

**CORSO DI PRIMO SOCCORSO
PER LA FORMAZIONE
DI NUOVI VOLONTARI**

- sessione teorica -

**LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE :
IL TRATTAMENTO PRIMARIO**

LA VALUTAZIONE

La valutazione è un processo dinamico volto a prendere atto dell'intervento che un soccorritore è chiamato a svolgere. È un processo dinamico in quanto varia e si sviluppa nel corso del tempo, durante un intervento di soccorso possono cambiare tanto le condizioni cliniche del paziente, quanto la situazione di sicurezza ambientale.

Possiamo diversificare diversi tipi di valutazione:

- valutazione ambientale
- valutazione primaria
- valutazione secondaria

Gli obiettivi che dobbiamo perseguire nel fare la valutazione sono:

- stabilire il grado di gravità del paziente o dei pazienti
- capire quale potrà essere l'evoluzione del quadro clinico
- stabilire un'efficace interazione con la Centrale Operativa
- ottenere un preciso rapporto di soccorso

Gli strumenti necessari per poter eseguire un'efficace valutazione sono:

- i sensi
- la palpazione e l'oscultazione
- l'anamnesi
- la scheda paziente.

È fondamentale, a questo punto fare una prima distinzione tra tutti gli interventi di soccorsi in cui possiamo essere chiamati ad operare :

1. **SCENARIO MEDICO:** i problemi sanitari del paziente hanno un'origine medica, sono quindi dovuti a malattie, patologie, allergie o comunque problemi interni all'organismo.
2. **SCENARIO TRAUMATICO:** i problemi sanitari del paziente hanno un'origine traumatica, sono quindi dovuti a traumi provenienti dall'esterno dell'organismo.

Questa distinzione è importantissima e va tenuta in considerazione durante ogni intervento e durante ogni valutazione.

1.0 LA VALUTAZIONE AMBIENTALE (scenario trauma)

Consiste nella raccolta dei dati, mirata all'identificazione dei pericoli effettivi ed eventuali per il paziente e per i soccorritori. La scena fornisce inoltre informazioni circa la dinamica dell'evento, il numero dei coinvolti, le possibili evoluzioni.

L'obiettivo principale della valutazione ambientale è quello di valutare i possibili pericoli e rischi per i soccorritori, i pazienti e gli astanti; determinare quindi i presidi di autoprotezione necessari per intervenire.

I pericoli che si possono presentare sulla scena sono:

- incendio
- presenza di fili elettrici
- presenza di sostanze pericolose
- il traffico
- veicoli o strutture pericolanti
- materiale sparso
- spettatori e fumatori

Nel caso in cui sulla scena non sono presenti pericoli per i soccorritori o sono presenti pericoli ovviabili con i presidi di autoprotezione, si valuta l'eventuale esistenza di pericoli per il paziente; mentre **se sussistono pericoli non ovviabili, non si interviene perché un soccorritore ferito non serve**. Nel caso in cui sulla scena non sono presenti pericoli per l'infortunato si procede con la valutazione del paziente; mentre se sussistono pericoli per paziente o si sposta il paziente, o si sposta il paziente.

L'obiettivo secondario della valutazione ambientale consiste nello stabilire il rapporto paziente-ambiente. È possibile stabilire questo rapporto valutando:

- la posizione del paziente rispetto alla scena
- la postura del paziente
- la relazione ad oggetti presenti sulla scena
- la distanza tra il paziente e il luogo dell'accaduto

Gli strumenti necessari per eseguire una corretta ed efficace valutazione della scena sono:

- i sensi
- l'anamnesi
-

Una corretta valutazione ambientale si effettua seguendo la seguente procedura:

1. osservare e valutare la scena
2. identificare i pericoli e i rischi presenti quindi:
 - identificare i presidi di autoprotezione necessari
 - identificare qual è stato il meccanismo di lesione
 - identificare i supporti sanitari e non, necessari

