



Unitat de treball 2. Avaluació de l'estat de la víctima

PRIMERS AUXILIS



Què veurem en aquesta unitat de treball?

1. Valoració inicial

- Valoració primària
- Valoració secundària

2. Anatomia i fisiologia humana bàsica a Primers auxilis

3. Triatge

1. Valoració inicial

En la valoració de la víctima es distingeixen dues fases:

Valoració primària

Objectiu: comprovar si la víctima presenta lesions que suposin un perill imminent per la seva vida i prendre decisions que permetin una intervenció immediata. La valoració s'ha de realitzar:

- De manera ordenada, reproducible i sistemàtica.
- Ha de prioritzar les persones amb lesions de compromís vital.

ABCDE

Valoració secundària

Objectiu: examinar de manera sistemàtica al pacient per identificar signes i símptomes de patologies o lesions traumàtiques no detectades a la valoració primària.

Sempre es realitza després de la valoració primària.

Principis fonamentals



1. Utilitzar aproximació **ABCDE** o similars.
2. Realitzar una **valoració inicial completa** i, posteriorment, revalorar a la víctima amb regularitat.
3. Anar tractant els problemes que posen en risc la vida de la víctima abans de continuar amb l'avaluació.
4. Tenir esment de la **conducta PAS**.
5. Realitzar una **comunicació eficaç**.
6. L'objectiu principal d'aquesta atenció serà **mantenir amb vida a la víctima** i si és possible, aconseguir una millora en el seu estat.
7. Recorda que és necessari esperar uns minuts per tal de poder observar canvis un cop realitzades les accions pertinents.

VALORACIÓ PRIMÀRIA



Primeres passes

1. Assegura't de què pots intervenir amb **SEGURETAT**.
2. **OBSERVA** l'aspecte general de la víctima.
3. Realitzam una primera aproximació (menys de 30 segons).
 - Si està **despert**: demana com es troba.
 - Si es troba **inconscient**: sacseja i demani si es troba bé.

Si respon parlant amb normalitat la via aèria és permeable i té una bona perfusió cerebral.

Si respon parlant amb frases curtes pot tenir problemes respiratoris.

- Si **NO respon** és possible que la víctima es trobi molt greu.

VALORACIÓ PRIMÀRIA



No passam al següent nivell fins assegurar la funció de la funció correcta del nivell on esteim!!

A	AIRWAY (apertura vía aérea con control cervical)
B	BREATHING (respiración)
C	CIRCULATION (circulación y control de la hemorragia)
D	DISABILITY (neurológica)
E	EXPOSURE (exposición)

VALORACIÓ PRIMÀRIA

A (AIRWAY): OBERTURA DE LA VIA AÈRIA.

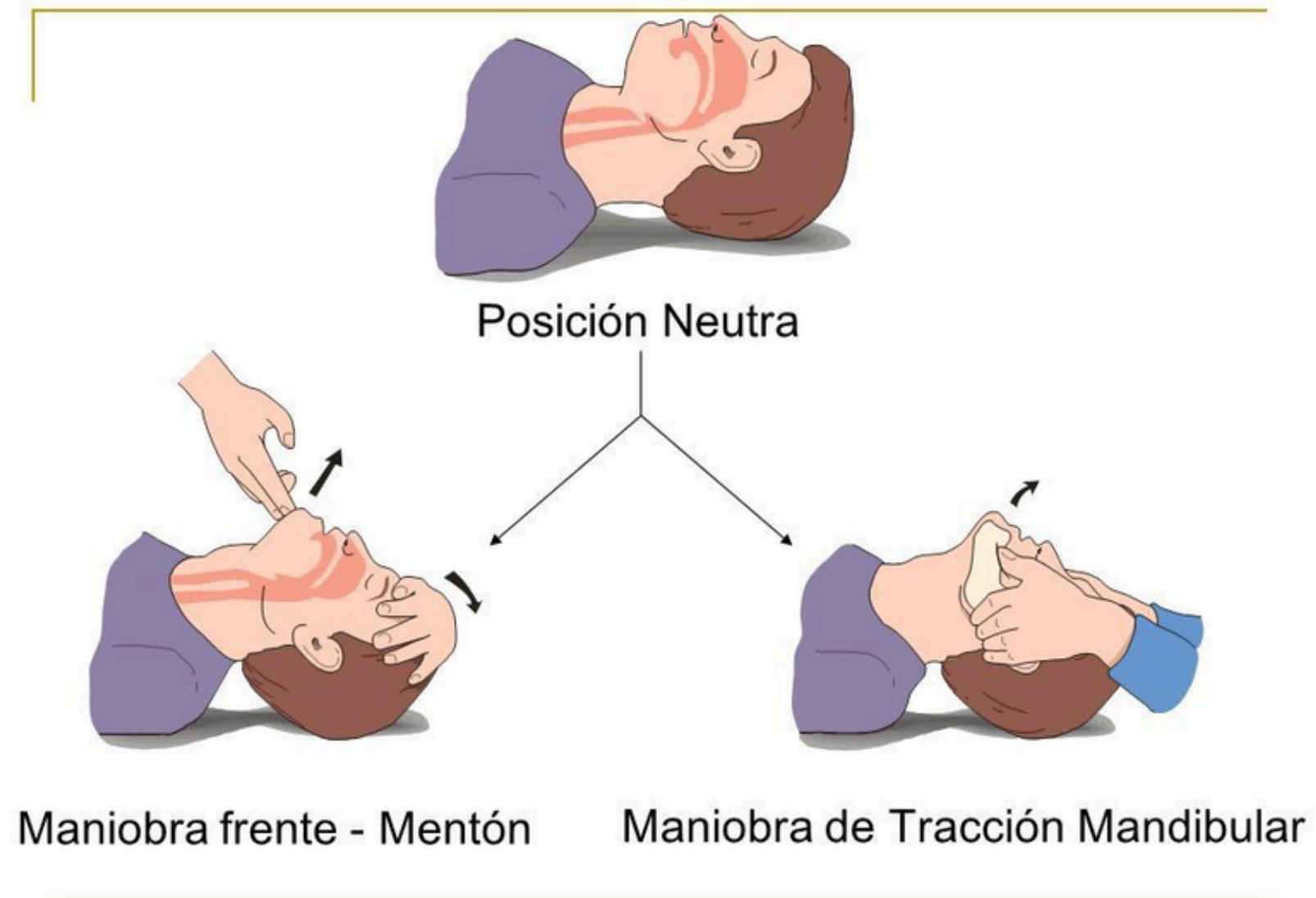
La finalitat de l'atenció de la via aèria és **identificar i eliminar qualsevol obstrucció parcial o completa de la via respiratòria per mantenir la seva permeabilitat**. Valorarem:

- Capacitat per emetre sons. **Si parla o crida → la VA és permeable.**
- Observar la presència d'edemes, traumatismes, presència de secrecions, objectes estranys.

Si la via aèria està obstruïda hem d'aplicar la **maniobra front-mentó**, però si sospitam de **lesió cervical** utilitzarem la **maniobra de tracció mandibular**.

VALORACIÓ PRIMÀRIA

A (AIRWAY): OBERTURA DE LA VIA AÈRIA.



VALORACIÓ PRIMÀRIA

B (BREATHING): RESPIRACIÓ.

Es detecta la qualitat de la respiració i si hi ha una bona ventilació i oxigenació.

