

Guía de Primeros Auxilios

2025



COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERAS
DE NAVARRA

NAFARROAKO
ERIZAINEN
ELKARGO OFIZIALA

Autores

Álvaro Rubio Morilla
Patricia Roku-Epitie Monreal
Beatriz Robador Llorente

Colaboradores

Marina Noain Lacámara
Ángela Martínez Bezares
Itziar Uriz Marturet
José Antonio Capel Del Río
Javier Fernández Eito
Miembros del Grupo de RCP de COENAV

Diseño y maquetación

AZ2 Comunicación

ISBN

978-84-09-69245-3

Guía de primeros auxilios

1. Primeros Auxilios	4
2. Parada cardiorrespiratoria	6
3. RCP paso a paso (cadena de supervivencia)	8
4. Hemorragias	15
5. Convulsiones	19
6. Ictus	21
7. Dolor torácico	23
8. Heridas	24
9. Golpe de calor e hipotermia	29
10. Quemaduras	33
11. Picaduras y mordeduras	36
12. Hipoglucemia	42
13. Bibliografía	44

1. Primeros Auxilios

Los primeros auxilios son las medidas y acciones que se adoptan inicialmente con un accidentado, persona herida o que se encuentra mal, en el mismo lugar de los hechos, hasta que se pueda obtener una asistencia especializada.

El interviniente que asiste es el primer eslabón de una cadena de supervivencia que se pone en marcha cuando se produce una situación de emergencia, como es un accidente o enfermedad repentina. Se debe evaluar la situación sin precipitarse, reconociendo las alteraciones vitales del accidentado; es importante saber lo que no debemos hacer y, por tanto, sólo se hará aquello de lo que se esté seguro. De estos primeros cuidados depende la posterior evolución de los afectados.

Numerosos estudios demuestran que la resolución de un caso está en relación directa con el tiempo de respuesta por parte del equipo sanitario y de la aplicación in situ de la primera asistencia.

Conceptos claves:

- La seguridad propia, del entorno y de la víctima.
- Reconocer, evaluar y priorizar la necesidad de primeros auxilios.
- Importancia de la transmisión de información al 112.
- Generar tranquilidad y limitar la situación de caos.
- Actuaciones estrictamente necesarias.
- Saber qué no hacer.



CADENA DE SUPERVIVENCIA

La cadena de supervivencia es una de las medidas más eficientes a la hora de tratar a personas en parada cardiorrespiratorias. Consiste en una secuencia de cuatro actuaciones que deben realizar rápida y ordenadamente.

Cada actuación realizada en el orden adecuado permitirá mejorar las posibilidades y la calidad de supervivencia de la víctima:

- Reconocimiento rápido y adecuado de la situación, alertando al 112.
- RCP precoz.
- Desfibrilación precoz.
- Soporte vital avanzado y cuidados postresucitación.



Fuente: AHA. American Heart Association. Hghlghts_2020ECCGuidelines_LR_ESXM.; 2020.

El primer reanimador realiza la acción más importante de todo el proceso, que es la **activación**. No hay que obviar que realiza el 50-70% de los eslabones de esta cadena de supervivencia.

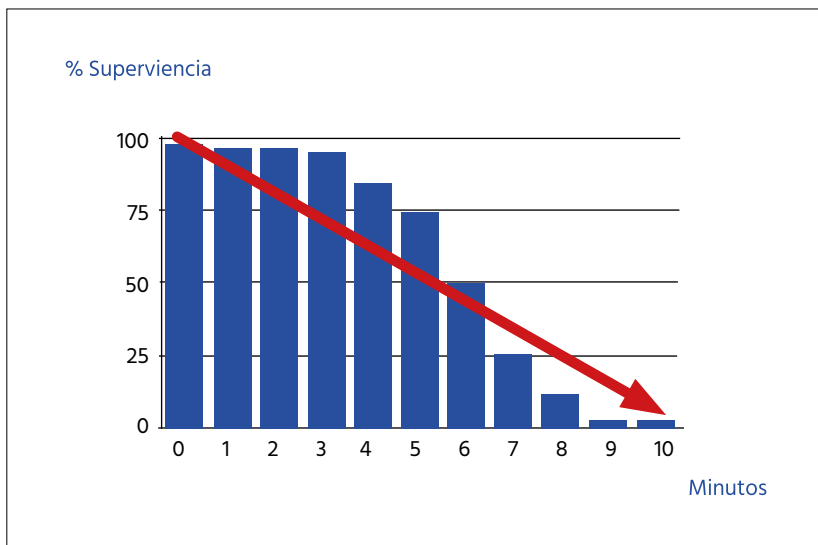
2. Parada cardiorrespiratoria



La parada cardiorrespiratoria se define como el cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatorias espontáneas, confirmado por:

- Pérdida brusca de consciencia.
- Ausencia de signos de vida.
- Ausencia de respiración o presencia de boqueadas agónicas.

Ante una parada cardiorrespiratoria, cada minuto cuenta. Un minuto de retraso en la reanimación disminuye hasta un 10% la supervivencia. Es de vital importancia la realización de las maniobras de RCP en los primeros 4 minutos, ya que aplicarlas en esta franja de tiempo aumenta las posibilidades de supervivencia en un 50%. De esta manera, una atención correcta y precoz haría disminuir la mortalidad de manera muy importante.



Fuente: Consell Català de Ressuscitació (CCR)

EPIDEMIOLOGÍA

La parada cardiorrespiratoria es un grave problema de salud pública que se puede prevenir y evitar. En Europa hay una parada cardíaca cada 45 segundos, y en Navarra se producen unas 160 paradas cardíacas al año. Cabe resaltar que el lugar de la parada fue el domicilio en un 60,2% de los casos, lo cual siempre es un problema añadido. Como dato positivo, destaca que el 77,8% de las paradas fueron presenciadas por alguien.

De ahí la importancia de los siguiente conceptos claves:

- Reconocimiento precoz.
- Alerta precoz.
- Inicio de RCP precoz.
- Desfibrilación precoz.

Lo descrito muestra la importancia de **aprender una reanimación cardiopulmonar básica de calidad.**

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



3. RCP paso a paso (cadena de supervivencia)



PRIMER ESLABÓN

Reconocimiento precoz de la PCR y conocer si la persona está consciente o inconsciente y si respira o no respira, para alertar al 112 lo antes posible.



1. Consciente o inconsciente:

- ✓ Sacudir por los hombros a la víctima.
- ✓ Preguntar en voz alta: ¿Se encuentra bien?

2. Si no hay respuesta, se abrirá la vía aérea para saber si el paciente respira o no respira:

● Maniobra **frente-mentón**: con la mano en la frente y las yemas de los dedos debajo de la punta del mentón, incline suavemente la cabeza de la víctima hacia atrás, levantando la barbilla para abrir vías respiratorias.



● **Respiración**: ver, oír y sentir la presencia de una respiración normal:

- ✓ Mire, escuche y sienta la respiración durante no más de 10 segundos.
- ✓ Una víctima que apenas respira, o que da jadeos o boqueos poco frecuentes, lentos y ruidosos, no respira normalmente.



3. Si la víctima no respira o la respiración es anormal, alertar a los servicios de emergencia (112):

- Si no respira o la respiración es anormal, pídale a otra persona que llame a los servicios de emergencia o llámelos usted mismo.
- Quédese con la víctima si es posible.
- Active la función de altavoz o la opción de manos libres en el teléfono para que pueda iniciar la RCP mientras habla con el 112.
- Envíe a alguien a buscar y traer un DEA si está disponible. Si está solo, no deje a la víctima, comience con reanimación cardiopulmonar.



