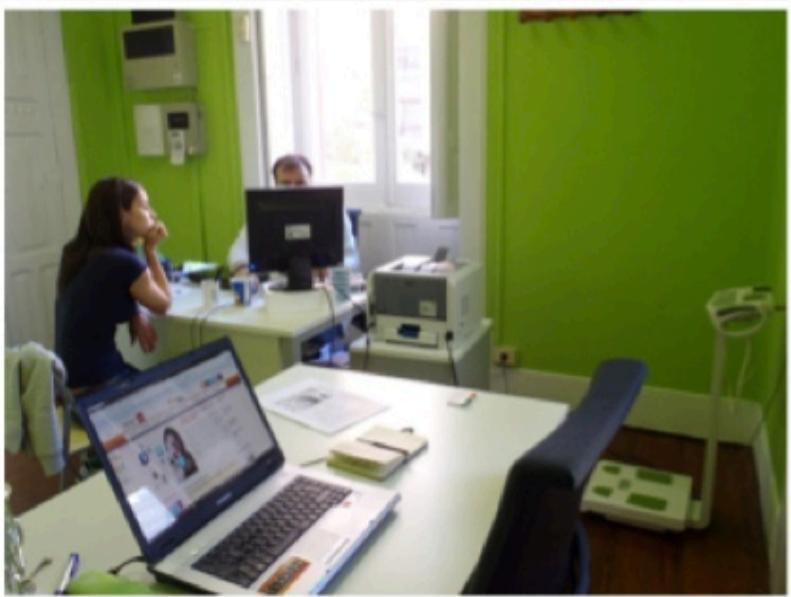
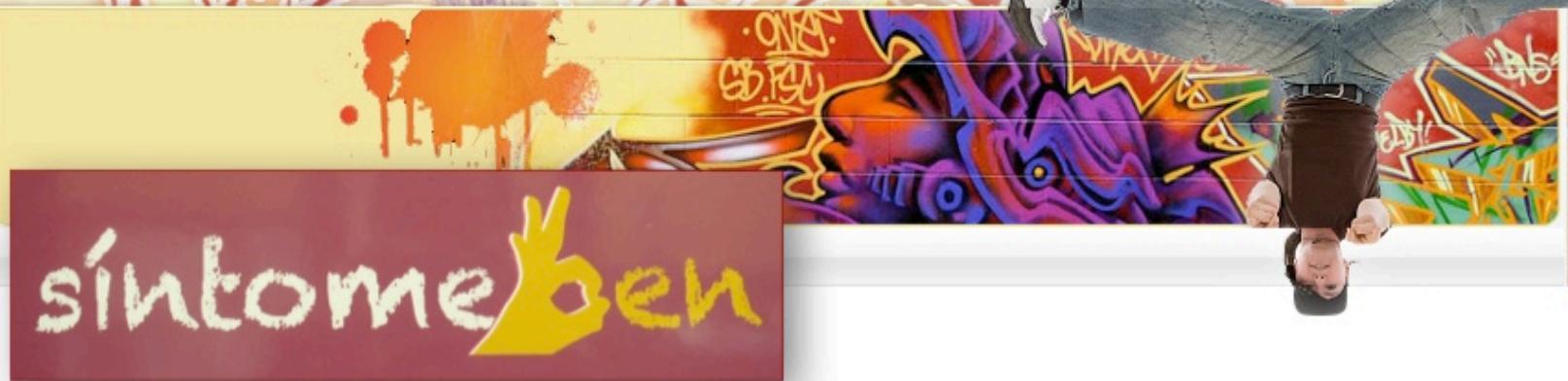
CURSO DE PRIMEIROS AUXILIOS

Organizado por:

-Concellería de Medio Ambiente e Vida Saudable



@carlosvales



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

CASA DA XUVENTUD



PRIMEIROS AUXILIOS

Unha persoa que proporciona Primeiros Auxilios defínese como algúén 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 interinte en Primeiros Auxilios:

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



2.- Riscos e autoprotección do primeiro intervinte: 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 intervinte: 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 productos químicos, exposición a fontes de calor, electricidade, etc)

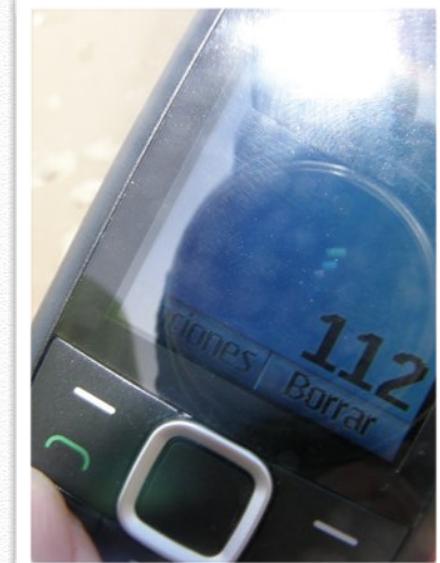


2.- Riscos e autoprotección do primeiro intervinte: conducta PAS

A = Alertar

CHAMADA DE EMERXENCIA AO 112

- Explicar onde nos atopamos con referenciais 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 intervinte: conducta PAS

A = Alertar

- Este punto inicia unha cadea de acontecimentos encamiñados a resolver a emerxencia á maior brevidade posible.
- Un retraso na activación da alerta pode significar a diferencia 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 emergencias na Unión Europea é o **112**



2.- Riscos e autoprotección do primeiro intervinte: 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 **IMPRESCINDIBLE**





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





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

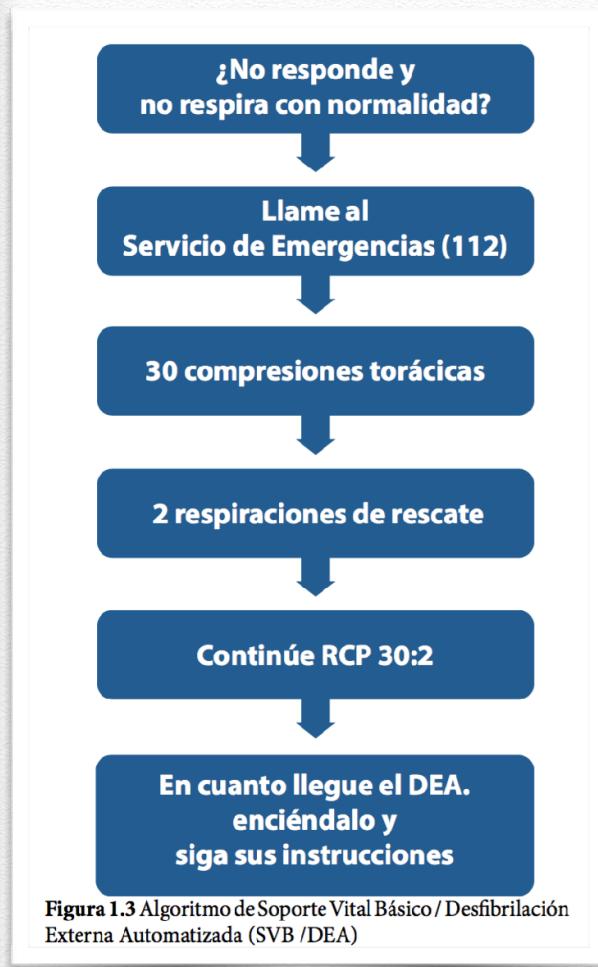


Figura 1.3 Algoritmo de Soporte Vital Básico / Desfibrilación Externa Automatizada (SVB /DEA)