1.1 LA VALUTAZIONE AMBIENTALE (scenario medico)

La valutazione della scena in un intervento di tipo medico si differenzia poco da quella di un intervento traumatico, infatti persegue i medesimi obbiettivi :

- stabilire il rapporto paziente-ambiente
- identificare il tipo di intervento
- identificare la dinamica dell'evento
- identificare i rischi ambientali

viene eseguita impiegando gli stessi strumenti :

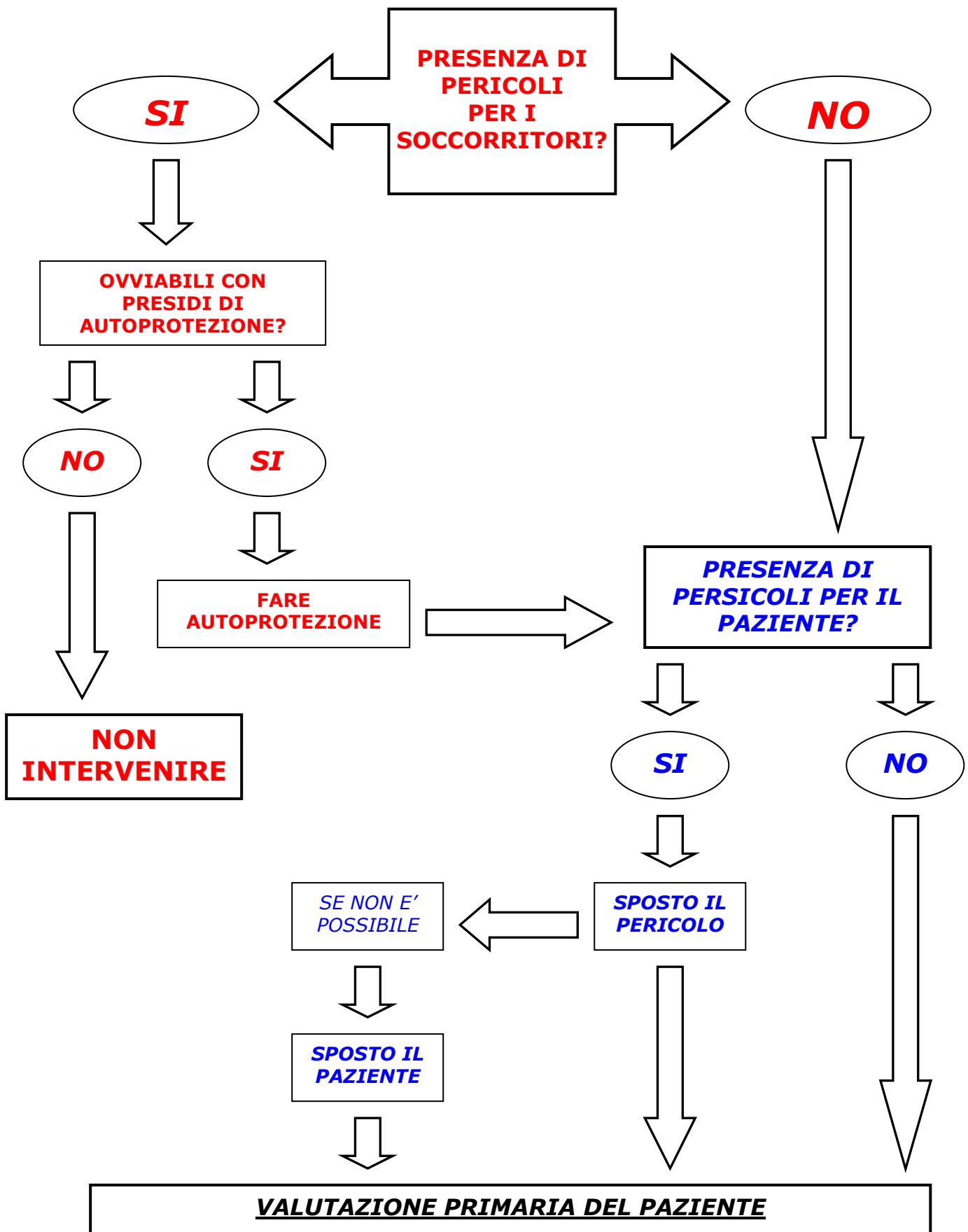
- i sensi
- l'anamnesi

e si effettua con una procedura molto simile :