SEGUNDO ESLABÓN

Reanimación cardiopulmonar

1. Iniciar compresiones torácicas:

- Arrodílese al lado de la víctima.
- Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima; esto es, en la mitad inferior del esternón de la víctima.
- Coloque el talón de su otra mano encima de la primera mano y entrelace sus dedos, manteniendo sus codos rectos.
- Colóquese verticalmente por encima de la víctima, y presiones el esternón al menos 5 cm (pero no más de 6 cm).
- Después de cada compresión, libere toda la presión sobre el pecho, sin perder el contacto entre sus manos y el esternón.
- Repita a una velocidad de 110-120 compresiones por minuto.

2. Combinar respiración con compresiones:

- Si está capacitado para hacerlo, después de 30 compresiones, vuelva a abrir la vía aérea, inclinando la cabeza y levantando la barbilla con la maniobra frente-mentón. Apriete la parte blanda de la nariz para cerrarla, usando el dedo índice y el pulgar de su mano en la frente. Permita que la boca se abra, pero mantenga el mentón levantado.

- Respire normalmente y coloque los labios alrededor de la boca de la víctima, asegurándose de realizar un sellado hermético.

- Sople de manera constante en la boca mientras observa que el pecho se eleva, demorando aproximadamente 1 segundo como si fuera el caso de una respiración normal. Esta es una ventilación efectiva.

- Manteniendo la cabeza inclinada y la barbilla levantada, aleje la boca de la víctima y observe si el tórax desciende a medida que sale el aire.

- Coja aire nuevamente con una respiración normal y sople en la boca de la víctima una vez más, para proporcionar a la víctima un total de dos ventilaciones.

- No interrumpa las compresiones por más de 10 segundos para administrar las dos respiraciones, incluso si una o ambas no fueran efectivas.

- Posteriormente, recolóque sin demora sus manos a la posición previa en el esternón y administre otras 30 compresiones torácicas. Continúe con las compresiones torácicas y las respiraciones en una proporción de 30:2.

- Si no está capacitado o no puede dar respiraciones, administre RCP con únicamente compresiones torácicas continuas a una velocidad de 100-120 por minuto.



TERCER ESLABÓN

Desfibrilación precoz

Cuando llegue el DEA, enciéndalo y siga sus instrucciones:

- Tan pronto como llegue el DEA, enciéndelo y coloque los electrodos en el pecho desnudo del paciente. Si hay más de un reanimador, se debe continuar con la RCP mientras se colocan los electrodos en el pecho.
- Siga las instrucciones habladas y visuales dadas por el DEA.
- Si se aconseja dar una descarga, asegúrese de que ni usted ni nadie más toque a la víctima. Presione el botón de descarga como se indica. Luego reanude inmediatamente la RCP y continúe según las indicaciones del DEA.
- Si no se aconseja dar una descarga, reanude inmediatamente la RCP y continúe según las indicaciones del DEA.
- En caso de que no haya DEA disponible o mientras espera que llegue uno, continúe con la RCP. No interrumpa la reanimación hasta que: la víctima muestre signos de vida, usted se agote o un profesional sanitario le indique que no continúe.

CUARTO ESLABÓN

Soporte Vital avanzado y cuidados post-resucitación

Cuidados y diagnóstico por parte de los profesionales sanitarios y traslado a un centro hospitalario.



POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)

Si en el caso en el que la víctima no respondiera a nuestros estímulos, es decir, estuviera inconsciente, pero al abrir la vía aérea con la maniobra frente-mentón respirara normalmente, colóquela en la posición lateral de seguridad y vuelva a evaluarla cada minuto.

- Retire las gafas de la víctima si es necesario.
- Arrodílese a su lado y asegúrese de que sus dos piernas estén estiradas.
- Coloque el brazo más cercano a usted en ángulo recto con respecto al cuerpo, con el codo flexionado y la palma de la mano mirando hacia arriba.
- Traiga el brazo más alejado sobre el pecho y sostenga el dorso de la mano de ese brazo contra la mejilla de la víctima más cercana a usted.
- Con su otra mano coja la pierna más alejada justo por el hueco posterior de la rodilla y tire de ella manteniendo su pie sobre el suelo.
- Sosteniendo la mano sobre la mejilla, tire de la pierna más lejana para hacer rodar a la víctima hacia el lado en que usted se encuentra.





- Asegúrese de que el codo del brazo más alejado toca con el otro brazo o con el suelo.
- Sin mover su mano, ajuste su pierna superior de modo que tanto la cadera como la rodilla estén dobladas en ángulo recto.
- Inclíne la cabeza hacia atrás para asegurarse que la vía aérea se mantiene abierta.
- Ajuste la mano bajo la mejilla, si fuese necesario, para mantener la cabeza en extensión.

OBSTRUCCION VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)

- Sospeche un atragantamiento si alguien es repentinamente incapaz de hablar o conversar, especialmente si estaba comiendo.
- Si la víctima es capaz de hablar, toser y respirar, tiene una obstrucción de la vía aérea leve. ¡Anímela a toser!
- Si la tos resulta ineficaz, dé hasta 5 golpes en la espalda:
 - ✓ Incline a la víctima hacia delante.
 - ✓ Aplique golpes entre los omóplatos utilizando el talón de una mano.
- Si los golpes en la espalda no son efectivos, aplique hasta 5 compresiones abdominales; para ello:
 - ✓ Colóquese detrás de la víctima y ponga ambos brazos alrededor de la parte superior del abdomen de la víctima.
 - ✓ Incline a la víctima hacia delante.
 - ✓ Apriete el puño y colóquelo entre el ombligo y la caja torácica.
 - ✓ Agarre el puño con la otra mano y tire bruscamente hacia dentro y hacia arriba.



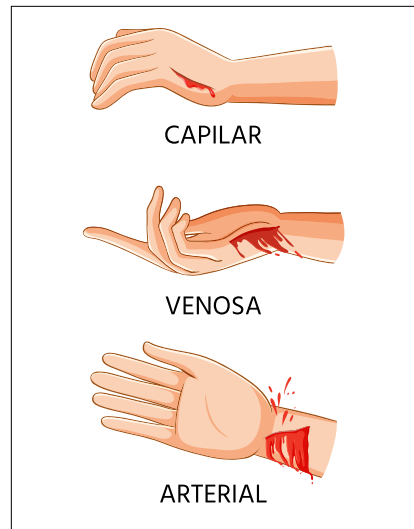
4. HEMORRAGIAS

Denominamos **hemorragia** a cualquier herida con gran salida de sangre de sus cauces habituales, los vasos sanguíneos.

Existen varias formas de clasificar las heridas. Aquí se exponen las que mejor nos pueden ayudar a la hora de evaluar una hemorragia y saber su gravedad.

1. Atendiendo al tipo de vaso que se ha roto:

- **Capilar.** Las heridas más comunes y menos peligrosas. Son superficiales y con poca salida de sangre.
- **Venosa.** La sangre sale de una vena y lo hace de forma continua y con un color rojo oscuro.
- **Arterial.** La sangre sale de una arteria, a impulsos y con un color rojo intenso. Muy peligrosas por la gran pérdida de sangre que presentan.



2. Según el destino final de la sangre:

- **Externas.** Son aquellas en las que la sangre sale al exterior a través de una herida.
- **Internas.** Son aquellas que se producen en el interior del organismo, sin salir al exterior, por lo tanto, la sangre no se ve.
- **Exteriorizadas.** Son aquellas hemorragias que siendo internas salen al exterior a través de un orificio natural del cuerpo: oído, nariz, boca, ano o genitales. Su principal peligro no es la pérdida de sangre, sino la lesión interna (cráneo, vísceras, órganos...).

La pérdida de sangre provocada por una hemorragia masiva puede derivar en un **shock hipovolémico** y si no se corrige, empeorará a una parada cardiorrespiratoria y a la muerte.

