

Primers auxilis 2015

Abel Martínez Mejías¹, Sergio Alonso Fernández², Jordi Fàbrega Sabaté³, Silvia Zambudio Sert⁴, pel Comitè d'RCP de la Societat Catalana de Pediatria

¹ Servei de Pediatria, Hospital de Terrassa, Consorci Sanitari de Terrassa; Terrassa (Barcelona). ² Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). ³ Fundació Sant Hospital; La Seu d'Urgell, Lleida). ⁴ Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Althaia; Manresa, (Barcelona)

Introducció

Tradicionalment s'ha parlat de primers auxilis (PA) com una sèrie de tècniques aplicades a les víctimes d'accidents, quasi sempre basades en el sentit comú o en tradicions de poca fonamentació científica i proveïdes per persones amb molt bona voluntat i iniciativa (bons samaritans), però a les quals no sempre s'ha donat una formació especialitzada. D'altra banda, tenim la víctima, aquella persona que per lesió o malaltia es troba en una situació vulnerable i de risc, i a qui en moltes circumstàncies rebre una primera atenció precoç i adequada pot significar la diferència entre la mort i la vida, amb seqüeles més o menys discapacitants o sense.

L'ensenyament dels PA sempre havia estat una de les tasques arreu del món que quedava en mans d'organitzacions que feien servir voluntaris o socorristes que omplien l'espai que l'administració deixava buit (esdeveniments esportius o socials, llocs de socors a carreteres o ciutats, transports secundaris en zones rurals, etc.). En general, la institució més activa sempre havia estat la Creu Roja, tot i que també ho eren altres organitzacions, com Protecció Civil, Samaritans o cossos de bombers, depenent dels països. En general, els coneixements formaven part d'uns curssets que eren donats pels voluntaris i amb manuals moltes vegades d'abast local poc actualitzats i basats en l'experiència personal.

La introducció del concepte de suport vital ha ampliat el de reanimació cardiopulmonar (RCP) i això inclou: aplicar les mesures preventives d'accidents, activar els sistemes d'ajuda d'emergència, actuar de forma precoç en les situacions de risc vital i periaturada, saber fer de forma unificada les tècniques d'RCP i assegurar l'aplicació de cures postressuscitació. Aquest canvi conceptual ha comportat que els últims anys els PA siguin

considerats un tema important que les societats científiques han de promocionar i consensuar, i no tan sols per a la població general, sinó també per als professionals sanitaris. Les recomanacions sobre el tema publicades a diferents guies internacionals els últims anys i a Europa han estat recollides per primera vegada a les guies de l'*European Resuscitation Council* (ERC) 2015¹.

Actualment podem definir com PA totes les actituds d'ajuda i cures inicials que es proporcionen en cas d'una malaltia o una lesió que ha tingut lloc de forma sobtada, i que poden ser iniciats per qualsevol persona en qualsevol situació. Aquesta definició ha estat elaborada i consensuada pel Grup de Treball Primers Auxilis de l'*International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) el 2015 i inclou la necessitat de reconèixer lesions i malalties, el requisit de desenvolupar una base d'habilitats específiques i la necessitat que els que proporcionin primers auxilis administrin atenció immediata i, simultàniament, activin els serveis mèdics d'emergència o un altre tipus d'atenció mèdica que es consideri necessària.

Es defineix com a proveïdor de PA la persona que hagi rebut una formació i un entrenament en primers auxilis que li permeti:

- Reconèixer, avaluar i prioritzar la necessitat dels PA.
- Proporcionar les cures utilitzant les competències adequades (coneixements, habilitats i actituds).
- Reconèixer les limitacions i buscar una atenció addicional quan calgui.

Els objectius dels PA són preservar la vida, alleugerir el sofriment, prevenir més danys i promoure la recuperació. Segons l'ILCOR, els PA han de tenir una base mèdica fundada o basada en l'evidència o, en el pitjor dels casos, en l'opinió d'experts, però el seu àmbit d'aplicació

Els membres del Comitè d'RCP de la Societat Catalana de Pediatria se citen al final del text d'aquest article.