1. osservare e valutare la scena
2. identificare i pericoli e i rischi presenti quindi:
 - identificare i presidi di autoprotezione necessari
 - identificare qual è stato il meccanismo di lesione
 - identificare i supporti sanitari e non, necessari
3. raccogliere informazioni dagli astanti e parenti

La differenza sostanziale nella valutazione ambientale di un evento traumatico rispetto ad un evento medico, è data dai diversi pericoli che possono essere presenti sulla scena e dalle informazioni relative alla storia clinica da ricercare.

ALGORITMO PER LA VALUTAZIONE AMBIENTALE



2.1. LA VALUTAZIONE PRIMARIA DEL PAZIENTE (scenario medico)

La valutazione primaria del paziente medico sarà oggetto della lezione n. 7 "A,B,C,D,E DEL TRAUMA" prevista per il giorno venerdì 9 novembre 2007

2.1. LA VALUTAZIONE PRIMARIA DEL PAZIENTE (scenario medico)

La valutazione primaria è la procedura necessaria per rilevare se esistono problemi che possono mettere in pericolo la vita del paziente, consiste nell'esame delle funzioni vitali, e deve essere:

- rapida (max 90 secondi)
- mirata all'identificazione:
 1. degli interventi indifferibili
 2. delle necessità di trasporto immediato

Gli obiettivi che la valutazione primaria persegue sono:

- stabilire la priorità di trattamento e di evacuazione
- stabilire i supporti, sanitari e non, necessari
- individuare gli interventi indifferibili e idonei
- sostenere le funzioni vitali
- migliorare le condizioni del paziente
- organizzare il trasporto in ospedale

Le conoscenze richieste per effettuare un'adeguata valutazione primaria sono:

- anatomia e fisiologia del corpo umano
- BLS (Basic Life Support – supporto vitale di base)

Gli strumenti impiegati per la valutazione primaria sono:

- i sensi (osservazione, ispezione, auscultazione, stimolazione, palpazione)
- forbici
- lampada e lampada a penna
- sfigomanometro e stetoscopio
- orologio
- saturimetro
- termometro
- colloqui con il paziente

La valutazione primaria va eseguita secondo la seguente procedura :

- A** VALUTO LO STATO DI COSCIENZA E LA PERVIETA' DELLA VIE AEREE
- B** VERIFICO L'ATTIVITA' RESPIRATORIA mediante la manovra di GAS
- C** VERIFICO L'ATTIVITA' CARDIO-CIRCOLATORIA
- D** VERIFICO IL DANNO NEUROLOGICO mediante la scala AVPU
- E** ESAME TESTA-PIEDI E RACCOLTA DI INFORMAZIONI UTILI

2.1. A STATO DI COSCIENZA E PERVIETA' DELLE VIE AEREE

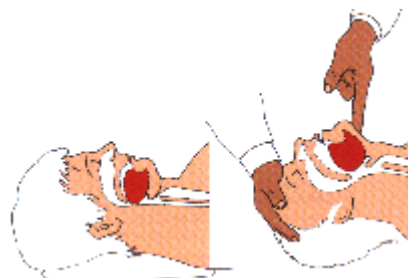
Per valutare lo stato di coscienza bisogna chiamare e scuotere il paziente, poi si passa alla valutazione delle vie aeree aprendo la bocca e controllando la presenza o meno di corpi estranei o liquidi nelle prime vie aeree (bocca).

È chiaro che se il paziente risponde alla nostra chiamato, questo è cosciente, le sua vie aeree sono pervie e sta respirando.

La perdita di coscienza determina un rilasciamento muscolare; la mandibola cade all'indietro e la lingua va ad ostruire le prime vie aeree.