Los signos y síntomas del shock son:

- Alteración de la consciencia: mareo, confusión.
- Estado ansioso o nervioso.
- Pulso rápido y débil debido a que la tensión baja (la presión arterial descende).
- Respiración rápida y superficial.
- Palidez de las mucosas.
- Sudoración fría y pegajosa, generalmente en manos, pies, cara y pecho.

Qué hacer

- ✓ Aplicar presión manual directa para controlar una hemorragia externa severa.
- ✓ Considerar el uso de un agente hemostático. Aplíquelo directamente sobre la herida y realice presión manual sobre él.
- ✓ Un vendaje compresivo puede ser útil cuando la hemorragia ya está controlada, así se mantendrá la hemostasia generada.
- ✓ El uso de puntos de presión directa arterial y las terapias de frío no están recomendadas para las hemorragias graves.
- ✓ En las extremidades, considerar el uso de torniquetes comerciales tan pronto como sea posible.
- ✓ Si no se dispone de torniquete comercial y la presión directa y el uso de hemostáticos no es efectiva, se podría aplicar un torniquete improvisado, con elementos de fortuna, si el rescatador está entrenado.

TORNIQUETE: Este método se utilizará sólo en caso de que los demás no sean eficaces y la hemorragia persista, o bien cuando exista más de un accidentado en situación de emergencia, o el auxiliador se encuentre solo. Al fin y al cabo, el torniquete produce la detención de toda la circulación sanguínea en la extremidad, por lo que conlleva la falta de oxigenación de los tejidos adyacentes.

CUANDO LAS HEMORRAGIAS SON EXTERIORIZADAS

OTORRAGIA (hemorragia en el oído):

- ✓ Única en la que no hay que intentar detener (riesgo de lesión cerebral).
- ✓ Tumbarse a la persona del lado que se produce la hemorragia.
- ✓ Colocar gasa para que empape.
- ✓ Traslado lo más rápido posible a un hospital.

EPISTAXIS (sangrado nasal):

- ✓ Colocar a la persona sentada, con la cabeza inclinada hacia delante y tranquilizarle.
- ✓ Comprimir con dos dedos las fosas nasales durante un par de minutos y levantar la compresión para ver si ha cesado.
- ✓ En caso de que, al levantar la compresión, la hemorragia no haya cesado, será necesario volver al paso anterior y comprimir durante otros nuevos cinco minutos repitiendo la anterior operación.
- ✓ Cuando la hemorragia es importante y no cesa con la compresión, trasladar al afectado a un centro sanitario.



Qué no hacer ❌

- ❌ No eche un vistazo a la herida para ver si el sangrado se está deteniendo. Cuanto menos toque la herida, mayor será la probabilidad de que pueda controlar el sangrado.
- ❌ No hurgue una herida ni tire de un objeto incrustado en ella. Esto generalmente provoca más sangrado y daño.
- ❌ No retire un apósito si está empapado en sangre. Coloque un nuevo vendaje encima.
- ❌ No trate de limpiar una herida grande. Esto puede causar un sangrado más intenso.
- ❌ No intente limpiar una herida una vez controlado el sangrado. Consiga ayuda sanitaria profesional.

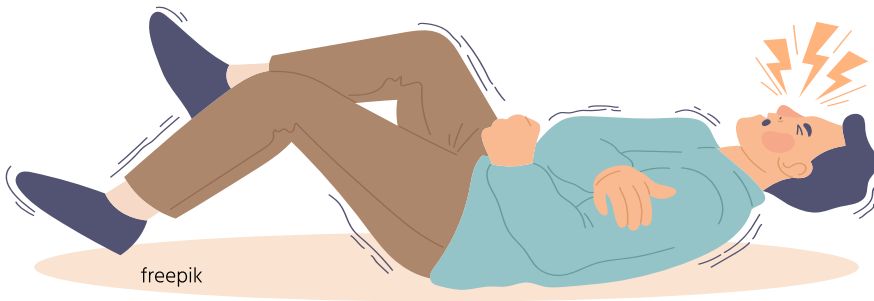


Fuente: Blog Enfermero de Simulación.
 Autor: Álvaro Trampal Ramos

5. CONVULSIONES

Una **convulsión** se define como contracciones bruscas, involuntarias, repetidas y anormales de la musculatura debida a una excitación cerebral. Suele iniciarse de forma súbita y duran poco tiempo.

CAUSAS: epilepsia como principal, pero también fiebre, traumatismos de cabeza, bajada de azúcar en diabéticos, intoxicaciones, drogas o enfermedades cerebrales (meningitis), entre otras.



Qué hacer ✓

- ✓ Mantener la calma, no abandonar a la víctima.
- ✓ Tumbiar a la persona en el suelo, evitando objetos con los que pueda golpearse.
- ✓ Aflojar la ropa o artículo del cuello que puede oprimirle.
- ✓ Colocar en posición lateral de seguridad y situarse a un lado de ella.
- ✓ Contabilizar el tiempo que dura la crisis, así como sus características.

Una vez finalizada la convulsión:

- Valoración de consciencia y respiración. Es normal que la víctima se encuentre somnolienta y confusa.
- Si respira con normalidad, volver a colocar en posición lateral de seguridad.
- Contactar con el 112 si es la primera vez que le ocurre, si ha sufrido un traumatismo, si la crisis dura más de 5 minutos o si no recobra la consciencia. Siempre reevaluar estado hasta la llegada de los servicios de emergencia.

Qué no hacer

- ✗ No intentar sujetarle para detener las convulsiones.
- ✗ No meter objetos en la boca ni nuestra propia mano. “No se tragan la lengua”.
- ✗ No administrar medicaciones sin pauta médica.

6. ICTUS



Se define **ictus** como una enfermedad cerebrovascular aguda que se produce cuando hay una disminución del flujo sanguíneo a alguna parte del cerebro.

Existen dos tipos:

- **Ictus Hemorrágico:** cuando una arteria se rompe.
- **Ictus Isquémico:** cuando una arteria se cierra bruscamente.



Fuente: revista Webconsultas Healthcare S.A.

Como concepto clave, es esencial la detección precoz del ictus y que la persona reciba atención médica de emergencias lo antes posible (Time is Brain = Tiempo es cerebro). Para ello, el uso de la **Escala de Cincinnati** puede ser de gran ayuda para detectar lo antes posible una lesión cerebral.

SOPORTE

FUNDACIÓN UDEC
DIBUJA

RISA

DETECCIÓN DE UN POSIBLE ATAQUE CEREBRAL

LA ESCALA DE CINCINATI ES UNA HERRAMIENTA PARA UNA RAPIDA EVALUACION DE UNA VICTIMA EN LA QUE SOSPECHAMOS DE UNA ATAQUE CEREBRAL O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

PR	IS	A
<p>"PRONUNCIE SU NOMBRE"</p> <p>BIEN HABLA Y USA PALABRAS CORRECTAS</p>	<p>"INTENTE SONREIR"</p> <p>BIEN MANTIENE SIMETRIA FACIAL AL SONREIR</p>	<p>"ALCE AMBOS BRAZOS"</p> <p>BIEN MANTIENE AMBOS BRAZOS ALZADOS</p>

Fuente: Fundación UDEC

Signos y síntomas

- Dolor de cabeza intenso y repentino. Confusión, o cambios repentinos o pérdida gradual en la consciencia de la persona.
- Alteraciones en el tono muscular (sobre todo en músculos de la cara) y pérdida de visión: pida a la víctima que enseñe los dientes y si solo mueve un lado de la cara o el movimiento es asimétrico, el cerebro está afectado.
- Problemas al hablar y/o entender órdenes sencillas. También problemas al tragar.
- Pérdida de movimiento y fuerza en brazos o piernas.
- Estado mental y emocional similar a la embriaguez, sin haber consumido bebidas alcohólicas.