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

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA



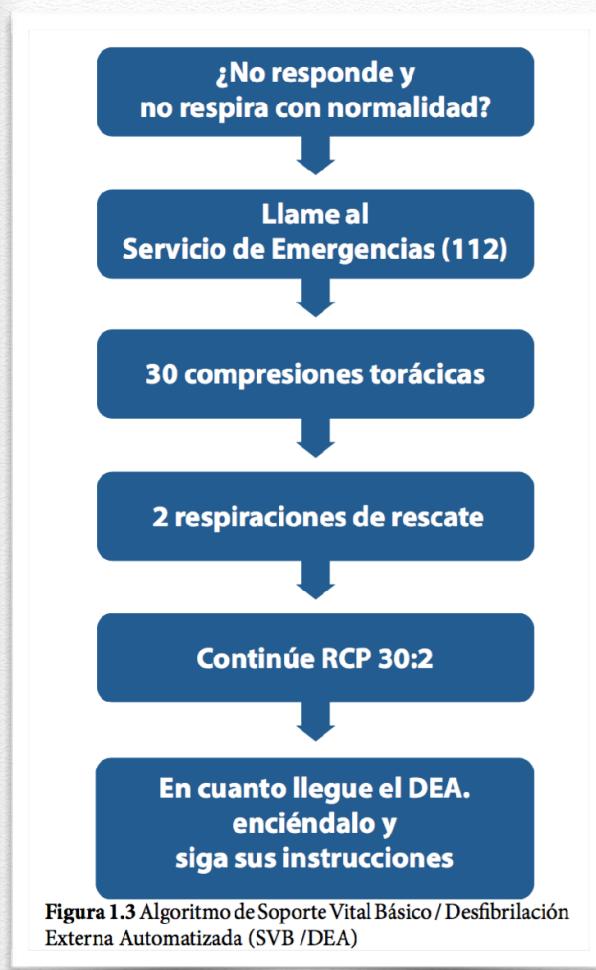
-Valoración do nivel de consciencia





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

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA



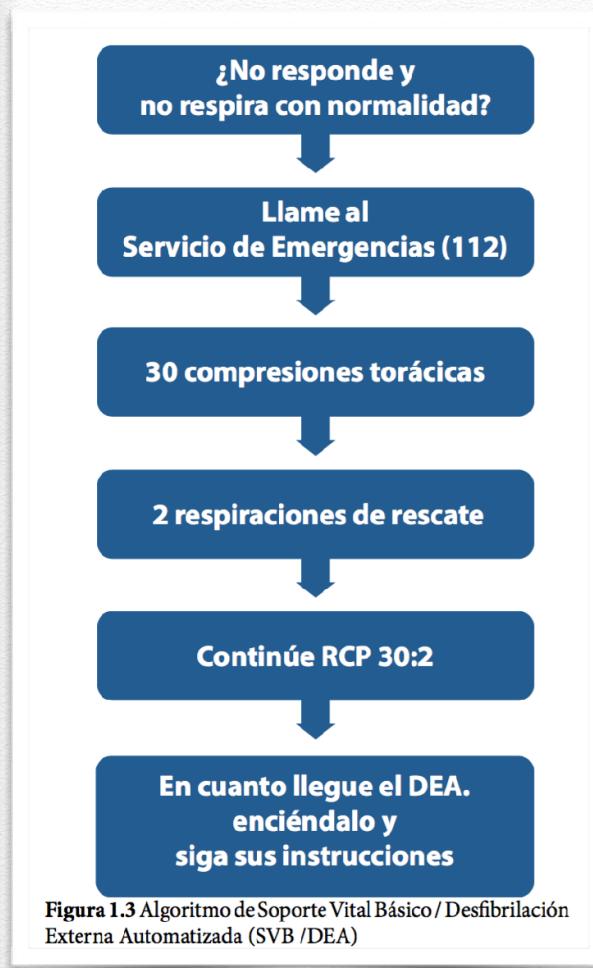
-PeticIÓN de Axuda





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

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA



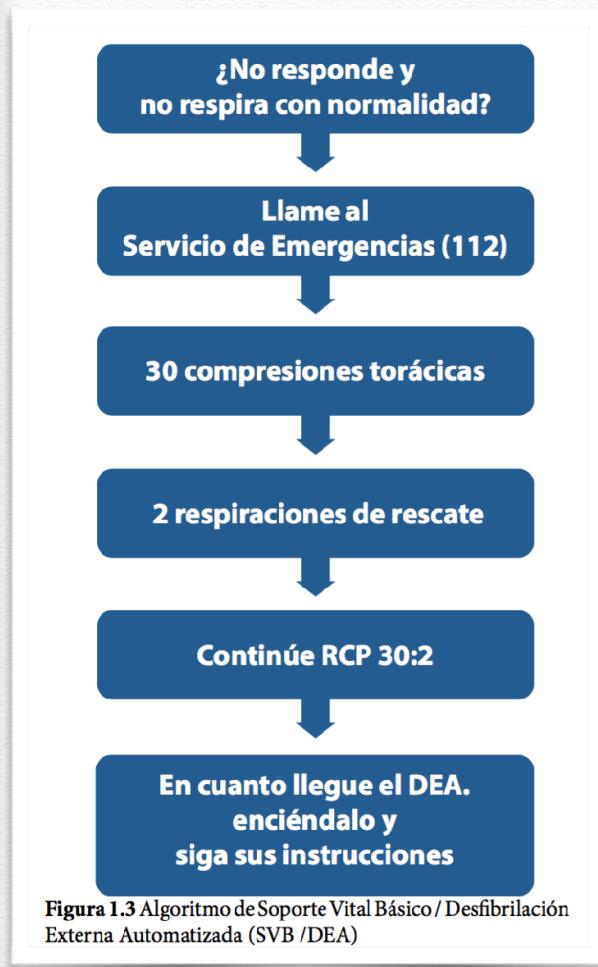
-Abrir vía aérea con manobra fronte-queixo