Correspondència: Abel Martínez Mejías
Servei de Pediatria.
Hospital de Terrassa, Consorci Sanitari de Terrassa
Ctra. Torrebonica, s/n. 08227 Terrassa (Barcelona)
amartinez@cst.cat

Martínez-Mejías A, Alonso-Fernández S, Fàbrega-Sabaté J, Zambudio-Sert S, pel Comitè d'RCP de la Societat Catalana de Pediatria.
Primers auxilis 2015.
Pediatr Catalana. 2016;76(4):171-6.

no ha de ser purament científic i estarà influenciat pels diferents plans de formació i per les limitacions legals i reglamentàries de cada zona d'aplicació. Per tant, és variable i s'ha de definir segons les circumstàncies, les necessitats i els requisits legals dels diferents països o regions.

Una mica d'història

L'octubre del 1999, l'*American Heart Association (AHA)*, que ja estava treballant molt activament en les guies de suport vital, va nomenar un grup de treball per donar als PA una direcció basades en l'evidència. Els objectius del grup de treball van ser reduir la morbiditat i la mortalitat a causa d'esdeveniments d'emergència i presentar un curs que combinés els PA amb les recomanacions sobre suport vital bàsic (SVB) i desfibril·lació automatitzada, en aquell moment incipient. Van analitzar l'evidència científica que responia a les preguntes següents:

1. Quines eren les condicions d'emergència més comunes que conduïen a morbiditat i mortalitat significatives?
2. En quines d'aquestes condicions d'emergència la morbiditat o la mortalitat es podien reduir per la intervenció d'un llec («lay person») entrenat en algunes tècniques?
3. Com era de forta l'evidència científica que mostrava que les intervencions fetes per un "socorrista" eren segures i efectives?

En aquell moment, el grup de treball va definir els PA com les avaluacions i intervencions que podia dur a terme una persona que presència un incident amb un equip mínim fins que arribés el personal mèdic apropiat, donant per fet que l'administració de PA no havia de comportar un retard en l'activació dels sistemes d'emergències mèdiques o d'un altre tipus d'assistència mèdica o professional. Van considerar l'educació en PA imprescindible i universal i es va afirmar que tothom pot aprendre primers auxilis i tothom hauria de fer-ho.

En les primeres referències es van abordar inicialment les situacions d'emergència en els adults, molt orientades al món laboral, i es van emetre recomanacions sobre cremades, accidents elèctrics, intoxicacions, hemorràgies, alteracions de consciència, trauma cranial i espinal, convulsions i lesions musculoesquelètiques. Així va ser publicat a la revista *Circulation* l'any 2000, juntament amb les guies de suport vital².

El 2004, l'*AHA* i l'*American Red Cross* van cofundar la *National First Aid Science Advisory Board*, que posteriorment es va internacionalitzar. Aquest consell assessor en ciència aglutinava unes vint-i-quatre organitzacions mèdiques, militars i de protecció civil dels Estats Units, el Canadà i Austràlia per revisar i avaluar la literatura científica sobre primers auxilis. Els objectius i la metodologia van ser similars al que havien iniciat uns anys abans el grup de treball, i van publicar els seus resultats com a recomanacions de tractament

consensuades a les guies de suport vital a la revista *Circulation* l'any 2005³. Això es va fer amb el clar compromís que la informació publicada representava un resum de consens de l'evidència científica corresponent a les intervencions de PA comunes a aplicar per tots. Aleshores, a la definició de PA que ja existia s'hi va afegir la definició de proveïdor de PA com algú amb formació en primers auxilis o atenció d'emergència, o l'atenció mèdica que proporciona PA. En el mateix sentit es va seguir treballant per implementar els PA i l'any 2010 es va publicar una nova revisió a la revista *Circulation*⁴, aprofitant les guies de suport vital d'aquell moment.