Per ottenere la pervietà delle vie aeree bisogna:

- solleva con due dita il mento;
- spingere la testa all'indietro appoggiando l'altra mano sulla fronte



2.2. B PRESENZA E QUALITÀ DEL RESPIRO

Una volta garantita la pervietà delle vie aeree bisogna valutare la presenza di attività respiratoria e la sua qualità. Questa valutazione viene svolta eseguendo la manovra di G.A.S. (guardo, ascolto, sento)

2.2.1. LA MANOVRA DI G.A.S.

La manovra di gas la si effettua posizionando il paziente supino (pancia in su). Il soccorritore si deve inginocchiare a lato del paziente all'altezza della testa, deve scoprire il torace e, dopo aver iperesteso il capo del paziente, avvicinare la propria guancia alla bocca del paziente. Da questa posizione si deve valutare, per 10 secondi, la presenza di attività respiratoria :

- Guardo se il torace si espande
- Ascolto se ci sono rumori respiratori
- Sento se c'è passaggio d'aria

Attenzione: la presenza di "respiro agonico" ("gaspig") equivale ad assenza dell'attività respiratoria: consiste in contrazioni dei muscoli respiratori accessori senza che venga prodotta una espansione del torace; è un respiro inefficace.



Oltre a valutarne la presenza del respiro, bisogna valutarne anche la qualità, si presterà quindi particolare attenzione :

- Frequenza respiratoria (numero di atti al minuto)
- Ritmo
- Ampiezza del respiro
- Rumori respiratori
- Espansione del torace da ambo i lati

2.2.1.1. LA FREQUENZA RESPIRATORIA

La frequenza respiratoria si valuta contando il numero di atti respiratori (1 atto è composto da un'espansione e uno sgonfiamento del torace) presenti in 15 secondi e moltiplicare il risultato per 4. Se il ritmo è irregolare occorre contare gli atti in un intero minuto.

FREQUENZA REPSIRO	DEFINIZIONE
Tra 12 e 20 atti/min	EUPNEA , frequenza regolare a riposo
Maggiore di 20 atti/min	TACHIPNEA , frequenza aumentata
Minore di 12 atti/min	BRADIPNEA , frequenza diminuita

2.2.1.2. RITMO RESPIRATORIO

La valutazione del ritmo respiratorio richiede di valutare se gli atti respiratori sono regolari ed equidistanti nel tempo o se vi sono periodi di apnea (assenza di respiro).

2.2.1.3. AMPIEZZA DEL RESPIRO

E' importante valutare se il respiro è superficiale, cioè viene immessa poca aria per volta (spesso associato a tachipnea) oppure profondo, viene immessa una consistente quantità di aria: è quindi più efficace.

2.2.1.4. RUMORI RESPIRATORI

Talvolta durante le inspirazioni e le espirazioni si possono udire rumori provenienti da tali movimenti: i principali sono:

- rantoli (rumori simili al russare o gorgoglii), che sono tipici nei pazienti con vie aeree ostruite oppure con edema polmonare acuto;
- sibili (rumori simili ad un fischio), tipici nei pazienti con broncopneumopatie cronic-ostruttive (BPCO: asma bronchiale, polmoniti, laringospasmo).

2.2.1.5. ESPANSIONE TORACICA

Occorre valutare se il torace si espande simmetricamente oppure se un emitorace si muove più dell'altro durante le inspirazioni: ciò indica un deficit nel funzionamento di un polmone: nei traumatizzati della cassa toracica è possibile una perforazione di uno dei due polmoni (o comunque l'ingresso d'aria nelle cavità pleurica, normalmente "sotto vuoto"): PNEUMOTORACE!!!