S'ha de valorar si hi ha dificultat respiratòria:

- Valorar la **freqüència respiratòria (FR)**.
- Es mirarà si hi ha **ús de músculs accessoris**: músculs del coll, clavícula i abdominals).
- Observar el **color de la pell: cianosis o pal·lidesa**.
- Observar si hi ha dolor o renous anormals.

Podem monitoritzar amb un pulsioxímetre (SatO₂).



VALORACIÓ PRIMÀRIA

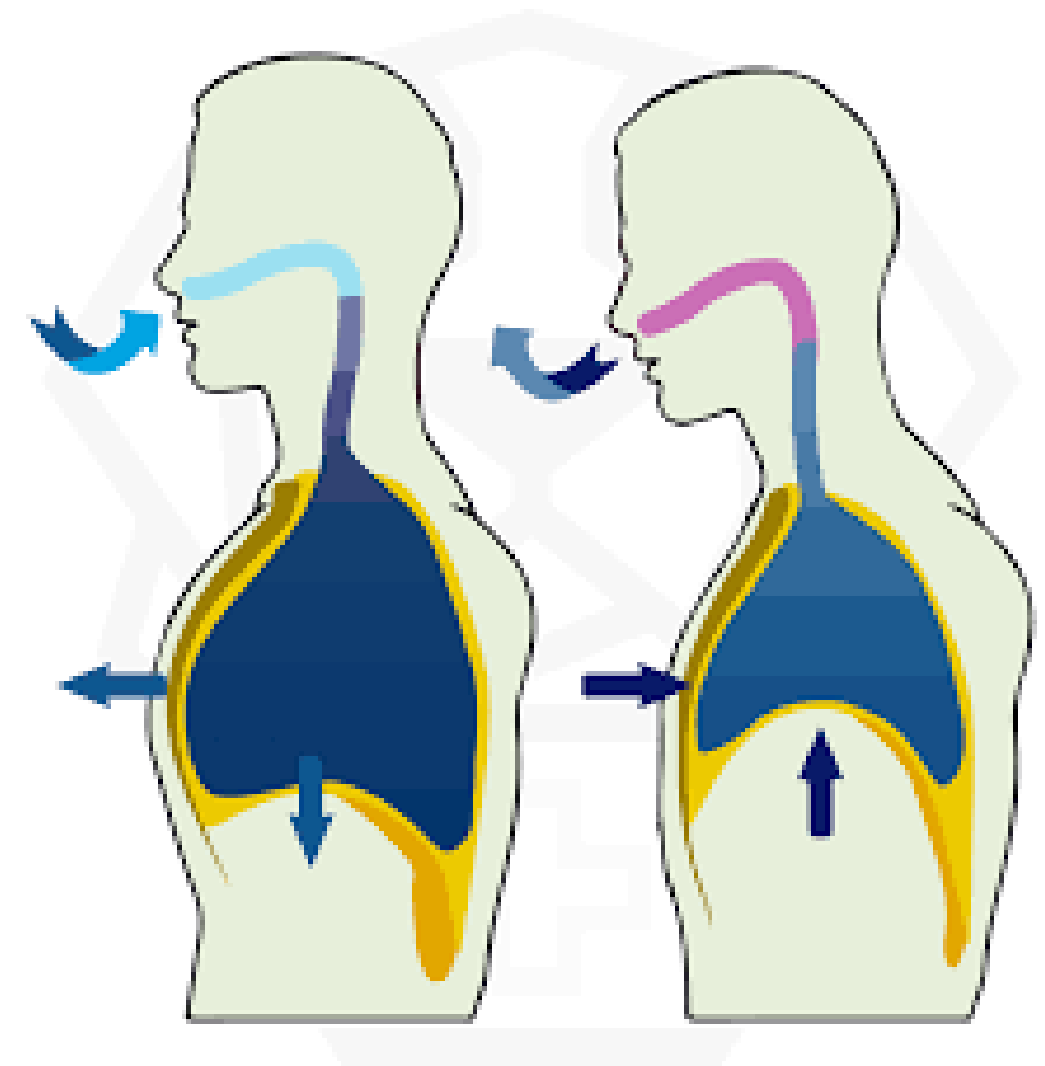
B (BREATHING): RESPIRACIÓ.

Freqüència respiratòria (FR): nombre de vegades que s'inspira cada minut.

- **FR normal adult:** entre 12-16 insp/min. A nadons: 40 insp/min. A mesura que creixen va disminuint i als 12 anys és similar als adults.

Com valoram?

- Durant 15 seg miram quantes vegades s'aixeca el tòrax i multiplicar per 4.
- Durant 30 seg miran quantes vegades s'aixeca el tòrax i multiplicar per 2.