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

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do DEA



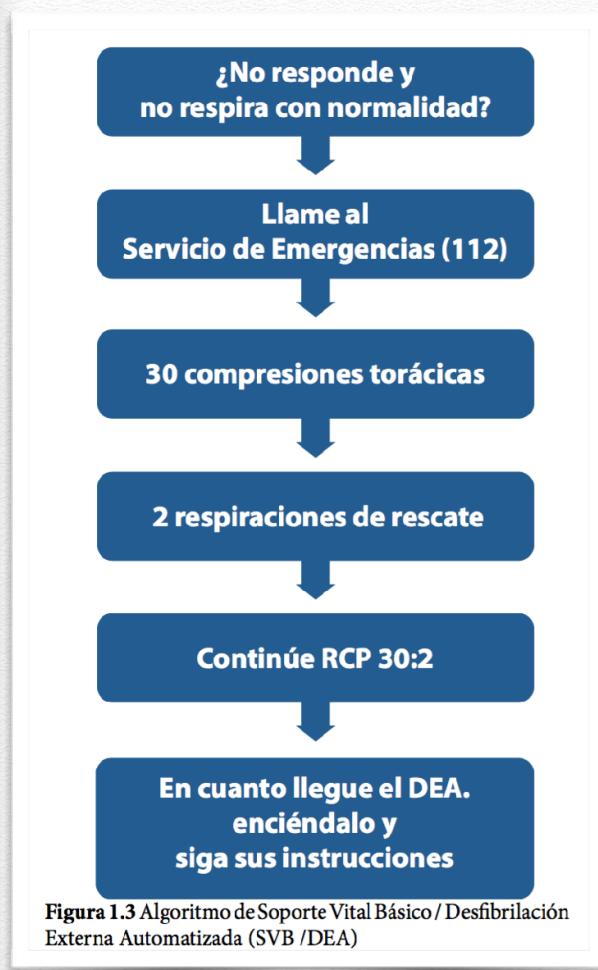
-Comprobar se respira con normalidade (non máis de 10 segundos)





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

Caso de Adultos: Facer RCP ata a chegada do 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



-Facer secuencias contínuas de 30 masajes cardíacos seguidos de 2 ventilaciones SEN
INTERRUPCIÓNS



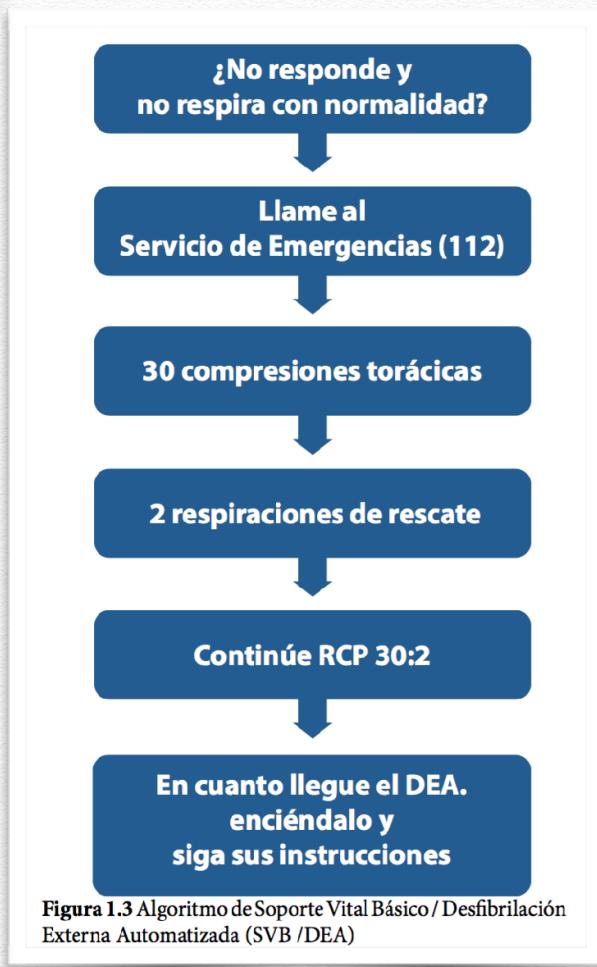
+





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

Únicas situacíons nas que se interrumpe a RCP:

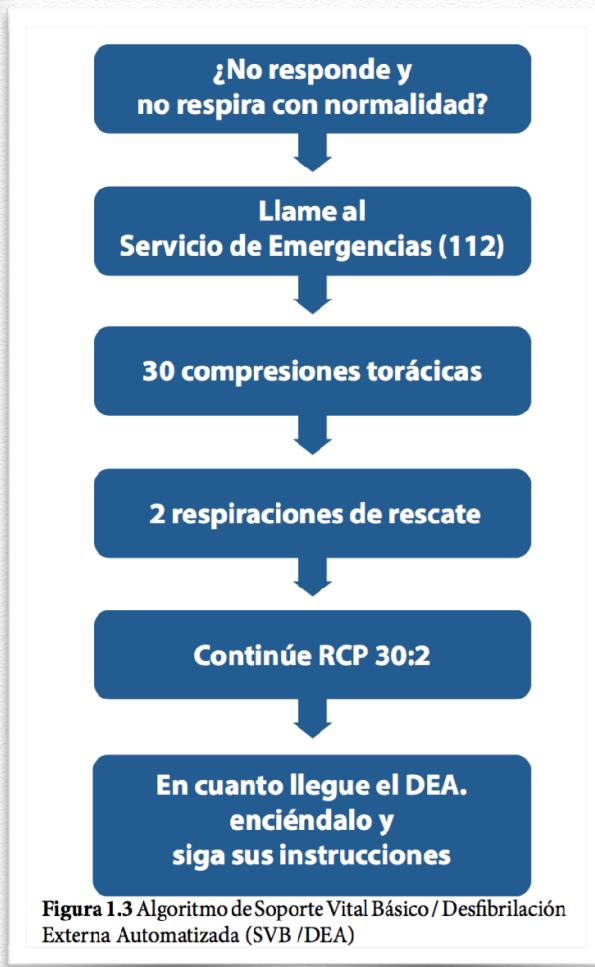


- Cando a vítima se recupera
- Cando os Servizos de Emerxencia relevan ao reanimador
- Por esgotamento do reanimador sen posibilidade de que chegue axuda
- Cando o DEA o indica: na análise do ritmo cardíaco, mentras se carga e cando se aplica a descarga



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

Caso de Adultos: Uso do DEA



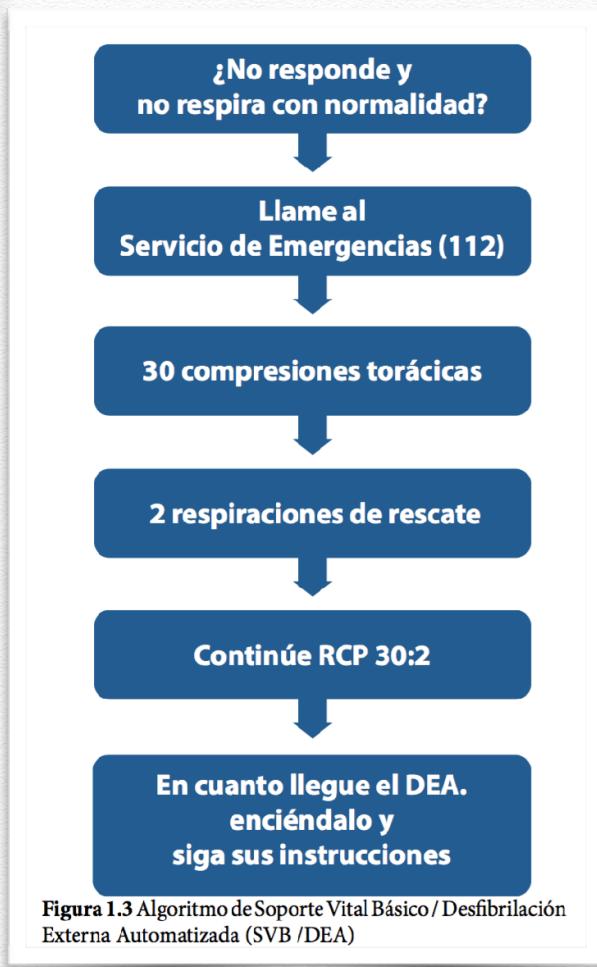
Consideracións sobre o DEA

- 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 sustitúe á RCP, senón 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