L'*International First Aid Science Advisory Board* va seguir treballant fins l'any 2013, quan es va formar dins de l'*ILCOR* el *First Aid Task Force*, format per catorze representants de sis organitzacions internacionals amb especial rellevància de l'*AHA* i de l'*American Red Cross*, per seguir revisant i avaluant la literatura científica sobre els PA de cara al desenvolupament de directrius internacionals de PA. Aquest grup de treball de l'*ILCOR* va emetre vint-i-dues recomanacions, incloent-hi per primer cop el consell per activar l'ajuda, la possibilitat de donar tractament farmacològic o solucions glucosades o electrolítiques, i la presència més nombrosa de recomanacions per edats pediàtriques. Aquestes recomanacions de consens han estat adaptades per tots els consells de ressuscitació nacionals i publicats a les diferents revistes juntament amb les guies de SVB 2015^{1,5}.

El procés a Europa va ser més lent. Durant els anys noranta, algunes organitzacions com la *Sant John Ambulance* o la *British Red Cross* havien desenvolupat cursos amb objectius similars als americans, però no va ser fins a principis dels anys 2000 que la *Belgian Red Cross-Flanders* va iniciar un projecte liderat per Stijn Van de Velde. Es va crear un grup de treball amb representació de les principals societats nacionals de la Creu Roja, incloent-hi Espanya, emparat per la Federació Internacional de la Creu Roja i la Mitja Lluna Roja (IFRC). Es van analitzar onze dels ítems més clàssics i comuns: mesures de seguretat, mobilització de víctimes, avaluació inicial i sol·licitud d'ajuda, PA psicossocials, prevenció de la infecció, hemorràgies, ferides, cremades, trauma cranial i espinal, trauma musculoesquelètic i intoxicacions digestives. Es va utilitzar la metodologia de la medicina basada en l'evidència i el model *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, i es van revisar des d'estudis científics i rigorosos publicats fins al moment fins a consells dels especialistes i experts en la matèria. L'objectiu principal era determinar les tècniques i els procediments més eficaços, segurs i factibles de PA i formular recomanacions vàlides per a la formació, i alhora unificar l'ensenyament a la població en un context europeu, com a baula fonamental de l'anomenada «cadena de supervivència» que havia posat en marxa l'European Resuscitation Council amb les seves guies sobre suport vital. A partir d'aquí es van elaborar una

sèrie de recomanacions segons el grau d'evidència que tenien, que l'IFCR va publicar en forma de manual, l'*European First Aid Manual (EFAM)*, l'any 2006 i la revista *Resuscitation* el febrer del 2007⁶. Per a la població europea va significar trencar molts dels vells tòpics.

Ja els últims anys, i atès que l'ERC és membre actiu de l'ILCOR, les recomanacions en PA han estat incorporades de manera progressiva a les seves publicacions fins al punt que l'any 2015¹ es va incloure per primera vegada una secció de PA a les guies ERC.

Primers auxilis per a les emergències mèdiques

Col·locació d'una víctima inconscient però que respira

S'han comparat diverses posicions laterals de seguretat, però globalment no ha estat possible identificar diferències significatives entre si.

Es recomana col·locar les víctimes que estan inconscients però respiren amb normalitat en una posició lateral de recuperació –tradicionalment, posició lateral de seguretat (PLS)–, recolzats sobre el seu costat, en lloc de deixar-los en posició supina. En determinades situacions, com ara una respiració agònica relacionada amb la ressuscitació o en un traumatisme, pot no ser adequat col·locar l'individu en la posició de recuperació.

Col·locació òptima d'una víctima en estat de xoc

Recomanació de col·locar els individus que estan en estat de xoc en posició supina. Si no hi ha cap evidència de traumatisme, cal utilitzar l'elevació passiva de les cames per proporcionar una millora addicional i transitòria dels paràmetres vitals; no s'ha determinat del tot quina és la importància clínica d'aquesta millora transitòria.

Administració d'oxigen als primers auxilis

No hi ha indicacions directes per a l'ús d'oxigen suplementari per part dels proveïdors de primers auxilis. L'oxigen suplementari podria tenir efectes adversos que complicarien el curs de la malaltia o que fins i tot podrien empitjorar els resultats finals. Si s'utilitza, l'oxigen suplementari només hauria de ser administrat per proveïdors de primers auxilis que hagin estat adequadament entrenats en el seu ús, amb la recomanació de monitorar-ne els efectes.