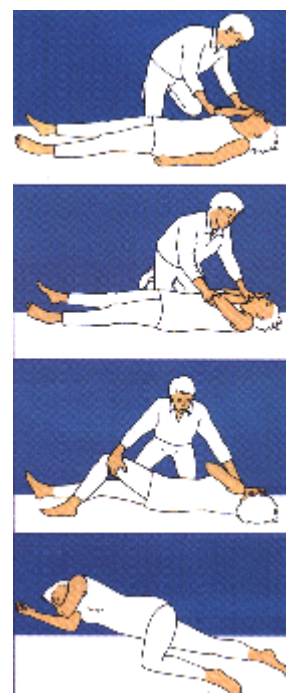
2.2.2. POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA

Qualora l'attività respiratoria sia presente e la vittima rimanga non cosciente, è possibile utilizzare la posizione laterale di sicurezza, che permette di:

- mantenere l'estensione del capo (quindi la pervietà delle vie aeree);
- prevenire la penetrazione nelle vie aeree di materiale presente nella bocca (es. vomito), che può defluire all'esterno;
- mantenere la stabilità (il corpo non rotola).

Puoi utilizzare questa posizione in attesa di altri soccorsi o nel caso tu debba allontanarti.

NON UTILIZZARE MAI IN CASO DI EVENTI TRAUMATICI.



2.3. C PRESENZA E QUALITA' DEL CIRCOLO

L'attività cardiocircolatoria è rilevabile tramite i polsi (qualsiasi punto in cui sia possibile rilevare per palpazione l'attività cardiaca), che sono espressione dell'aumento di pressione all'interno delle arterie generato dalla sistole (il movimento di contrazione del cuore). L'attività si rileva comprimendo l'arteria relativa al polso che ci interessa contro l'osso sottostante. I principali polsi facilmente accessibili sono :

- *Il polso carotideo*, situato nel collo ai lati della faringe e dell'esofago, reperibile in due fossette ai lati del pomo d'adamo (si tratta del più importante per portata ematica, vicinanza al cuore, funzione fisiologica). **NON COMPRIMERE TROPPO ENERGICAMENTE IN CORRISPONDENZA DELL'ARTERIA CAROTIDE, RISCHIO DI DIMINUZIONE IMPROVVISA DEL FLUSSO EMATICO AL CERVELLO E BRADICARDIA.**
- *Il polso radiale*, situato nella parte esterna (lato RADIALE) di entrambi i polsi in una fossetta al lato della linea mediana dell'avambraccio.

Altri polsi facilmente accessibili ma di minore importanza e portata sono:

- il polso brachiale, situato in una fossetta sul braccio in prossimità dell'ascella;
- il polso temporale, situato sul cranio davanti alle orecchie;
- il polso femorale, situato nella parte interna delle cosce in prossimità dell'inguine;
- il polso popliteo, situato nella parte posteriore di ciascun ginocchio;
- il polso tibiale posteriore, situato nella parte interna di ciascuna gamba;
- il polso pedidio dorsale, situato sul dorso dei piedi.

Questi polsi sono, oltre che punti utili per rilevare l'attività circolatoria ad esempio negli arti, ottimi punti di compressione qualora vengano usati come ultimo metodo per arrestare emorragie, comprimendo le arterie principali in modo da arrestare il flusso di sangue ossigenato.

Se il paziente è cosciente andremo a rilevare prima il polso radiale, se questo è assente tasteremo il polso carotideo. Invece, se il paziente non è cosciente rileveremo subito il polso caotideo.

SE POLSO RADIALE PRESENTE : PA > 80 mmHg

SE POLSO RADIALE ASSENTE, MA POLSO CAROTIDEO PRESENTE:

PA COMPRESA TRA 50 E 80 mmHg

SE POLSO RADIALE E POLSO CAROTIDEO ASSENTI : PA < 50 mmHg

Oltre a valutare la presenza di attività cardio-circolatoria bisogna anche valutarne la sua qualità, quindi si dovranno valutare :

- la frequenza cardiaca (numero di battiti al minuto)
- la qualità del polso (pieno, flebile...)
- il ritmo (ritmico, aritmico)
- la pressione arteriosa