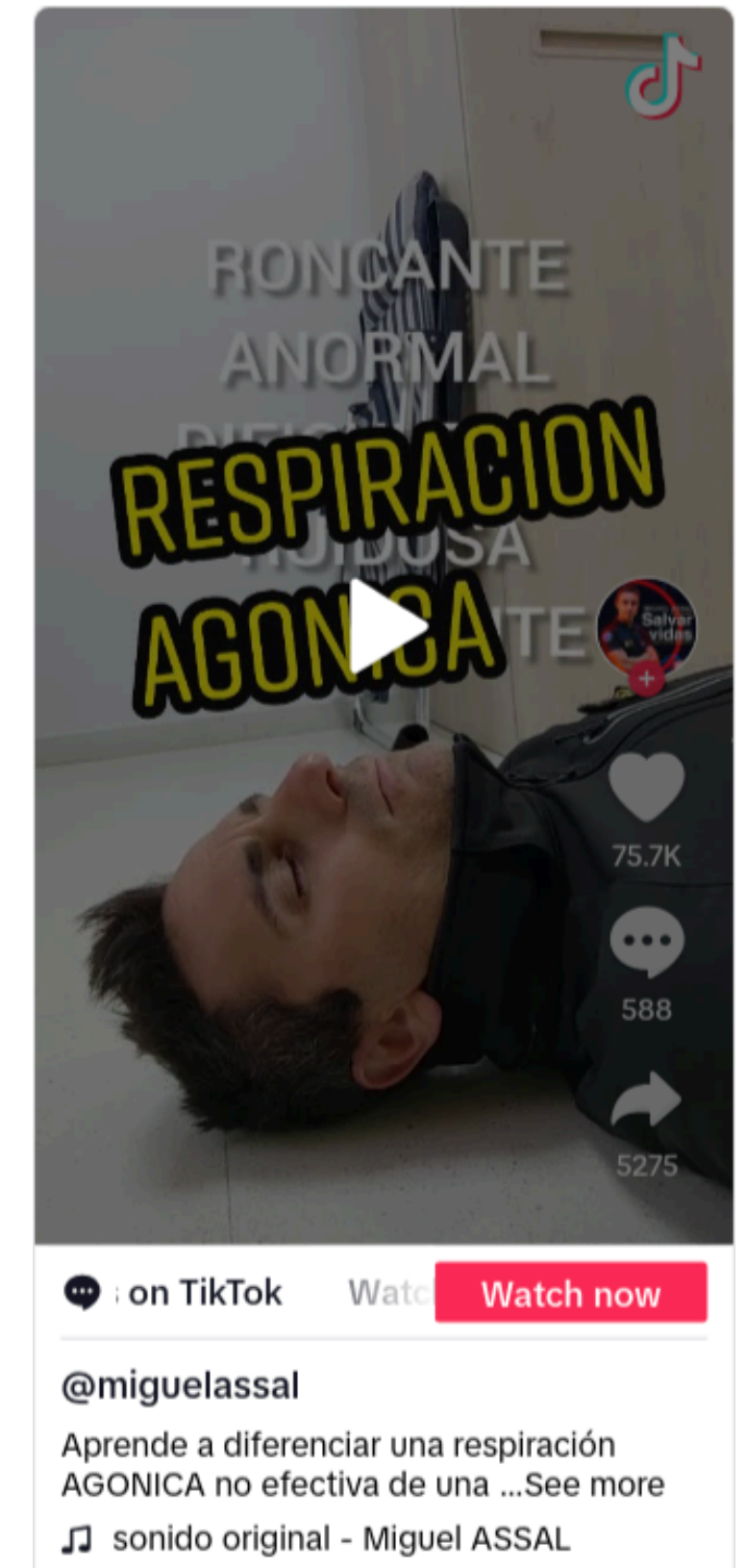


VALORACIÓ PRIMÀRIA

B (BREATHING): RESPIRACIÓ.

Freqüència respiratòria (FR):

- **Taquipnea:** respiració ràpida, major de 24 resp/min.
- **Bradipnea:** respiració lenta, menor de 10 resp/min.
- **Apnea:** absència de respiració.
- **Hipoventilació:** respiració superficial o massa lenta.
- **Hiperventilació:** respiració ràpida o profunda, pot deixar sensació de falta d'aire.
- **Dispnea:** dificultat respiratòria o falta d'aire.



VALORACIÓ PRIMÀRIA

B (BREATHING): RESPIRACIÓ.

Comprovar l'estat respiratori de les **víctimes inconscients**.
Amb la seqüència:

- **Veure**: observarem els moviments d'ascens i descens del pit.
- **Escoltar**: escoltarem l'aire entrant o sortint de les vies respiratòries.
- **Sentir**: sentirem l'aire espirat.

Comprovarem si la respiració és normal o si està alterada.
Aquest procés no ha de durar més de **10 segons**.

Si parla o crida → la VA és permeable.

L'absència de respiració és una atenció immedata (emergència!!)

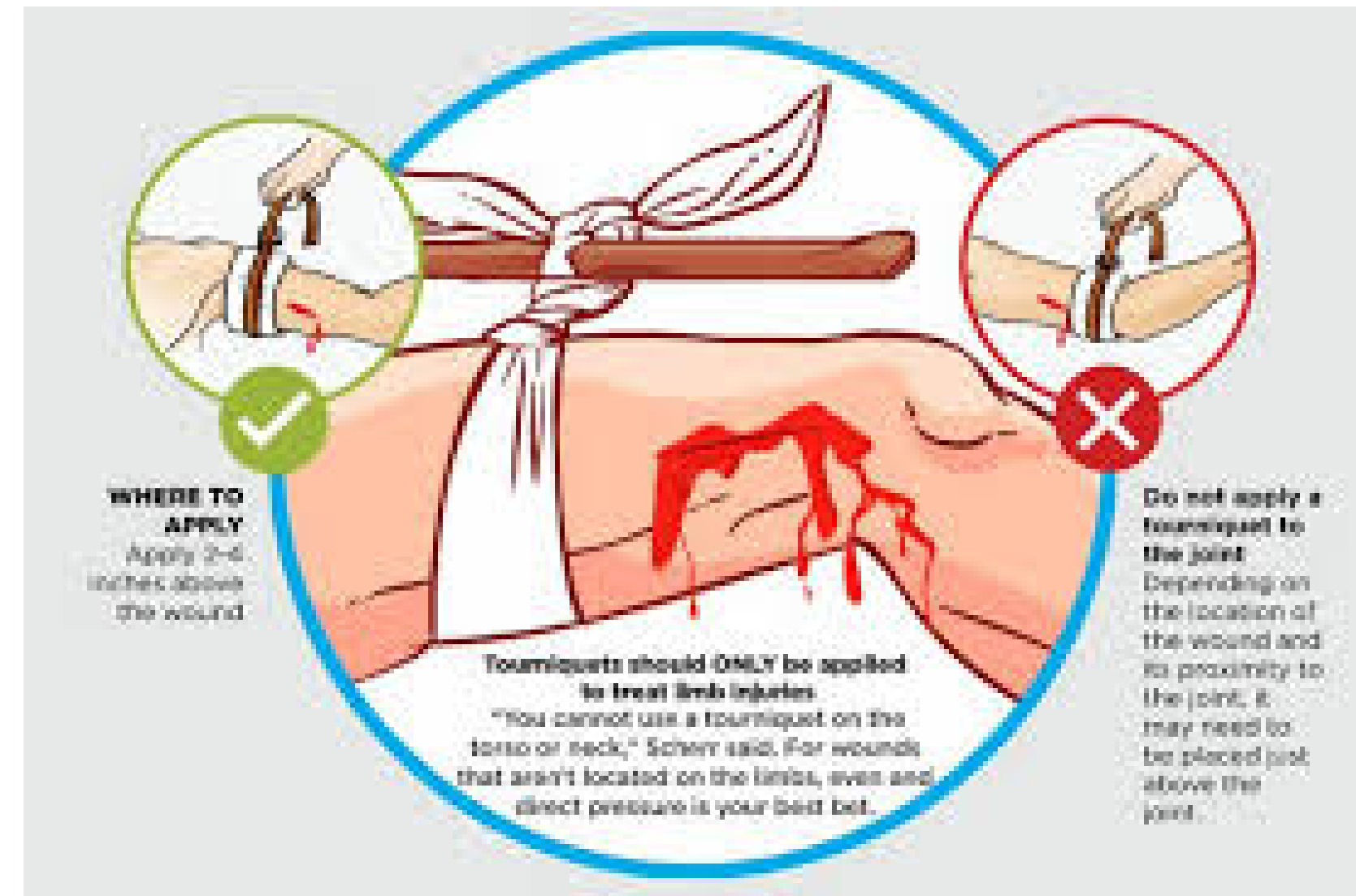


VALORACIÓ PRIMÀRIA

C (CIRCULATION): CIRCULACIÓ.

La finalitat és avaluar la circulació i la presència d'hemorràgies.

- Les **hemorràgies massives** són aquelles en les quals una pèrdua de sang pot desestabilitzar la víctima. S'ha de fer una hemostàsia precoç amb embenatge compressiu o torniquet.
- Valorarem **color de la pell**: pal·lidesa o altres alteracions.
- Podem **valorar el pols**: artèria caròtida o pols raquial.



VALORACIÓ PRIMÀRIA

C (CIRCULATION): CIRCULACIÓ.

El **pols** és la sensació d'elevació de la paret de les artèries que se pot sentir al tacte quan se pressiona una arteria del cos.