Administració de broncodilatadors

En l'asma, s'ha demostrat que l'administració d'un broncodilatador disminueix el temps fins a la resolució dels símptomes en infants, i redueix el temps fins a la millora subjectiva de la dispnea en adults joves asmàtics. Caldria ajudar les persones que tenen asma a administrar-se el broncodilatador quan tinguin dificultats

per respirar. Els proveïdors de primers auxilis haurien d'estar entrenats en els diversos mètodes d'administrar un broncodilatador.

Reconeixement de l'ictus

L'ictus és una lesió del sistema nerviós central no traumàtica, focal i de causa vascular, i habitualment té com a conseqüència un dany permanent en forma d'infart cerebral, hemorràgia intracerebral i/o hemorràgia subaracnoïdal, situació típica però no exclusiva dels adults. L'ingrés ràpid en un centre de tractament de l'ictus i el tractament precoç milloren de forma important el resultat final, i això reforça la necessitat que els proveïdors de primers auxilis reconeguin ràpidament els signes de l'ictus.

Hi ha una bona evidència que l'ús d'alguna eina que avalui la situació de l'ictus, com ara les escales de puntuació, millora el temps que transcorre fins al tractament definitiu. L'ERC recomana utilitzar un sistema d'avaluació de l'ictus per reduir el temps necessari per a la identificació i el tractament definitiu als individus amb sospita d'un ictus agut.

Els proveïdors de primers auxilis haurien de ser entrenats en l'ús d'algun d'aquests mètodes, per ajudar-los a identificar precoçment l'ictus: el *Face, Arm, Speech Tool (FAST)* que avalua l'afectació de la cara, el braç i la parla; o la *Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale (CPSS)*. Cal recordar que en el nostre entorn disposem del *Codi Ictus* i la proposta equivalent: RAPID (Riu, Aixeca, Parla, Ictus, Depressa).

Administració d'aspirina per al dolor toràcic

L'administració precoç d'aspirina en l'àmbit prehospitalari, dins les primeres hores des de l'inici del dolor toràcic a causa d'un possible infart de miocardi, redueix la mortalitat cardiovascular. En l'àmbit prehospitalari, es recomana administrar entre 150 i 300 mg d'aspirina oral o masticable de forma precoç a tots els adults amb un dolor toràcic provocat per un possible infart de miocardi (SCA/IAM). Hi ha un risc relativament baix de complicacions, sobretot d'anafilaxi i d'hemorràgia greu. No s'hauria d'administrar aspirina als pacients que tinguin una al·lèrgia o contraindicació conegudes al medicament. No s'hauria d'administrar aspirina als adults que tinguin un dolor toràcic de causa no aclarida. L'administració precoç d'aspirina no hauria de retardar mai el trasllat del pacient a un hospital per rebre el tractament definitiu.

Administració d'una segona dosi d'adrenalina per a l'anafilaxi

L'anafilaxi és una reacció al·lèrgica potencialment fatal que cal identificar i tractar de forma immediata. L'adrenalina reverteix les manifestacions fisiopatològiques de l'anafilaxi i segueix sent el fàrmac més important, sobretot si s'administra durant els primers minuts d'una reacció al·lèrgica greu. En l'àmbit prehospitalari,

l'adrenalina s'administra mitjançant autoinjectors pre-carregats que contenen una dosi de 300 mcg d'adrenalina per a adults o infants de més de 25 kg, i de 150 mcg per a infants entre 10 i 25 kg, aproximadament. Són dispositius per a l'autoadministració per via intramuscular, o per ser injectats per un proveïdor de primers auxilis degudament entrenat. Caldria administrar una segona dosi d'adrenalina per via intramuscular als individus que presenten un episodi d'anafilaxi a l'entorn prehospitalari i que no han millorat al cap de 5-15 minuts d'haver rebut una primera dosi d'adrenalina per via intramuscular mitjançant un autoinjector. També pot ser necessari administrar una segona dosi d'adrenalina si els símptomes reapareixen.