2.3.1. VALORI DELLA FC E DEFINIZIONE

FREQUENZA	DEFINIZIONE
ADULTI : tra 60 e 100 battiti/min	NOMALE A RIPOSO
BAMBINI : tra 100 / 180 battiti/min	NOMALE A RIPOSO
ADULTI : maggiore di 100 battiti/min	TACHICARDIA
BAMBINI : maggiore di 180 battiti/min	TACHICARDIA
ADULTI : minore di 60 battiti/min	BRADICARDIA
BAMBINI : minore di 100 battiti/min	BRADICARDIA

2.3.2. QUALITA' DEL BATTITO

TIPO DI BATTITO	SIGNIFICATO
RITMICO	I battiti sono scanditi regolarmente nel tempo, a distanza uguale uno dall'altro.
ARITMICO	I battiti non sono regolari nel tempo, ma alternano periodi in cui sono vicini e altri in cui sono più distanti
PIENO E SCOCCANTE	Alla palpazione i battiti sono molto ben percettibili e ben distinti: indica che la pressione sistolica è normale o, più facilmente, elevata
DEBOLE E FILIFORME	Alla palpazione il battito è difficilmente percettibile perché troppo debole: indica che la PA è bassa

2.3.3. LA PRESSIONE ARTERIOSA

L'alto parametro importantissimo da valutare per definire l'attività cardiocircolatoria del paziente è la PRESSIONE ARTERIOSA (PA). Esistono:

- la pressione sistolica o massima, cioè la potenza con cui il cuore pompa il sangue in circolo dal cuore verso la periferia del corpo;
- la pressione diastolica o minima, cioè la pressione data dal sangue che rimane nei vasi al termine di un battito cardiaco.

La pressione è misurata in millimetri di mercurio (mmHg), e lo strumento che la misura si chiama sfigmomanometro.

La pressione che interessa a noi poiché ha maggior significato ai fini della valutazione del paziente è la pressione sistolica: questa può essere misurata solo con lo sfigmomanometro e la palpazione del polso radiale (se presente), mentre se si vogliono misurare entrambi le pressioni o se il polso radiale è assente occorre anche un fonendoscopio.

2.3.3.1. TECNICA DI MISURAZIONE DELLA PA

1. Allaccia il bracciale dello sfigmomanometro sopra la piega del gomito, togliendo abiti che possono ostacolare la circolazione. Tra il bracciale e la cute deve essere possibili inserire due dita. Scegli un braccio non traumatizzato e senza aghi per infusioni.
2. Poni il padiglione del fonendoscopio sul margine superiore della piega del gomito oppure inseriscilo direttamente sotto al bracciale.
3. Palpa il polso radiale dello stesso braccio.
4. Gonfia progressivamente il bracciale tramite la pompetta a pera (valvola chiusa) fino alla scomparsa del polso radiale.
5. Gonfia ancora fino a superare tale livello di 20- 40 mmHg
6. Ora sgonfia lentamente il bracciale aprendo leggermente la valvola sulla pera
7. La comparsa del primo battito udibile al fonendoscopio e del polso radiale indica la PA massima, leggi il valore sul quadrante e ricordalo.
8. Continua a sgonfiare
9. I battiti subiranno una precisa ed improvvisa attenuazione nel rumore e poi scompariranno: in corrispondenza di tale attenuazione leggi e ricorda la PA minima.

E' consigliabile che il paziente sia in posizione supina. Evitare di lasciare il bracciale stretto per un periodo prolungato. Possono verificarsi problemi di misurazione in pazienti molto grassi o molto magri. La misurazione dovrebbe avvenire a mezzo fermo. Evitare, se possibile, di misurare la PA in ambienti molto freddi: potrebbero risultare valori erroneamente elevati.

