

Rianimazione per arresto cardiaco extraospedaliero

R. Jouffroy, J.-P. Orsini, L. Lamhaut

L'arresto cardiaco, o morte improvvisa dell'adulto, rimane un problema rilevante di salute pubblica. Esso interessa da 40 000 a 50 000 persone per anno in Francia. Il tasso di sopravvivenza alla dimissione dall'ospedale è modesto; per migliorarlo, è nato, nel 1991, il concetto di «catena di sopravvivenza»: allarme da parte del primo testimone, gesti elementari di sopravvivenza, defibrillazione, rianimazione specializzata e cure specialistiche postarresto cardiaco. Le raccomandazioni internazionali del 2011 insistono sulla necessità di formazione del grande pubblico. La definizione dell'arresto cardiaco è semplificata dal 2011: ogni vittima incosciente, che non respira o che respira anormalmente, deve essere considerata in arresto cardiaco. L'accento è posto sulla priorità al massaggio cardiaco esterno (MCE), poiché l'origine dell'arresto cardiaco nell'adulto è, il più delle volte, cardiaca. La rianimazione di base con compressione toracica da sola sembra efficace quanto il MCE associato alla ventilazione artificiale nei primi minuti che seguono la comparsa dell'arresto cardiaco non traumatico e non asfittico. La precocità della defibrillazione influenza direttamente la sopravvivenza delle persone in arresto cardiaco, in fibrillazione o in tachicardia ventricolare. In caso di arresto cardiaco in presenza di un testimone che dispone di un defibrillatore automatizzato esterno (DAE), lo shock deve essere erogato subito e la realizzazione della rianimazione cardiopolmonare (RCP) prima dello shock non è raccomandata. I defibrillatori raccomandati sono a onde bifasiche con un'energia erogata tra 150 e 200 joule. Per quanto riguarda la rianimazione specialistica, l'adrenalina rimane il vasopressore di prima intenzione nella gestione dell'arresto cardiaco. Le raccomandazioni del 2011 hanno fatto apparire l'importanza della gestione dopo la ripresa di un'attività cardiaca spontanea (RACS) fin dalla fase preospedaliera, per ridurre le lesioni da ischemia e riperfusion. La prima terapia dopo la RACS è l'ipotermia, anche se il suo effetto benefico è stato recentemente rimesso in discussione.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Arresto cardiaco; Catena di sopravvivenza; Defibrillazione; Adrenalina; Ipotermia terapeutica

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	2	■ Strategie terapeutiche	6
■ Formazione del grande pubblico alla rianimazione cardiopolmonare	2	Ritmi defibrillabili: fibrillazione ventricolare, tachicardia ventricolare	6
■ Rianimazione cardiopolmonare di base	2	Ritmi non defibrillabili: asistolia, attività elettrica senza polso	6
Identificazione dell'arresto cardiaco e allerta dei soccorsi specializzati	2	Trattamento dei disturbi del ritmo dopo un arresto cardiaco	6
Rianimazione cardiopolmonare	2	Trattamento delle cause reversibili di arresto cardiaco	6
Defibrillazione	3	■ Ipotermia terapeutica dopo un arresto cardiaco	7
■ Rianimazione cardiopolmonare medicalizzata	4	Quali sono i pazienti eleggibili per l'ipotermia terapeutica?	7
Rianimazione respiratoria	4	Modalità pratiche dell'ipotermia terapeutica	8
Rianimazione circolatoria, dispositivi specifici ed ecografia cardiotoracica	4	Quando occorre instaurare l'ipotermia terapeutica?	8
Defibrillazione	4	Effetti deleteri potenziali dell'ipotermia terapeutica	8
Vie d'accesso vascolare	5	■ Nuove terapie farmacologiche in corso di valutazione nei postumi di un arresto cardiaco recuperato	8
Trattamenti farmacologici e vettori	5	Eritropoietina	9
		Ciclosporina	9
		Sedazione	9