Les seves característiques són el reflexe de les contraccions del cor i podem valorar:

- **Freqüència**
- **Ritme**
- **Intensitat (dèbil o fort)**

En una persona sana, **la freqüència cardíaca (FC) normal és entre 60-70 batecs/min, es pot accelerar sense que sigui patològica fins a 100 bat/min.**



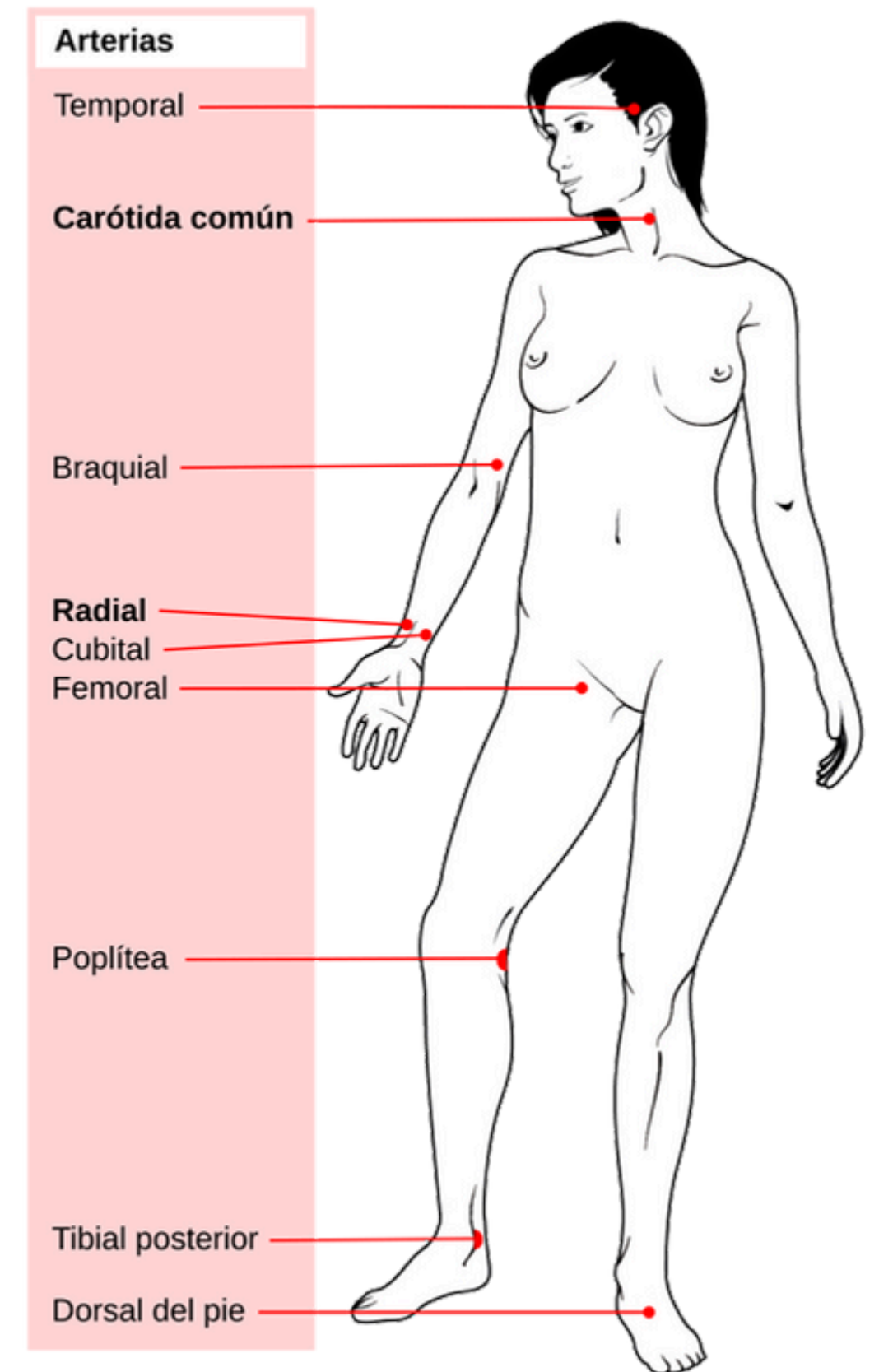
VALORACIÓ PRIMÀRIA

C (CIRCULATION): CIRCULACIÓ.

Mitjançant la valoració del pols i la seva localització podem fer una estimació ràpida de la pressió arterial sistòlica (PAS):

- **Presència de pols radial:** que si és presenta equival a una TA sistòlica de més de 80mmHg.
- **Presència de pols femoral:** que equival a una TA sistòlica de més de 70mmHg.
- **Presència de pols carotidi:** equival a una TA sistòlica de més de 60mmHg.

TA normal adult: 130/80 mmHg.



VALORACIÓ PRIMÀRIA

C (CIRCULATION): CIRCULACIÓ.

El **pols** en els primers mesos de vida és elevat, va disminuint així com creixem, fins que als 12 anys sol ser similar als adults.

Edad	FC	FR	TA media
Recién Nacido	95-145	40-60	40-60
3 meses	110-175	30-60	45-75
6 meses	110-175	24-40	50-90
1 año	105-170	22-34	50-100
3 años	80-140	22-34	50-100
7 años	70-120	18-30	60-90
10 años	60-110	18-30	60-90
12 años	60-100	18-30	65-95
14 años	60-100	18-30	65-95

Com ho valoram?

- Durant 15 seg miram quantes pulsacions i multiplicar per 4.
- Durant 30 seg miran quantes pulsacions i multiplicar per 2.

VALORACIÓ PRIMÀRIA

C (CIRCULATION): CIRCULACIÓ.

- **Emplenament capil·lar ha de ser inferior a 2 segons.** Si és major, hi ha mala perfusió tissular.

Com ho valoram?

1. Aplicam pressió a l'ungla fins que torni blanc.
2. Controlam el temps que tarda la sang a retornar al teixit.



Se aplica presión al lecho ungueal hasta que se vuelva blanco.

La sangre regresa al tejido



VALORACIÓ PRIMÀRIA

D (DISABILITAT): ESTAT NEUROLÒGIC.

Es valora l'estat neurològic:

- Valorar la consciència utilitzant l'escala AVDN:

A	Alerta, despierto, responde a la voz y está orientado
V	Responde a la voz, pero no está totalmente orientado
D	Responde solo a los estímulos dolorosos
N	No responde a ningún estímulo, inconsciente

VALORACIÓ PRIMÀRIA

D (DISABILITAT): ESTAT NEUROLÒGIC.

Estats de consciència:

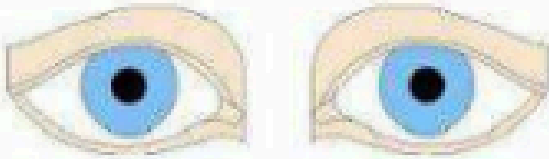

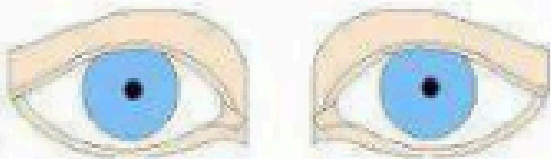
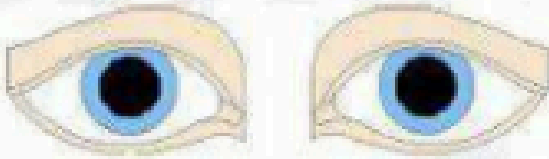
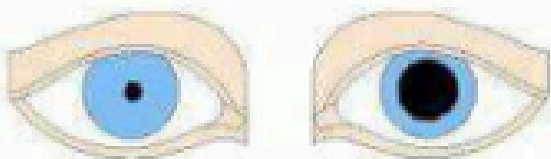
- **Alerta:** el pacient està orientat i respon bé als estímuls verbals i sensitius.
- **Somnolència o letargia:** la víctima respon a estímuls dolorosos i verbals simples, però no complexos.
- **Estupor:** hi ha resposta a estímuls dolorosos però no a estímuls verbals.
- **Coma:** no hi ha resposta ni a estímuls dolorosos ni verbals.