2.3.3.2. VALORI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

TIPO DI BATTITO	SIGNIFICATO
Massima : 120 mm/Hg Minima : 80 mm/Hg	Valori normali in un adulto a riposo
Massima : < 120 mm/Hg	Ipotensione
Massima : > 120 mm/Hg	Ipertensione
Massima : < 90 mm/Hg (SHOCK!!!)	Valori per i quali il paziente deve essere ritenuto a rischio
Massima : > 250 mm/Hg	
Minima : > 130 mm/Hg	

2.3.4. LA COLORAZIONE CUTANEA

La variazione del normale stato di colorazione cutanea (rosea) può sottintendere uno stato patologico; le alterazioni del colorito sono visualizzabili dapprima nelle labbra, nei lobi delle orecchie, nel letto ungueale (il pavimento delle unghie delle mani); con il passare del tempo se lo stato patologico persiste, il colorito anomalo si diffonde alla cute di tutto il corpo.

Il pallore cutaneo (colorito tendente al bianco) può indicare una scadente circolazione periferica dovuta a PA diminuita o bradicardia; può anche indicare uno stato di anemia acuta o cronica;

L'eritema (arrossamento della cute) può indicare stasi circolatoria dovuta a PA elevata o a tachicardia; è spesso presenta in stati infiammatori o fenomeni allergici nonché nelle ustioni;

La cianosi (colorazione bluastra) indica la presenza di sangue privo di ossigeno, per malattie respiratorie o circolatorie.

L'ittero è il colorito giallognolo della cute e delle sclere dei globi oculari (le parti bianche degli occhi), dovuto all'eccesso di bilirubina nel sangue: segnala malattie a carico del fegato (es. epatiti).

2.3.5. LA TEMPERATURA CORPOREA

Nella valutazione della temperatura cutanea, per quanto riguarda i soccorritori di ambulanza, non occorre determinare esattamente il parametro con un termometro, ma è sufficiente appoggiare una mano sulla fronte del paziente e definire se ci sembra elevata (iperpiressia, cioè temperatura esterna > 37° C), oppure diminuita (ipotermia cioè temperatura esterna < 36 °C). Mentre il primo stato indica solitamente febbre oppure stati infiammatori o allergici, la seconda può accompagnare un vero e proprio stato di shock.

2.4. D DEFICIT NEUROLOGICO

La valutazione del danno neurologico consiste nella identificazione delle limitazioni delle funzioni cerebrali riportati in seguito ad un evento medico o traumatico. Per eseguire questa valutazione esistono due scale di valori :

1. A.V.P.U
2. LA SCALA DI GLASGOW DEI COMI

La scale comunemente utilizzata da soccorritori laici (non professionisti) è quella dell'A.V.P.U., che risulta essere una semplificazione della scala di Glasgow.

2.4.1. L' A.V.P.U.

Consiste nel valutare la risposta del paziente a degli stimoli esterni indotti dal soccorritore. AVPU è l'acronimo dei quattro stadi in cui si suddivide la scala, a seconda della risposta che il paziente dà ai diversi stimoli.

ALERT (vigile): in questa fase il paziente è sveglio e cosciente. Questo stato viene valutato positivamente se il paziente riesce a rispondere in maniera chiara a semplici domande quali "Cosa è successo?" o "Come si chiama?".

VERBAL (verbale): in questa fase il paziente risponde agli stimoli verbali attraverso gli occhi, la voce (o bisbigli) o atti motori, ma risulta confuso o assopito.

Pain (dolore): in questa fase il paziente non risponde agli stimoli verbali ma soltanto agli stimoli dolorosi che in genere vengono indotti con piccoli colpi delle dita sopra l'arcata sopraccigliare, al centro della fronte, oppure mediante pizzicate del muscolo trapezio piuttosto che del capezzolo

Unresponsive (senza risposta): in questa fase il paziente non risponde né agli stimoli verbali né a quelli dolorosi e risulta quindi completamente incosciente.