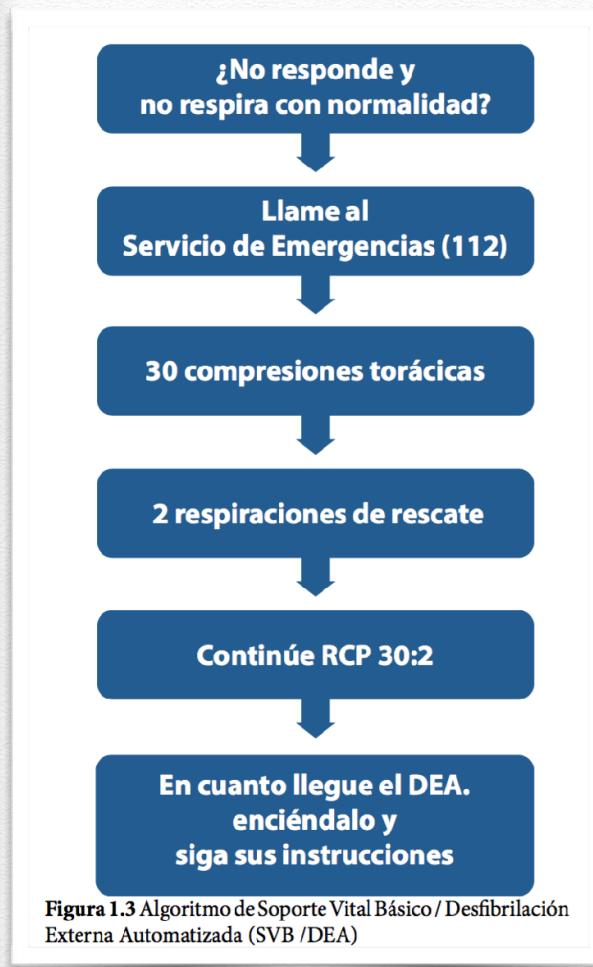
Consideracións sobre o DEA

- 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



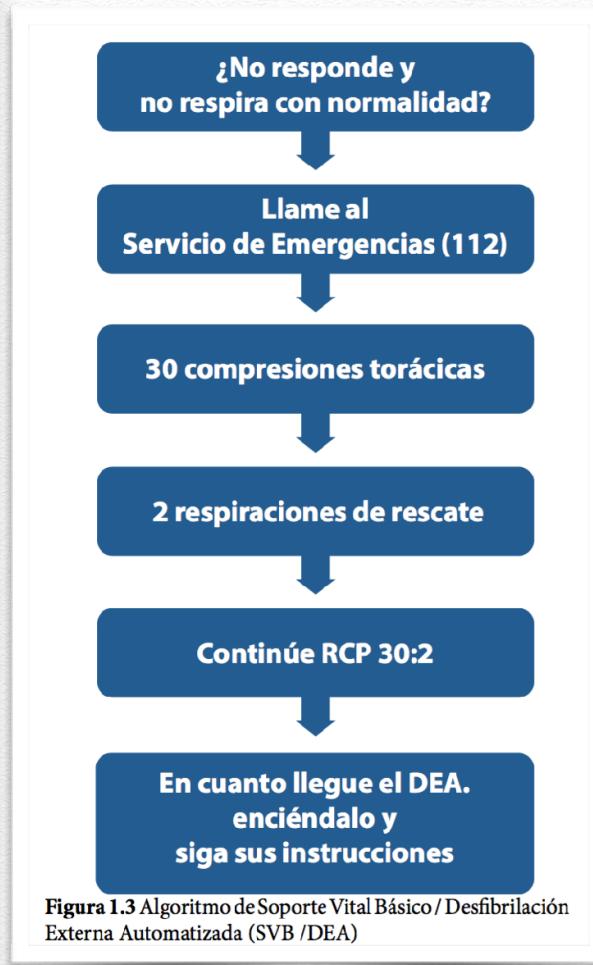
DEA: Pasos a seguir para utilizarlo con seguridad

- 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



DEA: Acender

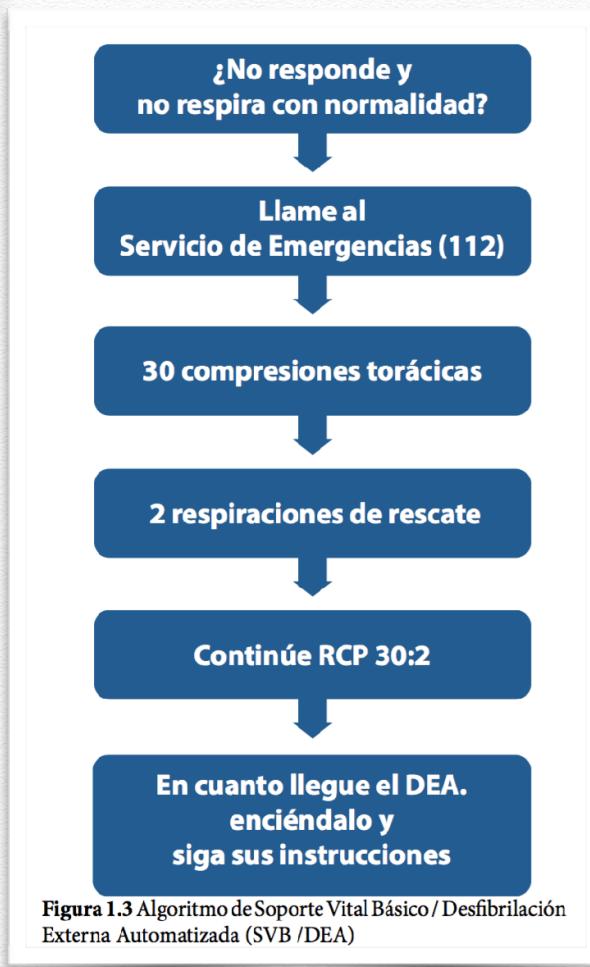
- Algúns Desfibriladores acéndense ao abrir a tapa, pero a mayoría disponen dun botón de ACENDIDO.
- Presionar con forza o botón e seguir as instruccíons da locución.