VALORACIÓ PRIMÀRIA

D (DISABILITATIU): ESTAT NEUROLÒGIC.

- Valoració de les pupil·les. Mesura, simetria i reactivitat:

Isocoria Pupils de igual tamaño		 Normales de 2 mm de diámetro
Miosis Contracción excesiva de las pupilas		Intoxicación por insecticida y drogas. Insolación.
Midriasis Dilatación excesiva de las pupilas		Falta de oxígeno Intoxicación por alcohol industrial
Anisocoria Pupils de tamaño desiguales.		Daño cerebral TCE o ECV

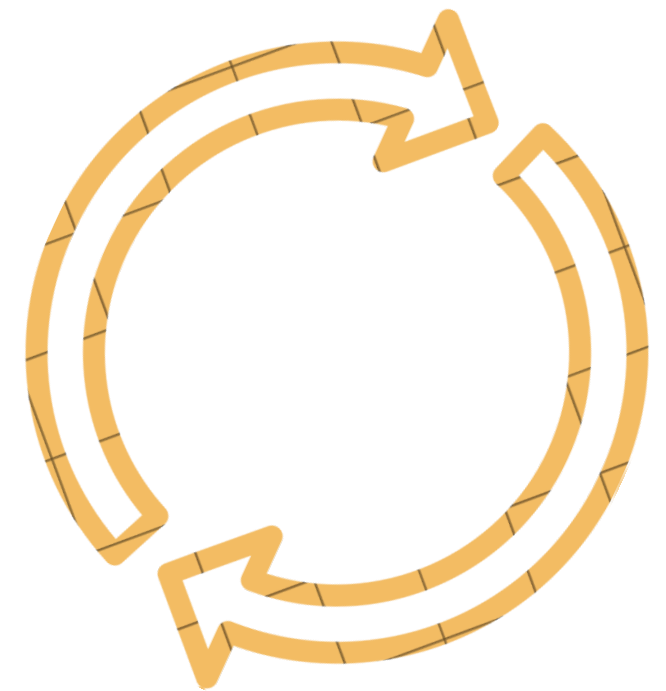
VALORACIÓ PRIMÀRIA

E (EXPOSITION): EXPOSICIÓ

La finalitat és descobrir signes de malaltia o lesió que no s'hagin detectat:

- Exposició de la víctima a l'entorn i protegir intimitat.
- Temperatura del pacient.
- Dolor: EVA de 0-10.
- Valorar tot el que no hàgim valorat fins el moment.

→ Una vegada acabada la valoració primària, anar revalorant tot el temps.



VALORACIÓ PRIMÀRIA



Clasificación de la fiebre - medida en axila

36,0 °C hasta 37,0 °C	Temperatura humana normal
37,1 °C hasta 38,1 °C	Febrícula
38,1 °C hasta 38,5 °C	Fiebre leve
38,5 °C hasta 39,0 °C	Fiebre moderada
A partir de 39,0 °C	Fiebre alta

E (EXPOSITION): EXPOSICIÓ

Temperatura: La temperatura normal se situa entre **36-37'5°C** quan es pren a l'axil·la o en l'oïda externa.

- En primers auxilis utilizarem la mà situada en el front o en una zona descoberta.

És important per saber si està refredant-se (hipotèrmia) o si té calor (cop de calor o insolació, hipertèrmia).

- **Persones majors, lactants i nins tenen un risc elevat que li pugi o baixi la temperatura fora dels límits.**

VALORACIÓ PRIMÀRIA

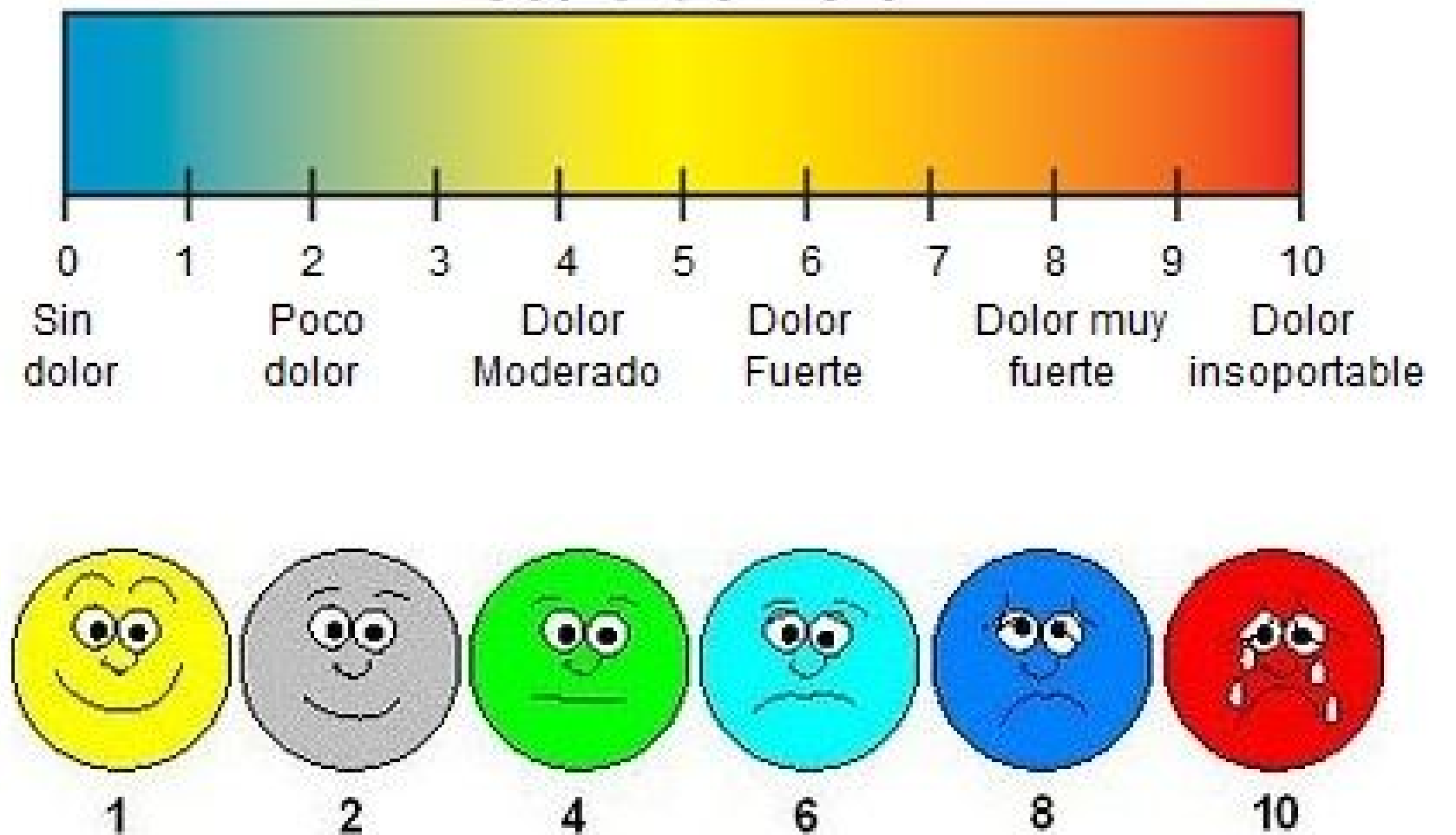
E (EXPOSITION): EXPOSICIÓ

Dolor = quina constant vital!!