2.4.2. LA SCALA DI GLASGOW (GLASCOW COMA SCALE)

La Glasgow Coma Scale (Scala di Glasgow), nota anche in medicina come scala GCS è stata sviluppata dai neurochirurghi Graham Teasdale e Bryan Jennet per tenere traccia dell'evoluzione clinica dello stato del paziente in coma: essa si basa su tre tipi di risposta agli stimoli (oculare, verbale e motoria) e si esprime sinteticamente con un numero che è la somma delle valutazioni di ogni singola funzione (Eye, Verbal, Motor). Ad ogni tipo di stimolo viene assegnato un punteggio e la somma dei tre punteggi costituisce l'indice GCS; in alternativa, tale indice può venire espresso in forma analitica (EVM) con i tre punteggi separati. L'indice può andare da 3 oppure E1 V1 M1 (coma profondo) a 15 oppure E4 V5 M6 (paziente sveglio e cosciente).

Eye response (risposta oculare)

- 1 - il paziente non apre gli occhi (o ecchimosi delle orbite)
- 2 - apre gli occhi con stimolo doloroso
- 3 - apre gli occhi con stimolo verbale (parlandogli)
- 4 - apre gli occhi spontaneamente

Verbal response (risposta verbale)

- 1 - nessuna risposta verbale, nessun suono (o paziente intubato)
- 2 - suoni incomprensibili
- 3 - parla e pronuncia parole, ma incoerenti
- 4 - confusione, frasi sconnesse
- 5 - risposta orientata e appropriata

Motor response (risposta motoria)

- 1 - nessun movimento
- 2 - estensione al dolore (si irrigidisce: risposta decerebrata)
- 3 - flessione al dolore (lenta, distonica: risposta decorticata)
- 4 - retrazione dal dolore (si ritrae rapidamente se viene applicato uno stimolo doloroso)
- 5 - localizzazione del dolore (cerca lo stimolo doloroso)
- 6 - in grado di obbedire ai comandi

Risultato: somma i punteggi delle 3 prove

Punti 15	:	nella norma
Punti da 12 a 14	:	lieve alterazione
Punti da 9 a 11	:	alterazione importante
Punti da 4 a 8	:	alterazione grave
Punti 3	:	coma profondo

2.5. E ESAME OBIETTIVO E ANAMNESI

Consiste nel valutare il paziente nella sua globalità e nel raccogliere tutte le informazioni riguardanti il paziente, utili ai fini del soccorso.

2.5.1. ANAMNESI

L'anamnesi è la raccolta dei dati utili e necessari, e più specificatamente:

- la storia sanitaria del paziente;
- lo stile di vita (fuma, beve, assume sostanze stupefacenti...);
- malattie precedenti;
- patologie persistenti;
- ricerca di indizi di sospetto per determinate patologie

Se il paziente è un bambino bisogna effettuare un'anamnesi specifica che non sarà rivolta al paziente, ma ai genitori, e si dovranno raccogliere informazioni riguardo:

- la nascita;
- l'alimentazione;
- le vaccinazioni;
- le malattie infantili.

2.5.2. ESAME TESTA-PIEDI

L'esame testa-piedi consiste nell'analizzare ogni distretto corporeo, partendo dalla testa e scendendo fino ai piedi, ricercando la presenza di anomalie:

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. <u>viso</u> _____ : | simmetria facciale
deviazione dello sguardo
dilatazione e reattività pupillare
perdita di liquido da naso e orecchie |
| 2. <u>collo</u> _____ : | giugulari ingrossate
tumefazioni
infiammazioni |
| 3. <u>torace</u> _____ : | forma
espansione
asimmetria |
| 4. <u>addome</u> _____ : | flacido
irrigidito |
| 5. <u>arti</u> _____ : | motilità
colore |
| 6. <u>genitali</u> _____ : | colorito
gonfiore |

3. LA VALUTAZIONE SECONDARIA

La valutazione secondaria viene effettuata a bordo dell'ambulanza, durante il trasporto del paziente in ospedale; consiste in:

- rivalutazione delle condizioni cliniche del paziente secondo la scala del ABCDE, prestando attenzione particolare alle eventuali variazioni dei parametri dei segni vitali rispetto ai valori riscontrati durante la valutazione primaria. Oltre alla rivalutazione;
- mantenimento delle funzioni vitali di base;
- miglioramento delle condizioni del paziente.