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

Caso de Adultos: Uso do DEA



DEA: Colocar os parches e conectar o cable

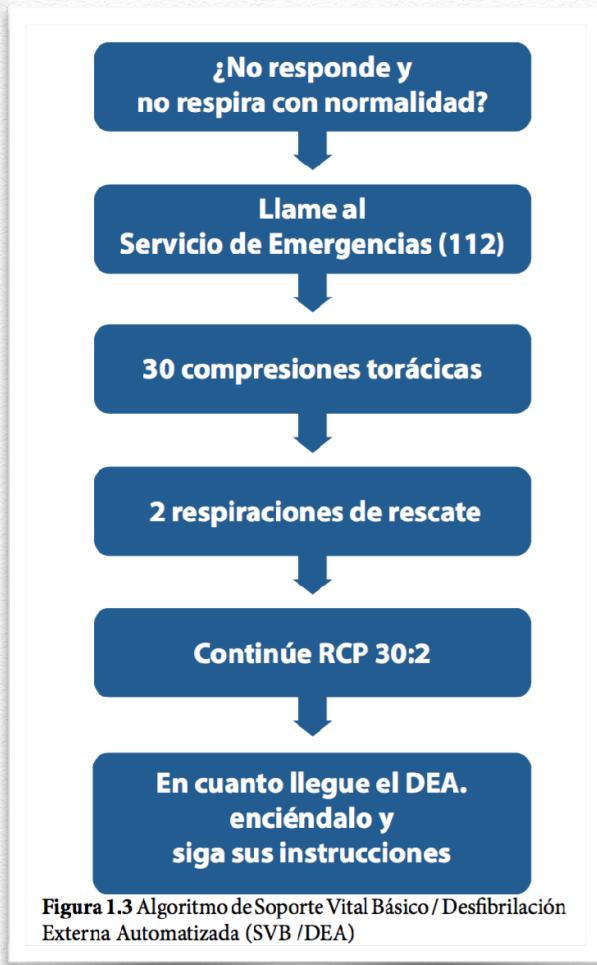
- En caso de persoas con moito pelo no peito: Rasurar únicamente nas zonas onde se colocarán os parches
- Colocar os parches seguindo os gráficos e indicacións do fabricante
- Parche baixo a clavícula dereita
- Parche baixo a axila esquerda
- Conectar o cable dos parches ao DEA





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

Caso de Adultos: Uso do DEA



DEA: Analizar o ritmo

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



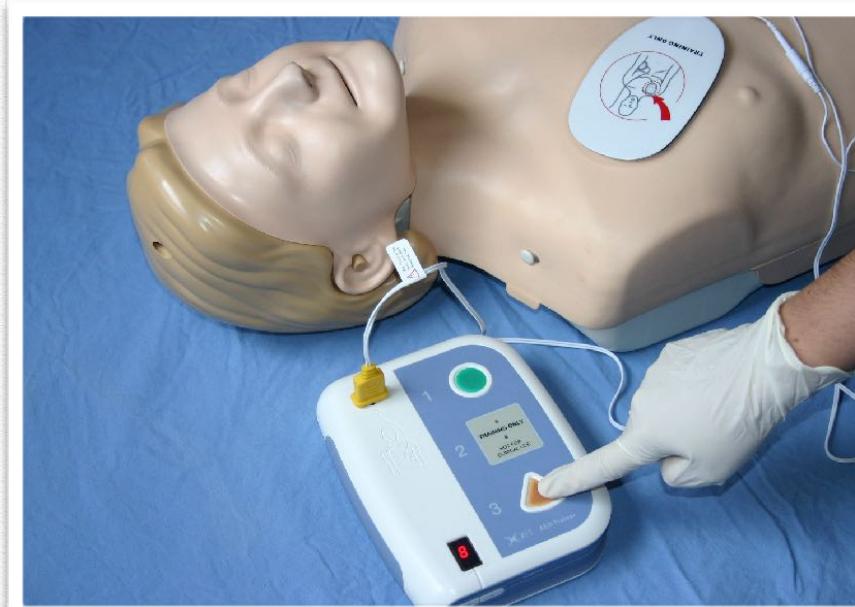
4.- Soporte Vital Básico con utilización de Desfibrilador Externo Automático

Caso de Adultos: Uso do DEA



DEA: Desfibrilar

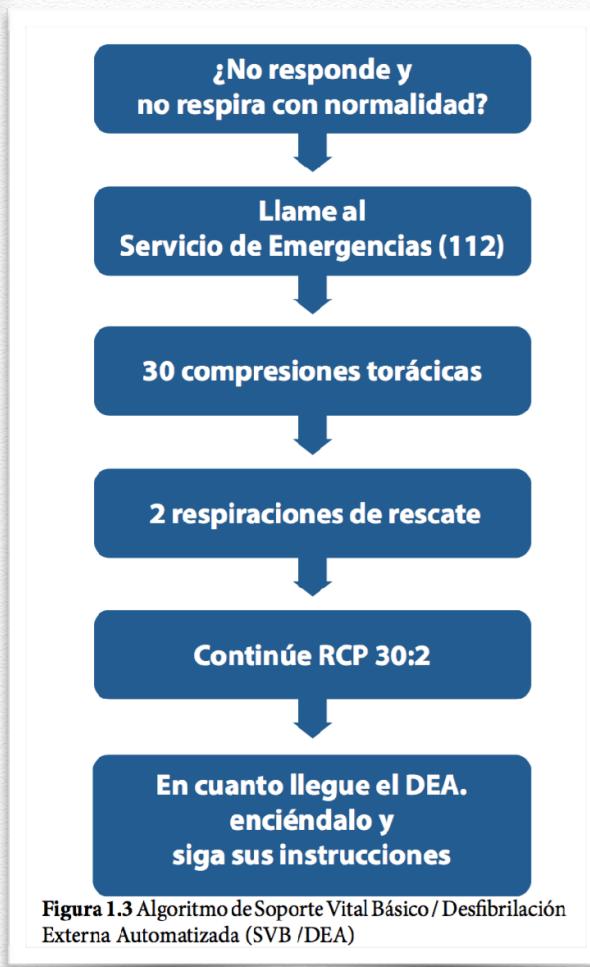
- Asegurarse de que ninguén toque á vítima mentras se produce a descarga
- Se o DEA aconsella descarga, tras escoitar o aviso sonoro, presionar o botón cando o indique





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

Caso de Adultos: Uso do DEA



DEA: Continuar coa RCP ata a seguinte análise

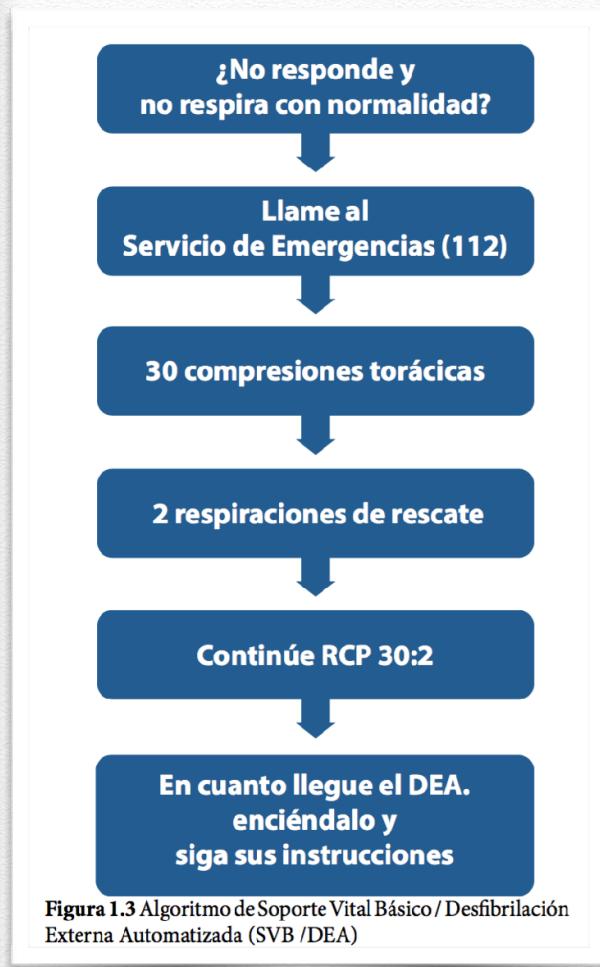
- Realizar ininterrumpidamente ciclos de 30 masaxes + 2 ventilacións sen quitar os parches e sen apagar o DEA
- Cada 2 minutos o DEA realiza unha nova análise
- Cada nova análise do DEA pode aproveitarse para realizar o cambio de reanimador (se hai máis de un)
- Se a vítima se recupera, colocar en PLS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