Sempre que la persona es pugui comunicar, preguntar-li si té dolor i les seves característiques.

Es pot valorar el dolor mitjançant l'escala EVA.

Escalas de dolor



VALORACIÓ SECUNDÀRIA

Es realitza una vegada s'ha completat la valoració primària i només quan ho permeti l'estat de la víctima.

1. **Exploració física de tot el cos:** cercarem altres lesions que pugui tenir la víctima: fractures, ferides, cremades, contusions.

- Prestar atenció a:

- Zones doloroses: demanar intensitat del dolor i tipus.
- Moment en què ha aparegut el dolor.
- Duració.
- Detectar lesions ocultes.

2. Farem una **anamnesis** de la víctima.



VALORACIÓ SECUNDÀRIA

1. EXPLORACIÓ FÍSICA DE TOT EL COS:

- **Cap i cara**: valorar si hi ha presència de:
 - Hematomes i ferides
 - Sagnats o secrecions a foses nasals, oïdes o ulls (pot indicar fractura cranial o nasal)
 - Valorar agudeses visual
 - Seguir valorant les pupil·les
- **Coll**:
 - Cercar lesions o deformitats, ferides, rigidesa, desviació traqueal, dolor.
 - Es palparà evitant desplaçaments
 - Si presenta dolor no tocarem el pacient i intentarem fer control cervical.



VALORACIÓ SECUNDÀRIA

1. EXPLORACIÓ FÍSICA DE TOT EL COS:

- **Tòrax**: es realitzarà una inspecció visual i palpació de les costelles per descartar lesions, asimetries o qualsevol moviment no fisiològic.
 - Verificar moviments respiratoris i amplitud d'expansió.
 - Comprovar si hi ha ferides, deformitats, cossos estranys, etc.
- **Abdomen**: es valorarà la presència de:
 - Ferides, contusions, objectes clavats, sortides de vísceres, signes de distensió abdominal (sensació de plenitud o inflamació), presència de l'abdomen en taula.
 - **Abdomen en taula o abdomen agut: quadre patològica d'extrema gravetat que requereix tractament urgent!!**

VALORACIÓ SECUNDÀRIA

1. EXPLORACIÓ FÍSICA DE TOT EL COS:

- **Extremitats:** s'inspeccionaran les extremitats superiors i inferiors i es cercaran lesions, fractures, etc. Es verificarà el color, temperatura, sensibilitat i mobilitat.
 - Per comprovar la mobilitat de les cames: demanar a la víctima que faci força amb la planta dels peus contra la nostra mà.
 - Per comprovar la mobilitat de les extremitats superiors: demanar a la víctima que faci força amb la seva mà sobra la nostra.
 - Si no té mobilitat: podem sospitar que existeix una afecció en la medul·la espinal.

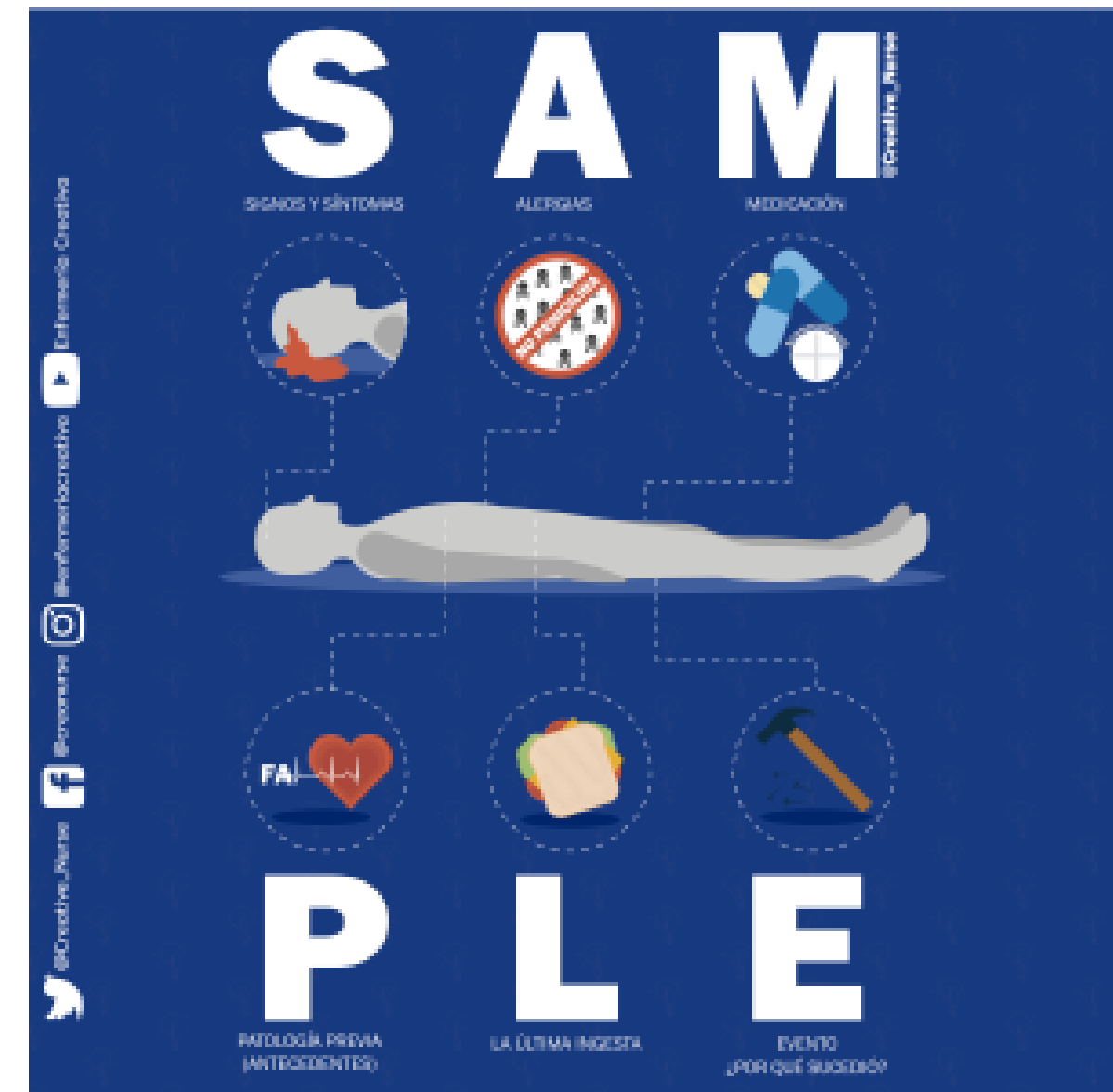


VALORACIÓ SECUNDÀRIA

2. ANAMNESIS

L'entrevista amb el pacient es duu a terme mentre es fa la valoració física. A vegades, en situacions d'urgència no podem demanar informació a la víctima, podem entrevistar a família o testimonis.

- **SAMPLE:** resulta útil per organitzar i obtenir informació adequada sobre el pacient.
 - S: signes i símptomes
 - A: al·lèrgies
 - M: medicació
 - P: patologies prèvies
 - L: darrera ingesta
 - E: esdeveniment, què ha passat?