Tractament de la hipoglucèmia

En els pacients diabètics, la hipoglucèmia és habitualment un esdeveniment sobtat i que posa en perill la vida, amb els símptomes típics de gana, mal de cap, agitació, tremolor, sudoració, alteracions del comportament (psicòtic en adults), somnolència o pèrdua de consciència. És extremadament important que aquests símptomes siguin reconeguts com una hipoglucèmia, perquè la víctima necessita un tractament de primers auxilis amb rapidesa. Cal tractar els pacients conscients i amb una hipoglucèmia simptomàtica amb pastilles de glucosa, administrant-ne una quantitat equivalent a 15-20 g; si no es disposa de pastilles de glucosa, s'han d'utilitzar altres formes alimentàries de sucre, com ara sucs, etc. Si el pacient està inconscient o bé no és capaç d'ingerir res, s'hauria d'evitar el tractament oral pel risc d'aspiració, i caldria avisar el servei d'emergències mèdiques.

Deshidratació provocada per l'exercici i tractament de rehidratació

Els proveïdors de primers auxilis són utilitzats sovint per assistir persones en esdeveniment esportius, fent tasques de suport en punts de descans o rehidratació. Caldria utilitzar begudes amb una concentració de carbohidrats i electrolits (CE) entre el 3 i el 8% per via oral per rehidratar els individus que presentin una deshidratació no complicada provocada per l'exercici. Altres begudes alternatives acceptables per a la rehidratació inclouen l'aigua, una solució CE al 12% o altres (segons refereix l'ERC, aigua de coco, llet al 2% o te sol o combinat amb una solució d'hidrats de carboni i electrolits). La hidratació oral pot no ser apropiada per als individus que presentin una deshidratació greu, associada a hipotensió, hipertèrmia o canvis de l'estat mental. Aquests individus haurien de ser tractats per un professional sanitari per administrar líquids per via endovenosa.

Lesions oculars per exposició a productes químics

En cas d'una lesió ocular per exposició a una substància química, cal actuar immediatament irrigant l'ull amb un flux continu i grans volums d'aigua neta i co-

rrent. La irrigació amb grans volums d'aigua resulta més efectiva per millorar el pH corneal que l'ús de volums petits o de sèrum salí. Es recomana que l'afectat es faci una revisió amb un professional sanitari d'urgències.

Primers auxilis per a les emergències traumàtiques

Control de l'hemorràgia

Davant una hemorràgia externa cal aplicar una pressió directa, amb gases o sense, per controlar el sagnat extern allà on sigui possible. No es recomana intentar controlar un sagnat extern important mitjançant la pressió aplicada a uns punts proximals o mitjançant l'elevació de l'extremitat. No obstant això, pot ser beneficiós aplicar fred de forma local, amb pressió o sense, per un sagnat menor o tancat en una extremitat. Quan el sagnat no es pugui controlar mitjançant la pressió directa, pot ser factible controlar-lo mitjançant un embenat hemostàtic o un torniquet amb condicions i precaucions (vegeu més endavant).

Embenats hemostàtics

Els embenats hemostàtics s'utilitzen habitualment per controlar el sagnat als entorns mèdics especialitzats, quirúrgics i militars, sobretot quan la ferida es troba en una àrea que no es pot comprimir, com ara el coll, l'abdomen o l'engonal. Caldria utilitzar un embenat hemostàtic quan la pressió directa no aconsegueixi controlar un sagnat extern greu, o bé quan la ferida estigui situada en un lloc on la pressió directa no és possible. Cal un entrenament adequat per garantir l'aplicació segura i efectiva d'aquests embenats.