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

Caso de Nenos: Uso do DEA



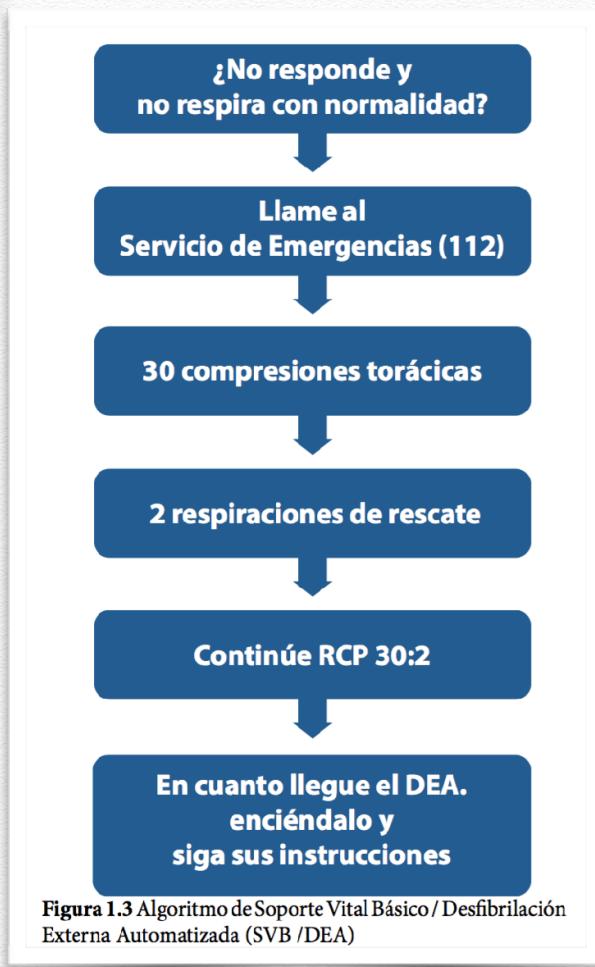
DEA en idades pediátricas:

- Utilizar os parches pediátricos en caso de nenos (1 a 8 anos)
- En nenos menores de 1 ano non se debe utilizar un DEA salvo que o fabricante o teña claramente etiquetado como axeitado para esa franxa de idade.



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

Caso de mulleres embarazadas



Diferencias:

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



Secuencia de la RCP básica en embarazadas.



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

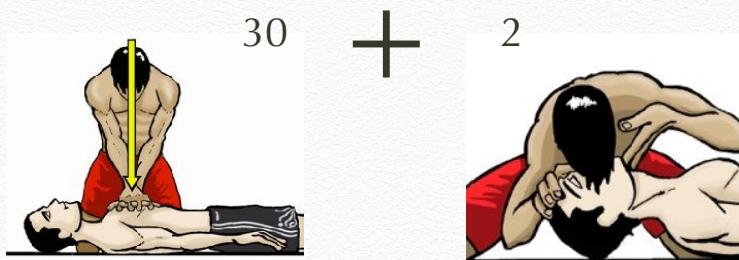
Caso de adultos afogados

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:





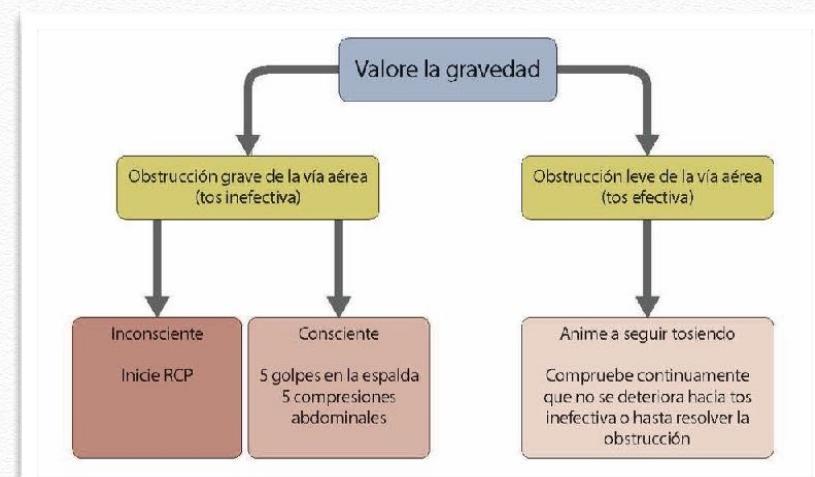
5.- OVACE: Obstrucción de Vía Aérea por Corpos Estraños

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



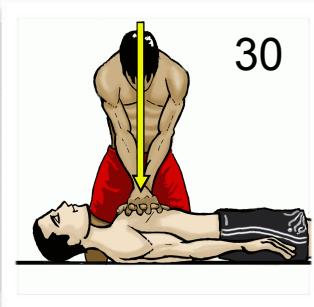


5.- OVACE: Obstrucción GRAVE de Vía Aérea por Corpos Estraños

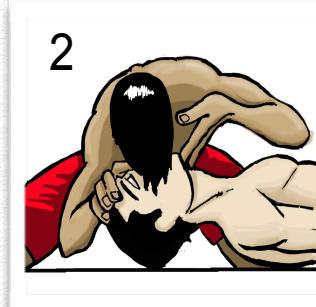
Actuación básica ante OVACE: caso de adultos

Se está inconsciente: 1 1 2

Inicie RCP

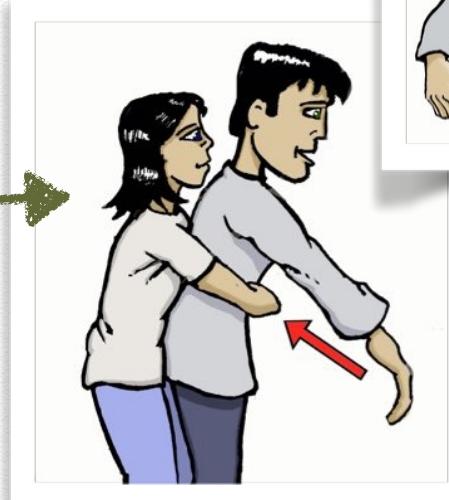
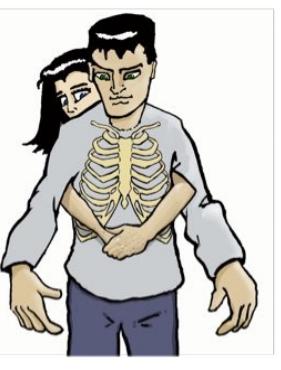
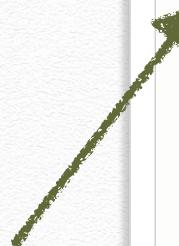