Qué hacer

- ✓ Debemos intentar mantener la calma y controlar la situación.
- ✓ Tranquilizar a la víctima.
- ✓ Facilitar la respiración de la víctima. Puede ser necesario aflojar la ropa que pueda dificultar la correcta respiración.
- ✓ Llamar a los servicios de emergencias sanitarias explicando la situación de forma calmada y precisa, para que se active el código ictus (protocolo extrahospitalario y hospitalario para reducir el tiempo de tratamiento).
- ✓ Tumbiar a la víctima apoyando la cabeza y los hombros en una almohada.
- ✓ Facilitar ambiente relajado, sin ruidos y luces suaves.
- ✓ Proporcionar temperatura adecuada.
- ✓ Si la víctima se queda inconsciente la colocaremos en posición lateral de seguridad (PLS) y si la víctima además no respira, debemos comenzar con las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).
- ✓ Anotar las horas de inicio de los síntomas.

Qué no hacer

- ✗ Dar de comer ni beber a la víctima, ya que puede atragantarse con mucha facilidad.
- ✗ Movilizar el cuello o ponerle cosas apretadas.
- ✗ Esperar a que se pase.
- ✗ Tomar aspirina.
- ✗ No avisar a nadie por no molestar.
- ✗ Avisar al médico de cabecera para que venga a casa a visitarme cuando pueda.
- ✗ Trasladar directamente a la víctima por sus medios sin esperar a los servicios de emergencias médicas.

7. DOLOR TORÁCICO

Se define el **DOLOR TORÁCICO** como un dolor u opresión generalmente localizada en zona central y/o izquierda del tórax que se puede irradiar a cuello, mandíbula, espalda o boca del estómago. Puede ir acompañado de mareo, náuseas, sudoración y palidez.

Qué hacer ✓

- ✓ Alertar al 112.
- ✓ Tranquilizar a la víctima.
- ✓ Aflojar la ropa y prendas muy ajustadas.
- ✓ Posición semisentada (45°).
- ✓ Vigilar consciencia.
- ✓ Si no respira o lo hace de manera anormal, comenzar con las maniobras de soporte vital básico.



Uno de los nuevos cambios en las nuevas recomendaciones es la autoadministración de media aspirina masticable tan pronto como sea posible después de la aparición del dolor torácico, excepto cuando sea alérgico o cuando el dolor torácico sea de origen traumático.

Es esencial buscar atención médica urgente porque si ese dolor es de origen cardíaco, necesita tratamiento lo más precoz posible de cara a preservar la función cardíaca.

Qué no hacer ✗

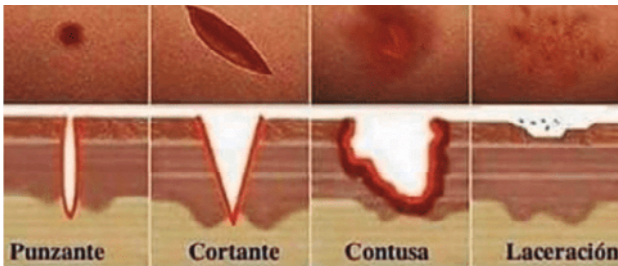
- ✗ No mover al paciente del lugar.
- ✗ No tumbarlo.

8. HERIDAS

Las **heridas** son lesiones que producen pérdida de la integridad de los tejidos blandos.

Se clasifican en:

- **Punzantes:** producidas por objetos punzantes.
- **Incisas:** producidas por objetos cortantes.
- **Contusas:** producidas por objetos romos.
- **Laceraciones:** producidas por objetos con fricción.



Fuente:
Prevenición en salud proactiva. Salud, Enfermería, Primeros Auxilios y Prevenición de Riesgos.

Qué hacer ✓

- ✓ Lavarnos bien las manos y usar guantes si se dispone de ellos.
- ✓ Lavar la herida con agua o suero salino si se dispone.
- ✓ Limpiar con gasas estériles por arrastre si hubiese suciedad.
- ✓ Usar una gasa limpia para cada pasada.
- ✓ Secar con una gasa limpia.
- ✓ Desinfectar, si no es alérgico, con clorhexidina o povidona yodada.
- ✓ Colocar un apósito para cubrir la herida.
- ✓ Si es de gran extensión o profundidad, acudir a un centro sanitario para su valoración.
- ✓ Acudir antes de 6 horas a un centro sanitario si es necesario suturar.
- ✓ Consultar a un sanitario en caso de dudas sobre la vacunación antitetánica.

Qué no hacer ❌

- ❌ Limpiar con algodón.
- ❌ Quitar cuerpos extraños incrustados.
- ❌ Lavar o desinfectar con alcohol o agua oxigenada.
- ❌ Aplicar povidona yodada o pomadas si hay que ir a suturar.
- ❌ Soplar para secar.
- ❌ Demorar más de 6 horas el acudir a un centro sanitario si se considera necesario suturar.
- ❌ Tomar antibióticos

HERIDAS EN OJOS

Agentes causantes: Pequeños cuerpos extraños o sustancias de diferente naturaleza, que impregnan o quedan incrustados en la córnea o la conjuntiva.

- Dolor ocular.
- Lagrimeo.
- Visión borrosa
- Fotofobia.



Fuente: Visión y óptica. <https://visionyoptica.com/que-hacer-si-te-enfrentas-a-una-quemadura-quimica-corneal-2/>

Qué hacer ✅

- ✅ Lavarse las manos antes.
- ✅ Colocarse guantes en caso de disponer de ellos.
- ✅ Lavado con abundante agua o suero salino.
- ✅ Tapar el ojo afectado con gasa estériles o un apósito limpio que no comprima (gasa y esparadrapo como en la imagen).
- ✅ Si no hay mejoría acudir a un centro sanitario para realizar una valoración.

Qué no hacer ❌

- ❌ Abrir el ojo de la víctima si no puede por sí misma o frotarlo.
- ❌ Usar objetos punzantes para extraer el cuerpo extraño.
- ❌ Realizar manipulaciones innecesarias en el caso de no poder extraerse fácilmente.

HERIDA EN TÓRAX Y ABDOMEN

Síntomas de gravedad

- Dolor intenso.
- Dificultad para respirar.
- Sudoración, ansiedad, náuseas.
- Piel pálida, fría, pegajosa.

Impresión de signos externos de gravedad

Alteraciones de la respiración:

- Mirar los movimientos del pecho y escuchar el ruido al respirar.
- Ritmo, profundidad y rapidez.

Hemorragias o deformidades visibles:

- Si hay una hemorragia importante hay que actuar para detener el sangrado.

Qué no hacer ❌

- ❌ Cambiar el orden de valoración: conciencia-respiración-hemorragia.
- ❌ Hacer diagnósticos médicos.
- ❌ Omitir datos al 112.
- ❌ Dar de beber o comer.



freepik

Existen dos tipos de heridas en tórax o abdomen:

1. LESIONES NO PENETRANTES:

Son traumatismos que no presentan orificio de entrada o salida, ni objetos enclavados.

Qué hacer

- ✓ Conservar la calma y asegurar el entorno.
- ✓ Valorar nivel de consciencia de la víctima.
- ✓ Si estuviera consciente, colóquelo en posición semisentado (en tórax) o de defensa abdominal (en abdomen).
- ✓ Buscar signos de lesiones en la zona con dolor.
- ✓ Aflojar cinturones y fajas.

2. LESIONES PENETRANTES:

Son traumatismos que presentan orificios de entrada o salida, u objetos enclavados.

Qué hacer

- ✓ Actuar de la misma forma que en las lesiones no penetrantes.
- ✓ Asegurar el objeto enclavado.
- ✓ Si herida penetrante en tórax: apósito impermeable.
- ✓ Si hubiese vísceras fuera de la cavidad, cubrirlas con gasas estériles o paños limpios, humedeciéndolos en solución salina o en agua limpia.

