PuntoSicuro

ARTICOLO DI PUNTOSICURO

Anno 17 - numero 3650 di lunedì 02 novembre 2015

Primo soccorso: pubblicate le nuove Linee Guida ERC

Sono disponibili le nuove Linee Guida per la Rianimazione Cardiopolmonare: il supporto di base e avanzato delle funzioni vitali nell'adulto e utilizzo di defibrillatori esterni automatici.

Sono state pubblicate le Linee Guida ERC (European Resuscitation Council) 2015, con le nuove indicazioni per la Rianimazione Cardiopolmonare.

Il documento è al momento disponibile solo in lingua inglese, la versione integrale delle LG ERC 2015, tradotta in lingua italiana, sarà pubblicata sul sito IRC in concomitanza con il Congresso Nazionale IRC di Parma, il prossimo 6 e 7 novembre 2015.

Pubblichiamo un estratto del documento riassuntivo dei principali cambiamenti introdotti con le Linee Guida 2015 realizzato dall'Italian Resuscitation Council che affronta il supporto di base e avanzato delle funzioni vitali nell'adulto e utilizzo di defibrillatori esterni automatici.

Linee Guida ERC (in inglese)

Linee Guida ERC 2015: Riassunto dei principali cambiamenti

Pubblicità
<#? QUI-PUBBLICITA-MIM-[AP1002] ?#>

Linee Guida ERC 2015: Riassunto dei principali cambiamenti

Supporto di base delle funzioni vitali nell'adulto e utilizzo di defibrillatori esterni automatici
Gli operatori di centrale operativa svolgono un ruolo importante nel riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco, nell'esecuzione di una RCP assistita via telefono e nella localizzazione ed invio di un defibrillatore automatico esterno. Quanto prima si allertano i servizi di emergenza, tanto prima si può iniziare e supportare il trattamento appropriato. ERC raccomanda che l'astante che sia addestrato e capace dovrebbe valutare rapidamente la vittima collassata per determinare se non risponde e se non respira normalmente e quindi allertare immediatamente i servizi di emergenza. L'astante non addestrato dovrebbe allertare i servizi di emergenza non appena la vittima venga riconosciuta come non responsiva e dovrebbe seguire le istruzioni fornite dalla centrale operativa. Quando possibile, si devono allertare i servizi di emergenza senza allontanarsi dalla vittima.

Gli astanti dovrebbero iniziare la RCP se la vittima non risponde e non respira normalmente. Subito dopo l'inizio dell'arresto cardiaco il flusso di sangue al cervello e ridotto praticamente a zero; ciò può causare episodi simil-convulsivi che possono essere confusi con l'epilessia. Gli astanti e gli operatori di centrale operativa dovrebbero sospettare un arresto cardiaco in tutti i pazienti con convulsioni.

Il gruppo di scrittura ERC approva la raccomandazione di ILCOR secondo la quale tutti i soccorritori dovrebbero praticare le compressioni toraciche a tutte le vittime di arresto cardiaco. I soccorritori addestrati e in grado di eseguire le ventilazioni dovrebbero effettuare sia le compressioni toraciche che le ventilazioni. L'aggiunta delle ventilazioni può garantire effetti

benefici aggiuntivi nei bambini, nelle vittime di arresto cardiaco da asfissia o nei casi in cui i tempi di risposta del servizio di emergenza medica (EMS) siano prolungati. La nostra fiducia riguardo all'equivalenza tra la RCP con sole compressioni e la RCP standard non e sufficiente a modificare la prassi attuale.

Una rianimazione cardiopolmonare di alta qualità e essenziale per migliorare la prognosi. I soccorritori dovrebbero garantire compressioni toraciche di adeguata profondità (circa 5 cm ma non più di 6 cm in un adulto di media corporatura) con una frequenza di 100-120 compressioni al minuto. Si deve permettere la completa riespansione del torace dopo ogni compressione e si devono ridurre al minimo le interruzioni nelle compressioni. Se si eseguono compressioni toraciche e ventilazioni, si deve dare ciascuna ventilazione di soccorso in circa un secondo con un volume tale da far sollevare visibilmente il torace della vittima. Il rapporto compressioni: ventilazioni rimane di 30:2. Non si devono interrompere le compressioni toraciche per più di 10 secondi per effettuare le ventilazioni.