+



Se está consciente:

- a) Anímeo a seguir tusindo
- b) 5 golpes nas costas
- c) 5 compresións abdominais



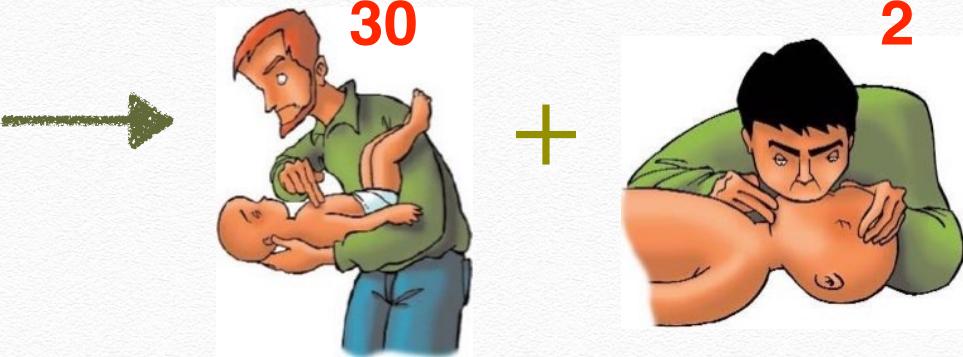


5.- OVACE: Obstrucción GRAVE de Vía Aérea por Corpos Estraños

Actuación básica ante OVACE: idades pediátricas

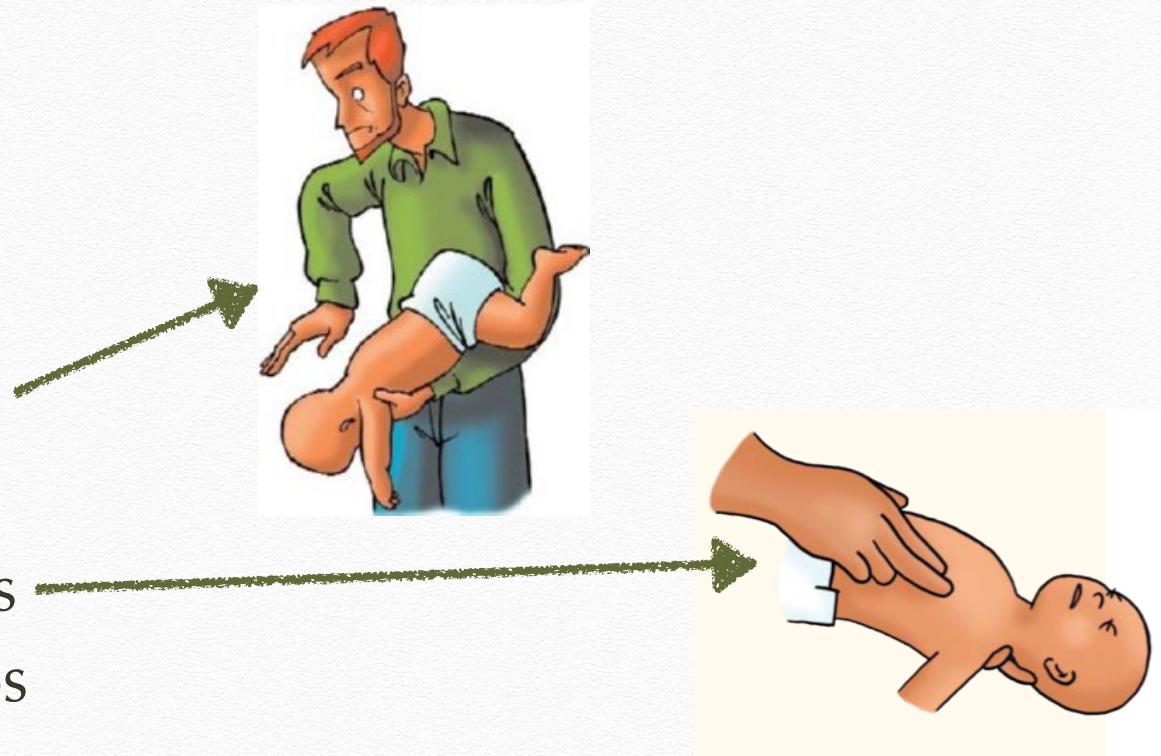
Se está inconsciente: 1 1 2

5 ventilaciones + 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 más frecuentes en España: aproximadamente 140.000 persoas buscan asistencia médica para queimaduras cada ano, e 6.500 requieren un ingreso hospitalario tras sufrilas.

As queimaduras más 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 desnaturización das proteínas, con posible ruptura da membrana plasmática celular e liberación de substancias 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: arrubamento 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 vermelho brillante

Exudativas

Presenta ampolas ou flictenas

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

Sensibilidade na zona:

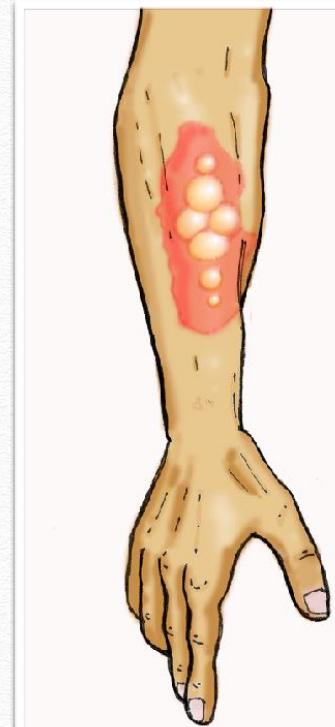
Moi dolorosa (as profundas non tanto)

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
Escaras

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 estructuras profundas
(músculos, tendóns, ósos...)

Aspecto:

Negruzco (escara)
Aprécianse estructuras 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 xenitais: 1%

Nota: En pacientes pediátricos, a Escala de Lund-Browder establece unha porcentaxe igual que en adultos para extremidade superior, tórax-abdome e xenitais, 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 naturáis e xenitáis
- 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 cubrilo 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

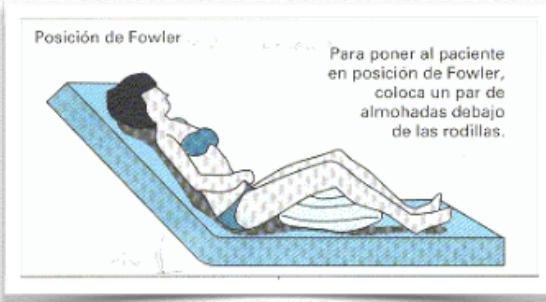


7.- Queimaduras

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. Ainda 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 antiséptico sobre elas.
- Trasladar ao paciente co membro afectado porriba do nivel do tórax para evitar edema (se a queimadura é na cara, pescoco ou parte superior do tórax, colocar en posición de Fowler)





8.- Hemorrxias

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

Tipos de hemorrxia externa:

1-Hemorrxia 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-Hemorrxia 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-Hemorrxia 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.- Hemorrxias

1-Hemorrxia capilar



2-Hemorrxia venosa



3-Hemorrxia arterial





8.- Hemorrxacias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorrxacia 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 hemorrxacias menores ou pechadas nunha extremidade.