Ús de torniquet

L'hemorràgia deguda a una lesió vascular de les extremitats pot portar a una pèrdua massiva de sang que posi en perill la vida, i és una de les causes de mort que es pot prevenir tant en entorns bèl·lics com en situacions de catàstrofes o fins i tot quotidianes. Els torniquets han estat utilitzats durant molts anys en l'àmbit militar per tractar el sagnat extern greu de les extremitats i és cert que la seva aplicació ha significat una reducció de la mortalitat aplicat en aquest entorn. La recomanació seria utilitzar un torniquet en cas que la pressió directa no pugui controlar el sagnat extern greu en una extremitat que comporti risc d'exanguinació. Cal disposar, però, d'entrenament per garantir-ne l'aplicació segura i efectiva.

Realineament d'una fractura angulada

Les fractures, luxacions, esquinços, torçades i estrebades són lesions de les extremitats que els proveïdors de primers auxilis tracten sovint. No s'ha de realinear una fractura angulada d'un os llarg en el context dels PA.

Cal protegir l'extremitat lesionada immobilitzant la fractura amb una fèrula. El realineament de les fractures només hauria de ser practicat per persones entrenades específicament per dur-lo a terme.

Tractament de primers auxilis per una ferida toràcica oberta

La presència d'una ferida toràcica oberta és una situació crítica, i el seu maneig correcte una prioritat, perquè el tancament inadvertit d'aquestes ferides com a conseqüència de l'ús incorrecte d'uns apòsits oclusius o d'altres dispositius, o per l'aplicació d'un apòsit que esdevé oclusiu, pot desencadenar un pneumotòrax a tensió, que és una complicació que posa en perill la vida.

Cal deixar qualsevol ferida toràcica oberta exposada de manera que es comuniqui lliurement amb l'exterior sense col·locar-hi cap apòsit, o bé, si és necessari, cobrir la ferida amb un apòsit parcialment oclusiu. S'ha de controlar el sagnat localitzat mitjançant la pressió directa.

Restricció dels moviments del raquis

Tradicionalment, en casos de risc o sospita de lesió de la columna cervical s'ha aconsellat aplicar de forma rutinària un collaret cervical per evitar una lesió secundària provocada pel moviment del raquis. No obstant això, aquesta intervenció s'ha basat en el consens i l'opinió i no pas en l'evidència científica. A més a més, s'ha demostrat que després de l'aplicació d'un collaret cervical tenen lloc alguns efectes adversos clínicament significatius, com ara una elevació de la pressió intracranial.

La recomanació actual, per tot això, és que ja no s'aconsella que el proveïdor de primers auxilis apliqui de manera rutinària un collaret cervical.

Quan se sospiti una lesió de la columna cervical, caldrà mantenir manualment el cap en una posició que limiti el moviment angular fins que es pugui disposar d'una atenció sanitària experta.

Reconeixement de la commoció cerebral

Els diferents estudis demostren que un sistema de puntuació per avaluar les commocions cerebrals seria de gran ajuda per als proveïdors de primers auxilis a l'hora d'identificar-les, però a la pràctica actual no existeix cap sistema senzill i validat d'avaluació mitjançant una puntuació.

La recomanació és que qualsevol individu amb sospita d'haver patit una commoció cerebral hauria de ser avaluat per un professional sanitari.

Refredament de les cremades

El refredament actiu immediat de les cremades tèrmiques, definit com a qualsevol mètode que s'utilitzi per reduir la temperatura local dels teixits, és una recomanació clàssica dels primers auxilis des de fa molts anys. És cert que el refredament de les cremades tèrmiques minimitzarà la profunditat final de la cremada i possiblement reduirà el nombre de pacients que finalment

necessitaran ingressar en un hospital per ser tractats. Altres beneficis percebuts del refredament són l'alleujament del dolor i una reducció de l'edema, taxes d'infecció més baixes i un procés de guariment de les ferides més ràpid.

Cal, doncs, refredar de forma activa les cremades tèrmiques tan aviat com sigui possible durant un mínim de 10 minuts, utilitzant aigua. S'ha de tenir precaució quan es refredin grans cremades tèrmiques o bé cremades en lactants i infants petits, per tal de no provocar hipotèrmia.