- **SIGNE:** és una evidència objectiva de la presència d'una malaltia o desordre. Per exemple, hipertensió arteril, pujada de la temperatura (febre). És un signe objectiu, ja que es pot mesurar.

VS

- **SÍMPTOMA:** és una sensació subjectiva o canvi de l'estat de salut d'una persona que només ella percep. Per exemple, el dolor, la picor, el cansament o el malestar, i per tant, no es poden mesurar.

CASOS CLÍNICS

Pensa a aplicar tots els coneixements de la UT 1: PAS, etc.

Cas clínic 1. Una persona ha estat involucrada en un accident de trànsit. Quan arribes al lloc dels fets, la víctima està conscient però sembla desorientada. Presenta una ferida oberta al cap i sagnat moderat.

Cas clínic 2. Una persona amb asma està en una crisi asmàtica. La veus tossint i amb dificultat per respirar. Porta el seu inhalador a la mà.

Cas clínic 3. Un treballador ha patit una descàrrega elèctrica mentre estava manipulant equipament. Al teu arribada, es troba a terra, inconscient, i hi ha signes visibles de cremades a les mans.

3. TRIATGE

Valoració primària

El **TRIATGE** és definit pel Consell Espanyol de Triatge prehospitalari i Hospitalari com "**la classificació de víctimes en diferents categories segons la seva gravetat i pronòstic vital, per a determinar la prioritat d'estabilització i evacuació**".

El seu principi és **salvar el major nombre de vides possible**, optimitzant els recursos disponibles i amb això, permetre posar ordre a l'assistència inicial en els Incidents amb Múltiples Víctimes.

OBJECTIUS DEL TRIATGE:

- Actuar amb rapidesa en el lloc de l'accident.
- Classificar els ferits segons el seu grau de gravetat.
- Atendre a les víctimes de major gravetat.
- Facilitar als equips de rescat una visió global de la situació.

CARACTERÍSTIQUES DEL TRIATGE:

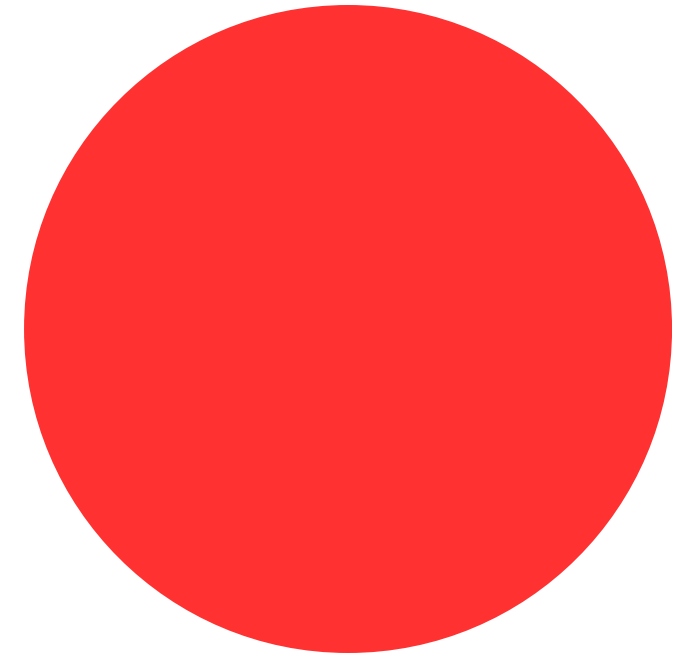
- **Adaptat a les circumstàncies de l'incident:** si es pot fer in situ o no.
- **Precoç i ràpid:**
 - No més de 30 segons amb un cadàver.
 - 60 segons en una víctima lleu.
 - 2-3 minuts per víctima greu.
- **Ordenat:** seguir un ordre i no deixar ningú sense classificar.
- **Unidireccional:** avançar d'una àrea assistencial a la següent, no tornar enrera.
- **Anterògrad:** no tornar a triar una víctima que està triada a la mateixa àrea.
- **Dinàmic i permanent:** es durà a terme durant tot el procés assistencial.
- **Complet:** ningú ha de quedar fora triar.

CATEGORIZACIÓ DEL TRIATGE: S'ESTABLEIX AMB COLORS.

VERMELL

- Són víctimes amb risc vital, inestables i potencialment recuperable.
- Requereixen estabilització immediata.
- Prioritat I: primera prioritat per l'estabilització i evacuació.
- Temps d'atenció no superior a 5 minut.

Aturada cardiorespiratòria, Shock hipovolèmic, presència d'hemorràgies actives internes, cremades de més del 20% de la superfície corporal, lesions penetrants en el tòrax, obstrucció de la via aèria.

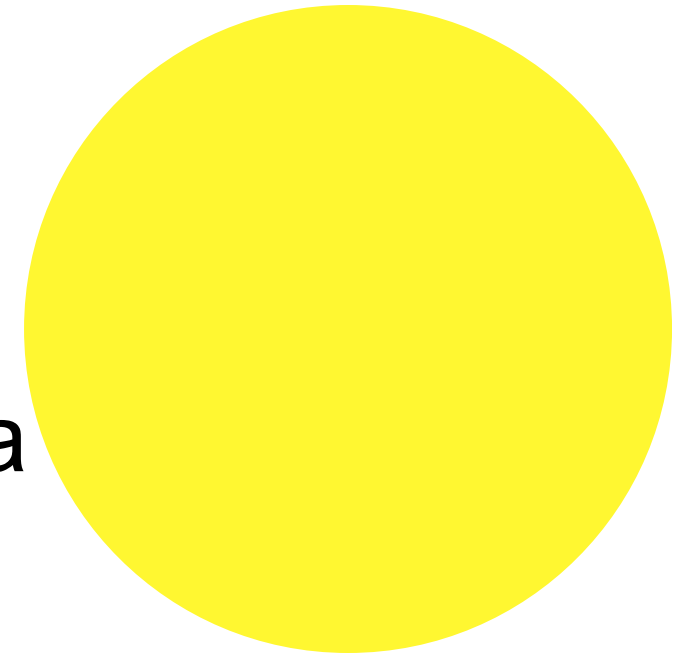


CATEGORIZACIÓ DEL TRIATGE: S'ESTABLEIX AMB COLORS.

GROC

- Són víctimes greus però estables.
- Necessiten atenció mèdica urgent, però poden esperar alguna hora sense posar en risc la seva vida.
- Prioritat II: seran els segons en ser evacuats i tractats.

Ferides abdominals obertes, politraumatismes, traumatisme craneoencefàlic (TCE), fractura de membres inferiors, pacients amb torniquet realitzat, cremades amb extensió del 20% de la superfície corporal.



CATEGORIZACIÓ DEL TRIATGE: S'ESTABLEIX AMB COLORS.