Qué no hacer

- ✗ Palpar o comprimir la zona dolorida.
- ✗ Retirar los objetos enclavados.
- ✗ Introducir las vísceras que hayan salido al exterior.
- ✗ Dar de beber o comer.

AMPUTACIONES

Qué hacer ✓

- ✓ Controlar pequeños sangrados con gasas estériles y presión.
- ✓ En grandes sangrados hemorrágicos, aplicar torniquete.
- ✓ Conservar el miembro amputado, envuelto en apósitos y un poco humedecidos en agua o en suero salino.
- ✓ Introducir el miembro amputado en una bolsa o recipiente lo más limpio posible.

Qué no hacer ✗

- ✗ Guardar el miembro amputado sumergido en agua o hielo directamente.
- ✗ Dar de comer o beber.



Fuente: Sanitas, Guía Primeros Auxilios (amputaciones traumáticas).

9. GOLPE DE CALOR E HIPOTERMIA

INSOLACIÓN O GOLPE DE CALOR

También recibe los nombres de **golpe de sol o hiperpirexia** (fiebre elevada) por calor. Es el más grave de los efectos nocivos del calor y no necesariamente va precedido de otras alteraciones debidas a este.

Están especialmente predispuestos los ancianos, los diabéticos, cardiopatas y personas con enfermedades crónicas o en estado de intoxicación alcohólica. No es requisito necesario la exposición directa al sol, pero sí al calor. El ejercicio físico intenso y el exceso de ropa son dos de los factores predisponentes más frecuentes.

Puede iniciarse de forma brusca con convulsiones, estupor o coma. Ocasionalmente la instauración de este cuadro va precedida de cefalea, mareos, náuseas, molestias abdominales, taquipnea (respiración rápida) y estado confusional.

Signos y síntomas

- La piel está caliente, enrojecida y seca. A veces, en fases iniciales puede mantenerse aún húmeda, debida a la sudoración que luego desaparece.
- La temperatura corporal es de 40°C o más.
- En casos graves, delirio e incluso pérdida de conciencia que puede llegar al coma.

Qué hacer ✓

- ✓ Retirar al paciente del ambiente cálido y colocarlo en un lugar donde haya una buena refrigeración.
- ✓ Enfriamiento inmediato: quitarle la ropa y cubrirlo con sábanas mojadas. Utilizar un uso de un ventilador para aumentar la pérdida de calor.
- ✓ Tumbarse a la víctima y elevar sus piernas para favorecer la llegada de sangre al cerebro.
- ✓ Colocar bolsas de hielo en ingles, axilas y cuello.
- ✓ Trasladar al hospital, al ser una verdadera urgencia médica.

Qué no hacer ❌

- ❌ Dejar sola a la víctima.
- ❌ Enfriar con hielo directamente en la piel para evitar quemaduras.
- ❌ Si está en coma, no darle nada a través de la boca. Se debe realizar una protección adecuada de la vía aérea, como en las maniobras de RCP básicas y pedir ayuda de inmediato.
- ❌ No demorar el aviso al 112.

TRASTORNOS POR FRÍO

Hipotermia

Es el cuadro clínico que se produce cuando la temperatura corporal central es inferior a 35°C, que se agrava progresivamente a medida que disminuye aún más dicha temperatura, apareciendo alteraciones que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, hasta originar la muerte.

Se clasifica en:

- **Leve:** temperatura central entre 35 y 32°C. Temblores, confusión mental y torpeza.
- **Moderada:** entre 32 y 28°C. Desorientación, semiinconsciencia y pérdida de memoria.
- **Grave:** inferior a 28°C. Pérdida de consciencia, dilatación pupilar, hipotensión y frecuencia cardíaca casi indetectable.

Qué hacer ✅

- ✅ Avisar al 112 de las circunstancias.
- ✅ Valorar nivel de consciencia y observar si respira o no respira.
Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- ✅ Trasladar a un lugar más cálido.
- ✅ Reemplazar ropa húmeda por ropa seca y caliente.
Abrigar y calentar a la víctima de forma gradual.
- ✅ Administrar bebidas calientes, si está consciente y orientado.
- ✅ Mover con cuidado a la víctima, ya que movimientos bruscos pueden causar problemas cardíacos.
- ✅ Asegurar reposo en una posición recogida de brazos y piernas.

Qué no hacer ❌

- ❌ Dejar sola a la víctima.
- ❌ Dar alcohol.
- ❌ Frotar directamente la piel para hacerla entrar en calor.
- ❌ Calentar agresivamente a la víctima.
- ❌ Aplicar directamente una fuente de calor a la piel.

Congelaciones

Son lesiones locales debidas a un frío muy intenso, que afectan fundamentalmente a las zonas más distales del organismo (zonas acras), como manos, pies y pabellones auriculares.

La afectación cutánea es frecuente, aunque a menudo pasa inadvertida hasta que se produce el recalentamiento.

Qué hacer ✅

- ✅ Avisar al 112 de las circunstancias.
- ✅ Valorar nivel de consciencia y observar si respira o no respira. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.



- ✓ Trasladar a un lugar más cálido.
- ✓ Retirar anillos, relojes, pulseras y cualquier otro elemento que puede comprimir un miembro en caso de inflamación.
- ✓ Mantener la zona afectada elevada.
- ✓ Mover con cuidado a la víctima, ya que movimientos bruscos pueden causar problemas cardíacos.
- ✓ Reemplazar ropa húmeda por ropa seca y caliente. Abrigar.
- ✓ Administrar bebidas calientes, si está consciente y orientado.

Qué no hacer

- ✗ Dejar sola a la víctima.
- ✗ Dar alcohol.
- ✗ Frotar directamente la piel para hacerla entrar en calor.
- ✗ Calentar agresivamente a la víctima. Hacerlo de forma gradual.
- ✗ Aplicar directamente una fuente de calor a la piel.
- ✗ Romper alguna ampolla.

10. QUEMADURAS

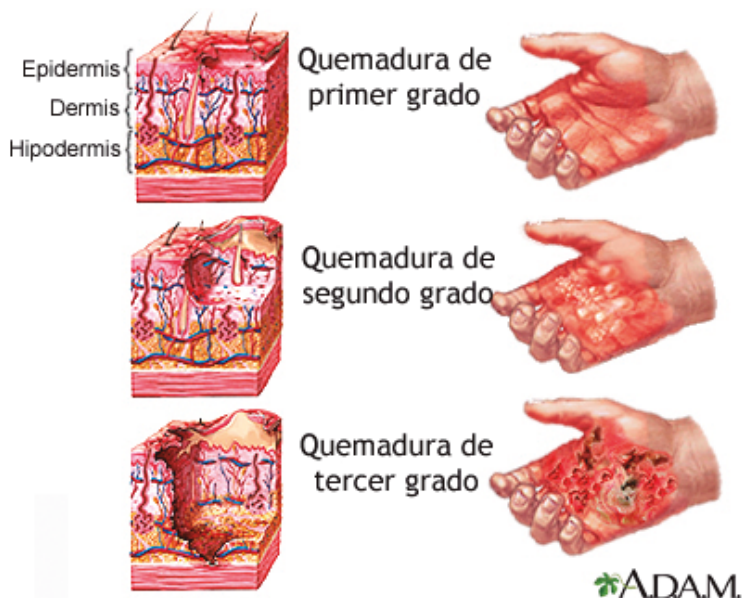


Se denomina **quemadura** a la lesión de los tejidos producidas por el calor o el frío, por sustancias químicas, por descargas eléctricas y radiaciones.

GRADOS DE QUEMADURAS

Primer grado

Son las más leves y casi siempre se deben a exposición solar. Se manifiestan en forma de enrojecimiento y casi siempre son dolorosas o molestas.