Embenats per a les cremades

Hi ha molts tipus d'embenats per a les ferides per cremada, però no s'ha trobat cap evidència científica que permeti determinar quin tipus d'embenat, sec o humit, pot ser més efectiu.

La recomanació és que, després del refredament, les cremades s'haurien d'embenar amb un apòsit estèril i sense compressió.

Avulsió dental

Com a conseqüència d'una caiguda o un accident que afecti la cara, es pot haver produït una lesió o bé l'avulsió d'una dent. La reimplantació immediata és la intervenció d'elecció, però sovint és impossible que els proveïdors de PA reimplantin la dent per manca d'entrenament o bé d'habilitat en el procediment.

La recomanació seria que si la dent no pot ser reimplantada immediatament, cal dipositar-la en una solució salina equilibrada, idealment la solució salina de Hank's. Si no se'n disposa, es poden utilitzar altres productes més a l'abast domèstic, com pròpolis, clara d'ou, aigua de coco, llet sencera, sèrum salí o sèrum salí tamponat amb fosfat. L'ERC recomana també l'ús de Ricetral®, un preparat d'arròs que conté clorur potàssic, clorur sòdic i citrat sòdic, però que no es troba a Espanya.

En tot cas, s'ha d'enviar el pacient a un dentista tan aviat com sigui possible.

Finalment, en les seves guies l'ERC parla de l'educació i recomana que es fomentin les campanyes de salut pública i la formació reglada en PA per tal de millorar la prevenció, el reconeixement i el maneig de les lesions i les malalties.

Totes aquestes recomanacions de PA es resumeixen a la taula adjunta (Taula I).

Des del Comitè d'RCP de la Societat Catalana de Pediatria, sensibles en aquest punt, s'està treballant amb propostes de diferents cursos i activitats per a pares, educadors i personal sanitari. Són iniciatives que es poden desenvolupar a les escoles bressol, escoles de pares, centres cívics, centres de salut i atenció primària amb l'objectiu de fer cada vegada més realitat la difusió del suport vital a tots els nivells, ara amb la incorporació d'aquest primer esglaó, els PRIMERS AUXILIS.

TAULA I

Resum de les recomanacions 2015 de primers auxilis

PUNT REVISAT	RECOMANACIÓ	APLICACIÓ
Primers auxilis per a les emergències mèdiques		
Col·locació d'una víctima inconscient però que respira	Col·locar els individus que estan inconscients però respiren normalment en una posició lateral de recuperació (PLS). Alerta amb els traumàtics.	Adults i infants
Col·locació òptima d'una víctima en estat de xoc	En estat de xoc, col·locar la víctima en posició supina, i utilitzar l'elevació passiva de les cames, si no hi ha traumatisme.	Adults i infants
Administració d'oxigen en els primers auxilis	No hi ha indicacions directes per l'ús d'oxigen suplementari per part dels proveïdors de primers auxilis.	Adults i infants
Administració de broncodilatadors	L'administració d'un broncodilatador disminueix el temps fins a la resolució dels símptomes en infants i adults joves; cal ajudar les persones que tenen asma a administrar-se el broncodilatador.	Adults i infants
Reconeixement de l'íctus	Cal potenciar l'entrenament en el reconeixement precoç de l'íctus.	Adults
Administració d'aspirina per al dolor toràcic	L'administració precoç d'aspirina (150-300 mg) redueix la mortalitat cardiovascular en dolor toràcic per IAM. No s'ha d'administrar si hi ha al·lèrgia, contraindicació o causa no clara.	Adults
Administració d'una segona dosi d'adrenalina per a l'anafilaxi	Administrar una segona dosi d'adrenalina per via im si després de 5-15 minuts de la primera no millora, o en cas que reaparegui.	Adults i infants
Tractament de la hipoglucèmia	En cas d'hipoglucèmia simptomàtica, cal donar pastilles de glucosa o sucre només als pacients conscients.	Adults i infants
Deshidratació provocada per l'exercici i tractament de rehidratació	Utilitzar begudes amb una concentració de carbohidrats i electrolïts via oral per rehidratar, si la deshidratació no és complicada.	Adults i infants
Lesions oculars per exposició a productes químics	Irrigació amb grans volums d'aigua. Valoració per especialista.	Adults i infants
Primers auxilis per a les emergències traumàtiques		
Control de l'hemorràgia	Aplicar pressió directa, amb gases o sense. No utilitzar pressió en punts proximals o l'elevació de l'extremitat. En sagnats menors o tancats valorar aplicar fred local.	Adults i infants
Embenats hemostàtics	Cal un entrenament adequat per usar-los.	Adults i infants
Ús d'un torniquet	Cal un entrenament adequat per fer-lo, i només s'ha de fer si la pressió directa no controla el sagnat extern greu i exsanguinant en una extremitat.	Adults i infants
Realineament d'una fractura angulada	No realinear una fractura angulada d'un os llarg, i immobilitzar la fractura amb una fèrula.	Adults i infants
Tractament de primers auxilis per una ferida toràcica oberta	Deixar qualsevol ferida toràcica oberta exposada o parcialment oclosa.	Adults i infants
Restricció dels moviments del raquis	Mantenir manualment el cap en una posició que limiti el moviment angular.	Adults i infants
Reconeixement de la commoció cerebral	Una commoció cerebral hauria de ser avaluada per un professional sanitari.	Adults i infants
Refredament de les cremades	Refredar activament durant 10 minuts amb aigua corrent, i evitar la hipotèrmia.	Adults i infants
Embenats per les cremades	Embenar amb un apòsit estèril i sense compressió.	Adults i infants
Avulsió dental	Reimplantar la dent immediatament o introduir-la en una solució adequada; enviar el pacient a un dentista.	Adults i infants
Educació en primers auxilis	Es recomanen els programes d'educació en primers auxilis.	Adults i infants