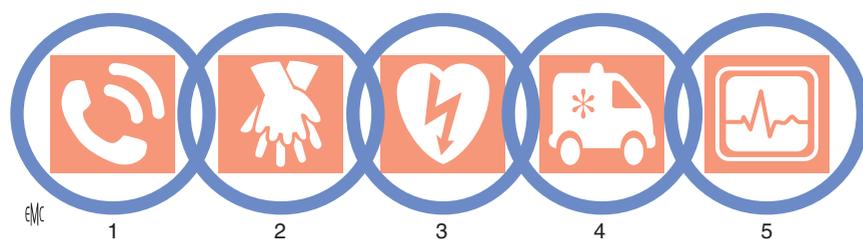


Figura 1. Catena di sopravvivenza nell'adulto (secondo^[10]). 1. Riconoscimento immediato dell'arresto cardiaco e attivazione del sistema d'urgenza preospedaliero; 2. rianimazione cardiopolmonare (RCP) precoce insistendo sulle compressioni toraciche; 3. defibrillazione precoce; 4. RCP specializzata; 5. cure dopo l'arresto cardiaco.

■ Introduzione

Le cardiopatie ischemiche rappresentano la prima causa di morte al mondo^[1]. In Europa, le malattie cardiovascolari sono responsabili di circa il 40% dei decessi prima dei 75 anni^[2].

L'arresto cardiaco (AC) inopinato, o morte improvvisa dell'adulto, rimane un problema fondamentale di salute pubblica nei paesi industrializzati e interessa dalle 40 000 alle 50 000 persone per anno in Francia. L'AC è all'origine di più del 60% dei decessi negli adulti affetti da coronaropatia^[3]. Il tasso di sopravvivenza alla dimissione dall'ospedale è dell'8,4% quale che sia il ritmo iniziale e del 22% nel sottogruppo di pazienti in fibrillazione ventricolare (FV)^[4]. Il 25-30% dei pazienti presenta inizialmente una FV; questa percentuale è più elevata, vicina al 60%^[5], quando il ritmo cardiaco è registrato negli istanti che seguono immediatamente il crollo.

L'anno 2010 ha segnato il 50° anniversario dalla prima pubblicazione medica che attestava la sopravvivenza di un paziente in AC grazie alla realizzazione di compressioni a torace chiuso^[6]. In seguito a questa pubblicazione, sono state proposte delle raccomandazioni internazionali per la gestione degli arresti cardiaci e delle situazioni che possono condurvi, che sono regolarmente aggiornate. Da queste raccomandazioni è nato, nel 1991, il concetto di «catena di sopravvivenza», i cui quattro anelli rappresentano le varie fasi della gestione di un paziente in AC: allarme da parte del primo testimone, gesti elementari di sopravvivenza (massaggio cardiaco esterno [MCE]), defibrillazione e rianimazione specialistica. Questa catena di sopravvivenza è ormai completata da un quinto anello rappresentato dalle cure specialistiche dopo l'AC (Fig. 1). Anche se si ammette che la rapidità della realizzazione di questa catena di sopravvivenza rappresenta il fattore essenziale di successo della rianimazione cardiopolmonare (RCP), occorre tenere presente che l'assenza di un solo anello elimina ogni speranza di successo.

Nel 2005, l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), raggruppamento delle società scientifiche che si interessano all'AC, ha stabilito un consenso scientifico internazionale^[7], che è stato secondariamente adattato dalle società scientifiche continentali, l'American Heart Association (AHA) per gli Stati Uniti e l'European Resuscitation Council (ERC) per l'Europa^[8]. Le raccomandazioni francesi, definite, di solito, l'anno che segue la pubblicazione delle raccomandazioni internazionali, sono state aggiornate durante l'anno 2011, mentre le precedenti raccomandazioni francesi erano state pubblicate nel 2006^[9].