3-Torniquete: Controla de xeito moi eficaz a hemorrxacia grave e débese utilizar cando a presión directa ou o vendaxe compresivo non conseguem controlar a hemorrxacia no membro. Usado de xeito correcto, o torniquete non só é unha medida segura do control da hemorrxacia (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: Firt Aid, Circulation 112 (III): 115, 2005



8.- Hemorrxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorragia 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.- Hemorrxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorrxia é unha prioridade

3-Torniquete:

Colocación: Seguir as indicacións do fabricante





8.- Hemorrxias

Primeiros Auxilios:

O control da hemorrxia é unha prioridade

3-Torniquete:

Sitio de aplicación:

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

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.- Hemorrxacias

**Primeiros Auxilios:
O control da hemorrxacia 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 hemorrxacia, e asegurábase a barra nesta posición.

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



9.- Traumatismos

Os traumatismos poden lesionar calquera estructura anatómica, sendo as más 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

Distensíons 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 más afectados que no primeiro grao (rotura parcial):

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

Esguince de terceiro grao, con rotura de un ou más 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 pérdida 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, ainda a petición do accidentado
- Aplicar frío na zona afectada
- Traslado urgente a un centro sanitario



9.- Traumatismos: Fracturas



Definición = Pérdida de continuidad 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 hemorrxias graves
- Comprobar recheo capilar na extremidade afectada
- Comprobar asimetrías entre membros
- Inmovilizar membro afectado (Por ex con férulas)
- NUNCA REDUCIR UNHA FRACTURA**
- Traslado urgente 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 termes 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 únicamente no desprendimento superficial da pel.

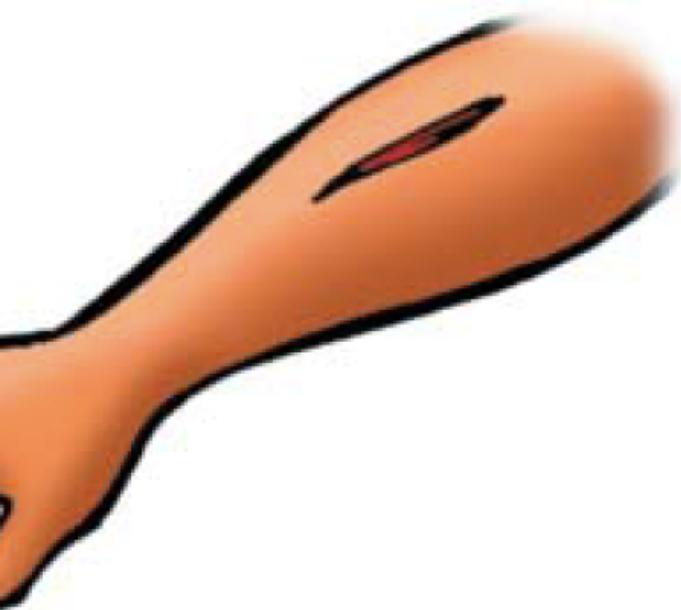




10.- Feridas:

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 hemorragia adoita ser menor, aínda que tardan máis en curar e adoitan deixar cicatrizes.





10.- Feridas:

Ferida punzante:

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

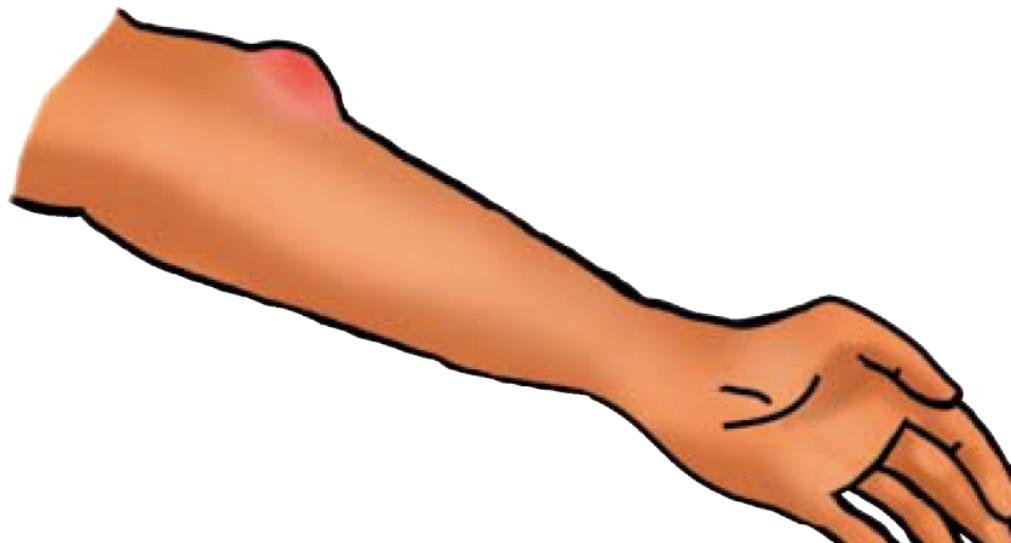




10.- Feridas:

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 más directas deste tipo de feridas.





10.- Feridas:

Avulsión:

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





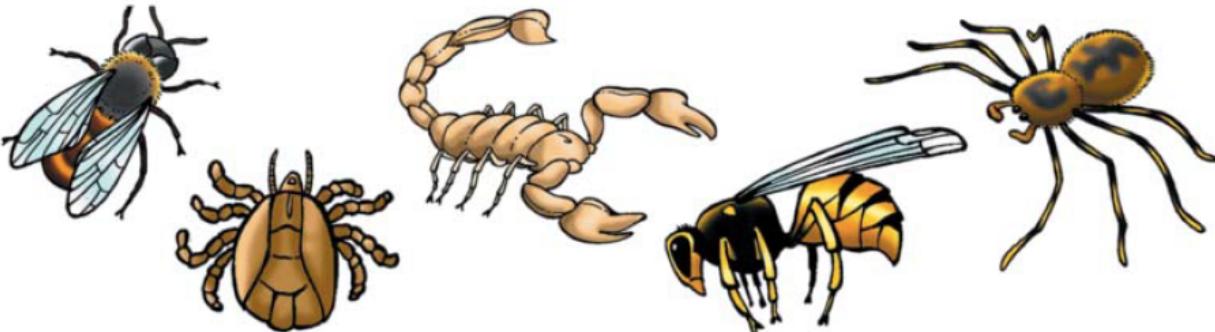
10.- Feridas:

Primeiros Auxilios:

- Manter as debidas medidas hixiénicas: lavar as mans con auga e xabón, utilizar guantes.
- Quitar os corpos estraños 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 estraños, 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 más 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 introducilo 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 disminúa 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 velenos termolabeis (faneca ou escarapote) manter a zona da picadura en auga quente a 40-45 graos, se é tolerable.



Fontes bibliográficas

- 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 Zanfano, 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