VERD

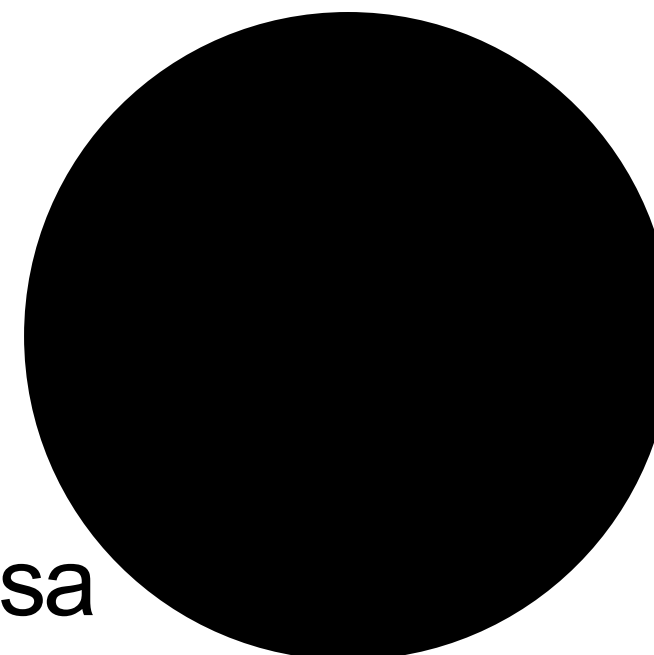
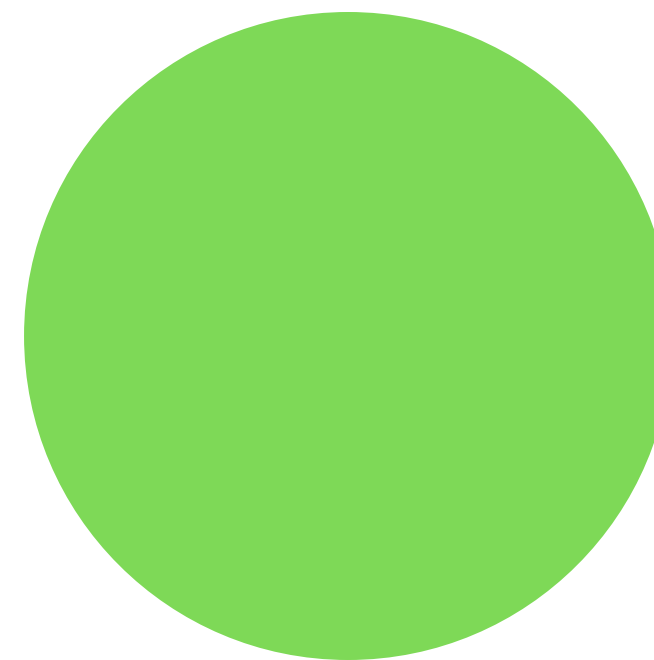
- Són víctimes deambulants que presenten signes vitals estables.
- El seu tractament pot esperar durant hores.
- Prioritat III.

Pacient amb policontusions sense compromís, fractures tancades d'ossos.

NEGRE

- Víctimes que agonitzen o han mort.
- No es dedica cap esforç assistencial fins que totes les altres víctimes s'hagin assistit.
- Prioritat IV.

Aturada cardiorespiratòria no presenciada, TCE amb sortida de massa encefàlica, "fallo" multiorgànic.



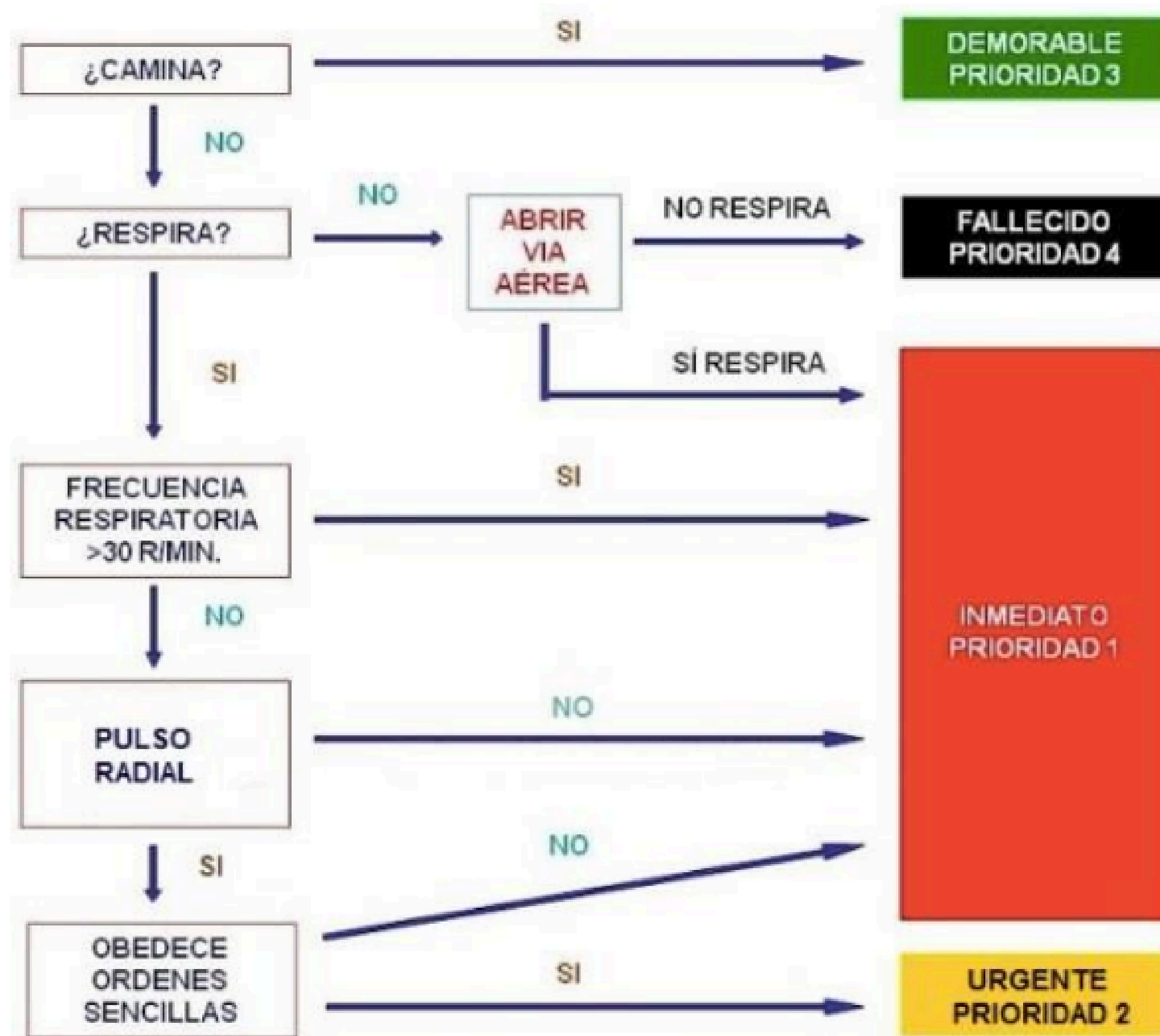
TIPUS DE TRIATGE

- **Bipolar:** Estableix dues ramificacions, útil en els primers moments de l'incident. Per exemple, els que caminen dels que no.
- **Tripolar.** Estableix tres ramificacions. Per exemple, els que caminen i responen, els que responen i no caminen, els que no responen i tampoc caminen.
- **Tetrapolar.** Estableix 4 categories segons el seu estat clínic, és el més utilitzat. Vermell, groc, verd i negre. **Triatge START.**

TIPUS DE TRIATGE



TRIATGE START



Si dubtam de a quina categoria classificar una víctima, sempre s'inclourà a la categoria més GREU!