■ Formazione del grande pubblico alla rianimazione cardiopolmonare

L'accento è posto sulla necessità di formazione del grande pubblico. In effetti, il primo testimone, pietra angolare dell'inizio della gestione dell'AC, rappresenta il primo anello della catena di sopravvivenza e il suo ruolo è, dunque, fondamentale. Idealmente, tutti i cittadini dovrebbero avere una certa conoscenza e una formazione alla RCP, il che permetterebbe di ridurre la loro ansia, il loro panico e la loro paura della malattia, di non provocare delle lesioni nel paziente in AC e, infine, di realizzare una rianimazione adeguata. Dovrebbero essere insegnati tutti i gesti di

base della RCP, compresa la formazione all'utilizzo del defibrillatore automatizzato esterno (DAE). Tuttavia, quando la formazione è limitata nel tempo, essa dovrebbe concentrarsi sulle sole compressioni toraciche; solo in un secondo tempo la formazione dovrebbe includere la realizzazione combinata della ventilazione e delle compressioni toraciche. Le persone non formate o non addestrate alla RCP possono procedere per compressioni toraciche da sole, preferibilmente con dei consigli telefonici da parte dell'operatore del servizio di salvataggio contattato, attendendo l'arrivo dell'equipe specializzata. Infine, nel bambino, i soccorritori devono utilizzare la sequenza che è stata loro insegnata, in quanto si ritiene che il risultato sia sempre peggiore che in assenza di RCP. In Francia, l'integrazione di una formazione ai gesti di primo soccorso al momento della giornata obbligatoria di chiamata alla difesa dei giovani adulti ha permesso di aumentare notevolmente la percentuale di adulti formati al primo soccorso.

■ Rianimazione cardiopolmonare di base

Identificazione dell'arresto cardiaco e allerta dei soccorsi specializzati

La RCP deve essere avviata il prima possibile e continuata con il minimo di interruzione da parte del primo o dei primi testimoni, attendendo l'arrivo dei soccorsi specializzati. Le raccomandazioni del 2011 hanno semplificato ancora il riconoscimento dell'AC: ogni vittima incosciente, che non respira o che respira anormalmente, deve essere considerata in AC, mentre prima l'AC era definito dall'assenza di «segni di vita» (perdita di coscienza con assenza di reattività associata a un arresto respiratorio o a una respirazione agonica tipo *gasp*).

La rilevazione del polso (carotideo o in qualsiasi altra sede) è una metodica poco affidabile per confermare la presenza o l'assenza di circolo da parte dei primi testimoni e dei professionisti sanitari. La determinazione dell'esistenza di una ventilazione adeguata è altrettanto aleatoria e, pertanto, non raccomandata; una delle ragioni è la comparsa di *gasp* durante i primi minuti che seguono l'AC in circa il 40% dei casi, che possono essere interpretati dai testimoni come dei movimenti ventilatori.

In alcune circostanze particolari di AC nell'adulto (annegamento, intossicazione, trauma) e al momento di un AC nel bambino, si consiglia sempre in alcuni paesi (Francia^[11]) di iniziare con un minuto di RCP prima di scatenare l'allarme, anche se le raccomandazioni internazionali non affrontano specificamente questo punto.

Anche se non esistono raccomandazioni specifiche sul contenuto o sulla forma dell'allarme per i servizi di soccorso, sembra logico far precisare alla persona che chiama con la maggiore precisione possibile la localizzazione della vittima (città, via, numero, edificio, piano, numero di appartamento, ecc.) e i mezzi per arrivarvi, così come le misure di RCP intraprese (durata della RCP e/o utilizzo eventuale di un DAE).

Rianimazione cardiopolmonare

Le raccomandazioni del 2011^[10] forniscono una modificazione fondamentale nella sequenza della RCP di base. La sequenza ABC (*airway, breathing, compression*, «liberazione delle vie aeree,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756888>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756888>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)