Fuente: ADAM, quemaduras

Segundo grado

Superficiales

Las quemaduras de segundo grado tipo superficial afectan a la capa superficial de la dermis y se caracterizan por la existencia de ampollas debidas al exudado producido tras la lesión vascular. Al igual que las quemaduras superficiales, suelen ser dolorosas. Se resuelven en 8-14 días.

Profundas

El aspecto de la piel es de color rojo-pálido, y duelen menos o no duelen debido a la afectación o destrucción de las terminaciones nerviosas.

Tercer grado

Las quemaduras de tercer grado afectan a la hipodermis. El color de la piel es variable, con una consistencia parecida al cartón, inelástica, de color blanquecina a marrón oscuro llegando a carbonáceo. Debido a la destrucción de las terminaciones nerviosas, este tipo de quemaduras son anestésicas. No hay dolor.

Qué hacer

- ✓ Antes de iniciar cualquier tratamiento, el paciente debe ser retirado de la fuente productora de la quemadura para detener el proceso.
- ✓ Valorar nivel de conciencia y avisar al 112.
- ✓ Observar si respira o no respira. Si no respira, actuar.
- ✓ Desnudar al paciente y retirar lo antes posible: ropa quemada, anillos, relojes, joyas, etc., que pueda producir compresión.
- ✓ Enfriar zona afectada con abundante agua durante 10 minutos sin que el chorro de agua caiga directamente sobre la zona afectada.
- ✓ Cubrir quemadura con apósito limpio sin aplicar pomadas.

Qué no hacer

- ✗ No permitir que la víctima corra si está incendiada.
- ✗ No utilizar tierra, arena o extintores para apagar el fuego, son productos que se adhieren a la piel.

- ✗ No emplear hielo para enfriar la piel quemada, se provocaría una quemadura por congelación.
- ✗ No se debe pinchar ni romper las ampollas.
- ✗ No aplicar ungüentos ni pomadas.
- ✗ No dar líquidos por la boca.
- ✗ No retirar ropa que esté adherida a la piel.

Signos de alerta

- Si tiene quemaduras en la cabeza o el cuello, o si tiene dificultad al respirar (puede haber afectado a órganos internos importantes).
- Si tiene quemaduras en las manos, los pies o la ingle (en cuyo caso es más probable que haya lesiones en los músculos o ligamentos).
- Si la quemadura ha sido en la cara, genitales o glúteos.
- Si la víctima tiene más de 60 años o menos de cinco (los ancianos y niños tienen la piel más vulnerable).

En caso de quemadura eléctrica

- ✓ Apagar la fuente de electricidad. Si no, alejar la fuente de la persona lesionada (usar un objeto seco no conductor de electricidad de cartón, plástico o madera).
 - ✓ Si es quemadura local leve, misma actuación que lo descrito anteriormente.
 - ✓ Comenzar la RCP si la persona está inconsciente o no respira.
 - ✓ Cubrir las zonas quemadas con un vendaje de gasa estéril, si se dispone, o un paño o una sábana limpios.
 - ✓ Tratar de evitar que la persona lesionada se enfríe.
-
- ✗ No quitar la ropa ni tratar de limpiar la zona quemada.
 - ✗ No usar ni una manta ni una toalla, ya que las pelusas o las fibras sueltas pueden pegarse a las quemaduras.
 - ✗ No mover a la víctima a no ser que sea estrictamente necesario.

11. PICADURAS Y MORDEDURAS



Picadura: lesiones producidas en la piel por la inyección del apéndice de un animal (aguijón de abejas, avispas, alacrán).

Mordedura: heridas ocasionadas por los dientes de un animal o por el hombre. Se caracterizan por ser laceradas, avulsivas o punzantes. Una persona mordida corre alto riesgo de infección (entre ellas el tétano) porque la boca de los animales está llena de bacterias.

Las picaduras y mordeduras se consideran como lesiones que inicialmente afectan el tejido blando, pero que según la evolución y la respuesta orgánica de cada individuo pueden comprometer todos los sistemas, incluso causar la muerte si la atención no es rápida y adecuada, especialmente en personas que sufren reacciones alérgicas graves.

Tipos de reacciones

Locales (las más frecuentes):

- Dolor intenso en la zona.
- Formación de lesiones elevadas y sólidas o ampollas, de unos 2 cm.
- Reacción local aumentada; cuando la reacción inflamatoria es mayor de 10 cm. E incluso de toda la extremidad. Puede durar más de 24 h.
- ¡¡¡Ojo!! Picaduras en **cara, cuello, boca. La inflamación puede producir compromiso de la vía respiratoria.**
- ¡¡¡Ojo!! La zona ocular también puede producir queratitis, opacidades o cataratas.

Sistémica o generales:

Pueden ser:

- **Tóxicas:** Ante picaduras múltiples por la gran cantidad de veneno inoculado. Se consideran **muy peligrosas más de 20.**
- **Inmunológicas:** Reacción alérgica en personas previamente sensibilizadas. No existe relación con el número de picaduras. En una persona alérgica, una sola puede ser mortal. La mayoría se produce tras los primeros 15 min. La máxima mortalidad se da en la primera hora.

Sean tóxicas o inmunológicas, la atención será la misma:

- Inflamación y enrojecimiento y picor en cara, palmas de las manos y pies, además de lesiones por todo el cuerpo.
- Tos seca, afonía, dificultad para respirar.
- Dolor abdominal, vómitos, diarrea.
- Dolor de cabeza, espasmos musculares, convulsiones.
- Hipotensión shock y muerte.

Qué hacer ✓

- ✓ Alejarnos de la zona si hay riesgo de más picaduras.
- ✓ Retirar el cuerpo extraño lo antes posible (sobre todo si hay aguijón de abeja).
- ✓ Lavar y desinfectar de la zona con agentes no colorantes, sin fricción.
- ✓ Aplicar frío intermitente en intervalos de 10 minutos.
- ✓ Retirar objetos que puedan hacer efecto torniquete (anillos, pulseras, relojes, etc.).
- ✓ Estar pendientes de los signos vitales del a víctima: respiración, nivel de conciencia, coloración, etc.
- ✓ Llamar al 112 en caso de reacción sistémica.
- ✓ Colocar en PLS si hay un bajo nivel de conciencia y realizar RCP ante una parada cardiorrespiratoria.

En caso de **reaccion alergica sistémica**, si la víctima es alérgica conocida, suelen llevar un autoinyector de epinefrina. Sujetarlo por el medio. Retirar el tapón del extremo contrario al de la aguja, que seguirá protegida, y saldrá por un extremo al clavar fuerte el inyector. La zona de inyección será la parte exterior del muslo (puede atravesar la ropa). Asegúrese de saber cuál es el extremo donde está la aguja. Manténgalo 10 segundos antes de la retirada.

Qué no hacer ✗

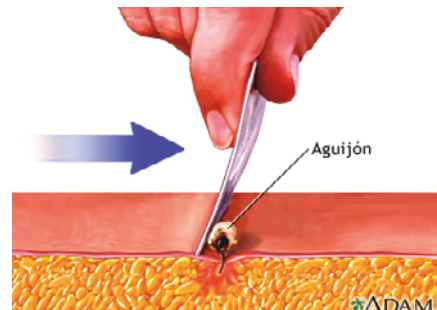
- ✗ Posponer la llamada al 112, en caso de reacción alérgica sistémica, y/o posponer el acudir a un centro sanitario.
- ✗ Con carácter general, aplicar torniquetes.
- ✗ Aplicar barro, orina o pasta de dientes.