Defibrillare entro 3-5 minuti dall'inizio dell'arresto cardiaco può condurre ad una sopravvivenza fino al 50-70%. La defibrillazione precoce può essere ottenuta dai soccorritori mediante l'utilizzo di defibrillatori (DAE) di accesso pubblico o presenti in loco. I programmi di accesso pubblico alla defibrillazione (public access defibrillation ? PAD) dovrebbero essere attivamente implementati nei luoghi pubblici con una elevata densità di persone come aeroporti, stazioni ferroviarie, stazioni degli autobus, impianti sportivi, centri commerciali, uffici e case da gioco. E in questi luoghi che gli arresti cardiaci sono spesso testimoniati e i soccorritori addestrati possono arrivare rapidamente sul posto. Il posizionamento dei DAE nelle zone in cui ci si aspetta un arresto cardiaco ogni 5 anni e considerato conveniente ed il costo per anno di vita guadagnato e paragonabile a quello di altri interventi medici. L'esperienza acquisita sul numero di arresti cardiaci in una determinata zona insieme alle caratteristiche del quartiere possono aiutare a guidare il posizionamento dei DAE. La registrazione dei DAE all'interno di un programma di accesso pubblico alla defibrillazione (PAD) permette agli operatori di centrale di indirizzare i soccorritori verso un DAE nelle vicinanze e può aiutare ad ottimizzare la risposta. (*N.d.T. attualmente in Italia sono disponibili solo defibrillatori semiautomatici e defibrillatori manuali; verrà comunque mantenuto per convenzione l'acronimo DAE-defibrillatore automatico esterno per indicare sia i defibrillatori automatici che quelli semiautomatici*).

La sequenza di RCP dell'adulto può essere utilizzata senza rischio nei bambini che non rispondono e non respirano normalmente. Per i soccorritori che ricevano un addestramento supplementare, e bene aggiungere che nei bambini e nelle vittime di annegamento e piu adatta l'esecuzione di una sequenza modificata che include 5 ventilazioni prima di iniziare le compressioni toraciche ed una ritardata ricerca di aiuto nella situazione sfortunata in cui il soccorritore si trovi da solo. La profondità delle compressioni toraciche nei bambini dovrebbe essere almeno un terzo della profondità del torace (per il lattante 4 cm, per i bambini 5 cm).

Un corpo estraneo che causa una grave ostruzione delle vie aree e un'emergenza medica che richiede un intervento immediato. Tale evenienza si verifica quasi sempre mentre la vittima sta mangiando o bevendo e richiede un trattamento immediato con colpi alla schiena e, in caso di mancata disostruzione, con le compressioni addominali. Se la vittima diventa non responsiva, va iniziata immediatamente la RCP mentre viene chiamato aiuto.

Supporto Avanzato delle funzioni vitali nell'adulto
Le Linee Guida ALS ERC del 2015 presentano un cambiamento nel rilievo dato ad alcune raccomandazioni, dettato dalla necessità di stimolare progressi nel trattamento e nell'implementazione delle linee guida stesse al fine di raggiungere un miglioramento in determinati e selezionati aspetti della prognosi dei pazienti. Le Linee Guida ALS ERC del 2015 non contengono sostanziali cambiamenti rispetto alle precedenti linee guida ERC pubblicate nel 2010.

Le modifiche fondamentali rispetto al 2010 sono:
? Riaffermazione dell'importanza dell'uso di sistemi di risposta rapida per la cura del paziente in deterioramento clinico e la prevenzione dell'arresto cardiaco intraospedaliero.
? Riaffermazione dell'importanza dell'esecuzione di compressioni toraciche di alta qualità, con minime interruzioni, durante l'esecuzione di ogni intervento ALS: le compressioni toraciche devono essere interrotte brevemente solo per permettere l'esecuzione di manovre specifiche. E compresa anche l'indicazione a minimizzare le interruzioni durante i tentativi di defibrillazione. ? Mantenimento dell'attenzione sull'uso delle placche autoadesive per la defibrillazione e sull'importanza della pianificazione della defibrillazione al fine di minimizzare le pause preshock, pur sapendo che in alcune realtà vengono ancora utilizzate le piastre da defibrillazione manuale.
? E' presente una nuova sezione riguardante il monitoraggio durante l'ALS nella quale e stato dato maggiore rilievo all'uso della capnografia per la conferma e il continuo monitoraggio del posizionamento del tubo endotracheale, per il monitoraggio della qualità della RCP e come indicatore precoce del ritorno della circolazione spontanea (ROSC).

? Sono descritti diversi approcci per la gestione delle vie aeree durante la RCP; un approccio a complessità progressivamente crescente e raccomandato secondo le caratteristiche del paziente e le competenze del soccorritore.
? Le raccomandazioni riguardanti la terapia farmacologica durante la RCP non sono cambiate, ma e presente un maggiore equilibrio tra pro e contro per quanto concerne il ruolo dei farmaci nel miglioramento della prognosi dell'arresto cardiaco.
? L'uso di dispositivi meccanici per le compressioni toraciche e considerato nelle situazioni in cui non sia possibile effettuare compressioni toraciche manuali di alta qualità.
? L'ecografia peri-arresto può avere un ruolo nell'identificazione delle cause reversibili di arresto cardiaco.
? Le tecniche di supporto vitale extracorporeo possono avere un ruolo come terapie di salvataggio in pazienti selezionati nei quali le misure ALS standard non hanno avuto successo.



Questo articolo è pubblicato sotto una Licenza Creative Commons.

---

www.puntosicuro.it