Membres del Comitè d'RCP de la Societat Catalana de Pediatria: Sergio Alonso Fernández (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona), Mònica Balaguer Gargallo (Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona), Francisco José Cambra La-saosa (Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona), Sonia Cañadas Palazón (Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona), Ester Castellarnau Figueras (Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona), Antonio de Francisco Próximo (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona), Lluís R. Delgado Diego (Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès, Barcelona); i Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona), Pedro Domínguez Sampedro (Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona), Jordi Fàbrega Sabaté (Fundació Sant Hospital, La Seu d'Urgell, Lleida), Abel Martínez Mejías (coordinador del Comitè d'RCP de l'SCP; Hospital de Terrassa, Terrassa, Barcelona), Lluís Mayol Canals (Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona), Jesús Lorenzo Payeras Grau (Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona), Josefa Rivera Luján (Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona), César W. Ruiz Campillo (Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona), Eduard Solé Mir (Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida), Francisco Javier Travería Casanova (Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona), Luis Renter Valdivinos (Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona), Silvia Zambudio Sert (Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Althaia, Manresa, Barcelona).

Bibliografia

- Monsieurs K G, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. ERC Guidelines 2015 Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation. 2015;95:1-80.
- Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 5: new guidelines for first aid. The American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation. 2000;102(8 Suppl):177-85.
- 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) Science with Treatment Recommendations. Part 10: First aid. Circulation. 2005;112:III-115-III-125. Accesible a la xarxa [data de consulta: 01-11-2016]. Disponible a: http://circ.ahajournals.org/content/circulationaha/112/22_suppl/III-115.full.pdf?download=true
- Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, Cassan P, Chung KL, Epstein J, et al. Part 17: First Aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. Circulation. 2010;122(18 Suppl 3):S934-46.
- Singletery EM, Charlton NP, Epstein JL, Ferguson JD, Jensen JL, MacPherson AI, et al. Part 15: First Aid: 2015 American Heart Association and American Red Cross Guidelines Update for First Aid. Circulation. 2015;132(18 Suppl 2):S574-89.
- Van de Velde S, Broos P, Van Bouwelen M, De Win R, Sermon A, Verduyck J, et al. European First Aid Manual Project, Belgian Red Cross-Flanders. European first aid guidelines. Resuscitation. 2007;72(2):240-51.