PICADURA DE INSECTOS

Qué hacer ✓

- ✓ Ir a una zona segura para evitar más picaduras.
- ✓ Quitar los aguijones (con unas pinzas).
- ✓ Suavemente, lavar el área con agua y jabón.
- ✓ Aplicar un paño humedecido con agua fría o lleno de hielo en la zona de la picadura durante 10 a 20 minutos. Esto ayuda a reducir el dolor y la hinchazón.
- ✓ Si la lesión es en un brazo o una pierna, elevarlos.
- ✓ Aplicar crema con hidrocortisona al 0,5 % o 1 % en la zona afectada.
- ✓ Buscar atención sanitaria si la hinchazón empeora, si la zona afectada tiene signos de infección o si la sintomatología empeora.

En caso de picadura de abeja, para quitar el aguijón, usar un objeto sin punta, como una tarjeta de crédito o un cuchillo de mantequilla, y raspar suavemente por la zona afectada. Esta es la mejor manera de deshacerse del aguijón. Evite usar pinzas o cualquier objeto que pudiera pinchar o apretar la bolsa de veneno que dejan las abejas al soltar el aguijón, lo cual empeoraría los síntomas.



Fuente: ADAM, picaduras

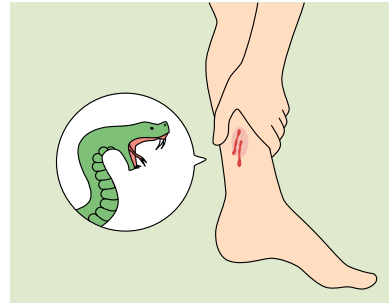
Qué no hacer ✗

- ✗ Aplicar orina, barro o pasta de dientes.

MORDEDURA DE SERPIENTE

Factores de riesgo de una mordedura grave:

- Peso de la víctima: más grave en niños.
- Peor pronóstico si es en vaso arterial o venoso, o a nivel de cabeza y cuello.
- En ancianos y personas inmunodeprimidas.
- En las mordeduras defensivas o de aviso, se inyecta menos veneno.



Mordedura de serpiente

Qué hacer ✓

- ✓ Mantener la calma.
- ✓ Alejarse de la serpiente.
- ✓ Llamar al 112 e intentar dar el mayor número de datos posible.
- ✓ Retirar anillos, reloj, pulseras, etc. por si se produjera inflamación.
- ✓ Restringir movimientos.
- ✓ Aplicar frío moderado con intervalos de 10 minutos para evitar la muerte del tejido adyacente a la mordedura.
- ✓ Lavar con agua potable o suero fisiológico sin friccionar.
- ✓ Vendaje compresivo entre la mordedura y el corazón (**no aplicar torniquete**) para conseguir que el retorno venoso sea más lento.

Qué no hacer ✗

- ✗ No poner hielo directo para no producir heridas por congelación.
- ✗ No poner torniquete.
- ✗ No producir incisiones.
- ✗ No succionar herida. Es ineficaz, y podría absorberse a través de lesiones de la cavidad bucal.
- ✗ No intentar cazarla.
- ✗ ¡¡¡Ojo!!! La serpiente puede morder de forma refleja 30 minutos después de muerta.

PICADURA DE MEDUSA

Qué hacer ✓

- ✓ Quitar con cuidado los tentáculos visibles con una pinza pequeña y fina.
- ✓ Lavar con agua de mar abundante o suero salino. Sumergir la picadura en agua caliente salada (a unos 40º) ayudará también a reducir el dolor.
- ✓ Aplicar ungüento o crema de hidrocortisona al 0,5 % o 1 % dos veces al día sobre la piel afectada.
- ✓ Enjuagar una picadura de medusa con agua de mar suele impedir la liberación de más veneno.

Qué no hacer ✗

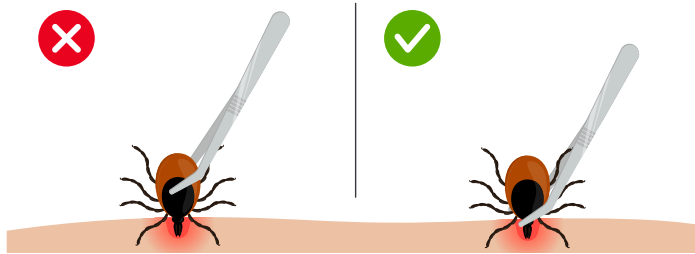
- ✗ Enjuagar con orina humana o vinagre.
- ✗ Enjuagar con agua limpia y fría.
- ✗ Aplicar un ablandador de carne.
- ✗ Aplicar alcohol, etanol o amoníaco.
- ✗ Frotar con una toalla.
- ✗ Aplicar vendas de inmovilización por presión.



Fuente: Plcuida, Junta de Andalucía

MORDEDURA DE GARRAPATA

Las zonas más comunes donde suelen adherirse las garrapatas son detrás de las rodillas, ingles, axilas, orejas, cuero cabelludo, cuello y ombligo.



Picadura de garrapatas

Qué hacer ✓

- ✓ Quitar la garrapata de inmediato y con cuidado.
- ✓ Retirar las patas con la ayuda de unas pinzas.
- ✓ Sacar suavemente la garrapata con un movimiento ascendente lento y constante.
- ✓ Asegurarse de que la garrapata está entera (cabeza, cuerpo y patas).
- ✓ Lavarse las manos y el sitio de la picadura usando agua tibia y jabón.
- ✓ Vigilar zona por si aparecen signos de infección o si presenta síntomas parecidos a la gripe.
- ✓ Acudir a un centro sanitario si no se es capaz de quitar la garrapata.

Qué no hacer ✗

- ✗ Usar calor porque lesiona la piel y no garantiza que las garrapatas se desprendan completamente.
- ✗ Usar métodos tradicionales para quitarla como alcohol, aceite, vaselina, gasolina, etc.
- ✗ Esperar a que se desprenda sola.
- ✗ Exprimir, aplastar o perforar el cuerpo, ya que sus fluidos pueden albergar bacterias.

12. HIPOGLUCEMIA

La **hipoglucemia** es la complicación más frecuente de la Diabetes Mellitus. Se produce al caer la cifra de glucosa por debajo de 70mg/dl capilar (60 mg/dl en sangre). Se acompaña de sintomatología motora y/o cognitiva, que remite tras la administración de glucosa.

Cuando la glucemia baja, el organismo pone en marcha una serie de hormonas que dan lugar a unos síntomas o señales de alerta.

Inicialmente (leve):

- Sensación de hambre
- Dolor de cabeza
- Sudoración fría
- Temblores
- Cambio de carácter
- Dolor abdominal

Si no se ha corregido (moderada):

- Dificultad para pensar o hablar
- Comportamientos extraños
- Visión borrosa
- Mareos
- Adormecimiento

Si sigue sin corregirse (grave):

- Alteración de la conciencia
- Convulsiones y coma

Nocturna: sospecha ante pesadillas, inquietud, cefalea matinal y/o glucemia elevada en ayunas.

Se puede llegar a la hipoglucemia por:

- Dosis excesiva de insulina
- Demasiado ejercicio
- No haber tomado alimento adecuado a la hora adecuada
- Por vómitos



Fuente: PNGWing. Diabetes

Qué hacer

Queremos lograr una subida rápida de los niveles de glucemia a un nivel seguro 100 mg/dl. Ante sospecha de hipoglucemia en la que no podemos realizar la prueba, actuaremos como si lo fuese.

Si el PACIENTE ESTÁ CONSCIENTE, la vía de administración de elección es la **vía oral**:

- ✓ Regla de los 15 en paciente consciente: administrar 15 g de glucosa vía oral, esperar 15 minutos. Y repetir evaluación y control.
- ✓ Si menor de 70 mg/dl, dar otros 15 g de glucosa. Valorar atención por el 112.
- ✓ Si han desaparecido los síntomas y glucemia mayor de 70 mg/dl, proporcionar hidratos de carbono de absorción lenta (pan, tres galletas maría, un vaso de leche entera, dos yogures naturales, una pieza de fruta).
- ✓ 15 gramos de **glucosa**: 2 sobres o tres terrones de azúcar, una cucharada miel, medio vaso de zumo o refresco no light, dos pastillas glucosport.

Si HAY DISMINUCIÓN DE CONSCIENCIA:

- ✓ PLS y aviso a 112.
- ✓ Glucagón I/M: muslo, glúteo, o brazo. No hace falta pellizcar ni angular la aguja. Efecto similar I/M o S/C (puede dar náuseas y vómitos).
- ✓ Glucosa nasal: introducir el aplicador hasta que los dedos toquen la nariz y presionar hasta que no se vea la línea verde.
- ✓ Aunque el paciente lleve sensor existe un desfase entre la glucosa intersticial (sensor) y la capilar.
- ✓ Punción preferentemente en el lateral del pulpejo y dedos hacia abajo.

Qué no hacer

- ✗ Elegir la vía oral si hay bajo nivel de conciencia.
- ✗ No lavar con alcohol el dedo para la medición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Universidad de Granada. MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS [Internet]. 2005 [citado 2024 May]. Disponible en: https://ssp.ugr.es/sites/servicios_files/sspri/public/inline-files/Manual-de-Primeros-Auxilios.pdf

2. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, Cheng A, Aziz K, Berg KM, et al. Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* [Internet]. 2020 Oct 20;142(16_suppl_2) [citado 2024 May]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000918>

3. Cegarra García M, Gómez Vázquez R, Arenas AB, Ameijeiras Bouza MDC, et al. Xunta de Galicia 061, urgencias sanitarias. Manual de Soporte Vital Avanzado [Internet]. 2005 [citado 2024 May]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr.%20Iglesias.pdf>

4. Coma-Canella I, García-Castrillo L, Ruano M. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar [Internet]. Sociedad Española de Cardiología; 1999 [citado 2024 Apr]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guias-de-actuacion-clinica-de-la-socieda-articulo-X0300893299001528-pdf-file>

5. Consell Català de Ressuscitació. CCR | Consell Català de Ressuscitació [Internet]. 2023 [citado 2024 Abr]. Disponible en: <https://ccr.cat/es/>

6. Perkins G, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021. Resumen ejecutivo. Traducción oficial del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) [Internet]. 2021 [citado 2024 May]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2021/09/RCP-Guias-ERC-2021-01-Resumen-Traduccion-oficial-CERCP.pdf>

7. Emergencias EPMU y. Actualización ERC 2021: nuevas recomendaciones RCP [Internet]. Urgencias y Emergencias. 2021 [citado 2024 May]. Disponible en: <https://www.urgenciasyemergen.com/actualizacion-erc-2021-nuevas-recomendaciones-rcp/>

8. Vázquez MJ. Guía de actuación en urgencias [Internet]. Casal JR, editor. 2012 [citado 2024 May]. Disponible en: <https://www.elteusindi.cat/wp-content/uploads/2016/05/Guia-de-Actuacion-en-Urgencias.pdf>

9. Abad F, Abejón R, et al. Manual y procedimientos de enfermería SUMMA 112 [Internet]. Comunidad de Madrid; [citado 2024 May]. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017720.pdf>
10. SAMUR - Protección Civil. Guía de Primeros Auxilios [Internet]. [citado 2024 May]. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/ApartadosSecciones/09_QueHacerEnEmergencias/Ficheros/Guia_PrimerosAuxilios_SAMUR.pdf
11. Moratal R. Emergencias Extrahospitalarias. 5ª ed. Madrid: MARBAN; 2021 [citado 2024 Jun].
12. Palabra de Enfermera. Ante una hemorragia, ¿cómo debemos actuar? [Internet]. 2016 Abr 19 [citado 2024 May]. Disponible en: <http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2016/04/19/ante-una-hemorragia-como-debemos-actuar/>
13. Luis J, Marco M, Ma A, Solé Gómez D. NTP 469: Primeros auxilios: hemorragias y shock. Introducción y objetivo [Internet]. [citado 2024 May]. Disponible en: https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/04/ntp_469.pdf
14. Mártir V, Sonia D, Martin G. Revisión bibliográfica narrativa sobre las técnicas de control de hemorragia masiva en la asistencia extrahospitalaria [Internet]. Universidad Católica de Valencia; [citado 2024 May]. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1262/TFG%20-%20Sonia%20Gadea%20Mart%C3%ADn.pdf>
15. López FJ, Villanueva V. Manual de Práctica Clínica en Epilepsia [Internet]. SEN grupo de epilepsia; 2019 [citado 2024 Jun]. Disponible en: <http://epilepsia.sen.es/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-Epilepsia-SEN-2019.pdf>
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria [Internet]. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2018 [citado 2024 Jun]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
17. Díez TE. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science, Sociedad Española de Neurología; 2006 [citado 2024 Jun]. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_oficial_para_el_diagnostico_y_tratamiento_del_ictus_2006.pdf
18. Prevención en Salud Proactiva. Primeros auxilios [Internet]. 2020 [citado 2024 Jul]. Disponible en: <https://prevencionsaludproactiv.com/2020/11/22/heridas/>
19. Servizo Galego de Saúde. Guía práctica de lesiones por quemadura. 2ª ed. [Internet]. [citado 2024 May]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-3186-es.pdf>

20. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. NTP 524: Primeros auxilios: quemaduras [Internet]. Moliné JL, Solé MD, editores. 1999 [citado 2024 Jun]. Disponible en: file:///Users/amaiacocabandres/Downloads/ntp_524.pdf

21. Valoración de la actuación sanitaria extrahospitalaria en accidentados trasladados a una unidad de grandes quemados [Internet]. 2006 [citado 2024 May]. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2007_19_3_129-35.pdf

22. Adam.com. Quemaduras [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov]. Disponible en: <https://ssl.adam.com/content.aspx?productid=618&pid=5&gid=000030&site=eep-aadse3.adam.com&login=EBIX2269>

23. Consejería de Salud y Familia, Servicio Andaluz de Salud. Protocolo Asistencial Picaduras [Internet]. 2025 [citado 2024 Jul]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sas_documento/2021/PICADURAS.pdf

24. UF Health. Insect bites and stings [Internet]. 2017 [citado 2024 Jul]. Disponible en: <https://ufhealth.org/conditions-and-treatments/insect-bites-and-stings>

25. Pastrana J, Blasco R, Erce R, Pinillos M, Ángel M, Echeverría P. Picaduras y mordeduras de animales. An Sist San Navarra [Internet]. 2003;26:225–42 [citado 2024 May]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/catorce.pdf>

26. Las Heras Mosteiro J, Luna González J. Actitud ante la picadura de garrapata [Internet]. 2011 [citado 2024 May]. Disponible en: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_140/492-498.pdf

27. PiCuida - Ciudadanía. ¿Qué hacer ante la picadura de una medusa? [Internet]. 2018 [citado 2024 Nov]. Disponible en: <https://www.picuida.es/ciudadania/ante-la-picadura-una-medusa/>

28. Adam.com. Mordeduras y picaduras de insectos [Internet]. 2017 [citado 2025 Nov]. Disponible en: <https://ssl.adam.com/content.aspx?productid=618&pid=5&gid=000033&site=eep-aadse3.adam.com&login=EBIX2269>

29. Asociación Americana de Diabetes. Estándares de Atención en Diabetes [Internet]. IntraMed; 2023 [citado 2024 Abr]. Disponible en: https://semst.org/wp-content/uploads/2023/04/guia-diabetes2023_.pdf

30. Fundación para la Salud Novo Nordisk España. Diabetes [Internet]. 2025 [citado 2024 May]. Disponible en: <https://www.fundacionparalasalud.org/diabetes>



COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERAS
DE NAVARRA

NAFARROAKO
ERIZAINEN
ELKARGO OFIZIALA