

Arresto cardiaco preospedaliero dell'adulto. Catena di sopravvivenza e defibrillazione precoce

P. Carli, C. Télion, M. Nahon

Per aumentare la sopravvivenza degli arresti cardiaci (AC), è indispensabile un miglioramento della catena di sopravvivenza. La diagnosi dell'AC si basa sull'assenza di segni vitali e richiede l'inizio immediato di compressioni toraciche al ritmo di 100/min. Esso deve essere riconosciuto il prima possibile, fin dalla chiamata telefonica al «15». La rianimazione cardiopolmonare (RCP) può, allora, essere guidata per telefono. L'alternanza compressione toracica/insufflazione è di 30:2. Se il ritmo è una fibrillazione ventricolare o una tachicardia ventricolare senza polso, la defibrillazione è realizzata con uno shock elettrico esterno unico che ha un'energia di 150-200 joule in onde bifasiche o di 360 joule in onde monofasiche. Dopo ogni shock, sono realizzati due minuti di RCP prima di qualsiasi controllo del polso o del ritmo cardiaco, tranne se il paziente presenta dei segni manifesti di risveglio. La defibrillazione automatica esterna da parte degli astanti migliora la prognosi degli AC e questa strategia deve essere rinforzata in Francia. La rianimazione medicalizzata impone l'intubazione orotracheale associata a una ventilazione in frazione di ossigeno nei gas inspirati uguale a 1. La maschera laringea è la migliore alternativa in caso di intubazione difficile. L'adrenalina, vasocostrittore di riferimento, è somministrata alla dose di 1 mg per via endovenosa, circa ogni 4 minuti, quale che sia il ritmo presente. L'amiodarone è raccomandato per le fibrillazioni ventricolari e le tachicardie ventricolari senza polso resistenti. Quando si ottiene una ripresa dell'attività cardiaca spontanea e fin dalla fase preospedaliera, la sindrome post-AC deve essere combattuta e deve essere istituita un'ipotermia moderata.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Arresto cardiaco; Morte improvvisa dell'adulto; Catena di sopravvivenza; Rianimazione cardiopolmonare di base; Massaggio cardiaco esterno; Rianimazione cardiopolmonare medicalizzata; Defibrillazione automatizzata esterna; Defibrillatore semiautomatico; Adrenalina; Amiodarone

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	2	■ Rianimazione medicalizzata	5
■ Catena di sopravvivenza	2	Controllo delle vie aeree e della ventilazione	5
■ Allarme e riconoscimento dell'arresto cardiaco	2	Via venosa	5
■ Rianimazione cardiopolmonare di base	2	Vasopressori	6
Liberazione delle vie aeree	3	Antiaritmici	6
Massaggio cardiaco esterno (MCE)	3	Altri farmaci	6
Ventilazione bocca a bocca	3	Massaggio cardiaco strumentale	6
Algoritmo della rianimazione cardiopolmonare di base	4	Algoritmo della rianimazione cardiopolmonare medicalizzata	6
Rianimazione cardiopolmonare guidata per telefono	4	Cause immediatamente curabili	6
■ Defibrillazione	4	■ Rianimazione post-arresto cardiaco	7
Tecnica di defibrillazione	4	■ Interruzione della rianimazione	7
Defibrillazione automatizzata esterna	4	■ Assistenza circolatoria	8
Algoritmo di defibrillazione	5	■ Circostanze particolari	8
		Annegamenti	8
		Ipotermia accidentale	8
		Arresto cardiaco traumatico	8
		Arresto cardiaco e gravidanza	9

■ Valutazione della prognosi	9
■ Prevenzione degli arresti cardiaci preospedalieri	9
■ Conclusioni	9

■ Introduzione

Si stima che l'arresto cardiaco (AC) dell'adulto e la sua forma inattesa, la morte improvvisa, coinvolgano in Europa circa 700 000 pazienti all'anno. Più del 40% di questi AC è dovuto a una fibrillazione ventricolare (FV)^[1] e la maggioranza è l'espressione dell'ischemia coronarica. In assenza di una gestione efficace precoce, la sopravvivenza supera raramente il 3%. Un'organizzazione preospedaliera coordinata ed efficace può consentire fino al 30% di sopravvivenza.

Per migliorare questa gestione, recenti lavori scientifici hanno condotto a modificare le pratiche di coloro che intervengono, che si tratti del pubblico, dei soccorritori o dei professionisti sanitari. Queste modificazioni sono state pubblicate sotto forma di un consenso scientifico internazionale nel 2010^[2], aggiornando le raccomandazioni formalizzate di esperti francesi^[3].

La rianimazione preospedaliera degli AC assume un rilievo particolare in Francia, in quanto essa è realizzata dalle equipe mediche dei servizi di soccorso medico di urgenza-servizi medici di urgenza e di rianimazione (Samu-Smur). Questa rianimazione medicalizzata precoce è un punto forte del nostro sistema, ma è necessario, in Francia, migliorare, come nei paesi anglosassoni, la gestione da parte dei primi intervenenti, che si tratti delle persone presenti all'AC o dei soccorritori.

“ Punto importante

Il consenso internazionale del 2010 conferma il ruolo molto importante dei primi intervenenti per migliorare la sopravvivenza degli AC preospedalieri.

■ Catena di sopravvivenza

Il concetto di «catena di sopravvivenza», introdotto nel 1990^[4], descrive le azioni necessarie per migliorare la sopravvivenza degli AC con FV all'esterno dell'ospedale. Questa catena comprende quattro anelli (Fig. 1):

- l'allarme immediato con telefonata ai servizi di soccorso al numero 15 in Francia (interconnesso al 18);
- la rianimazione cardiopolmonare (RCP) di base, realizzata dalle persone presenti;
- la defibrillazione precoce, realizzata dai soccorritori o dalle persone presenti con un defibrillatore automatizzato esterno (DAE);
- la rianimazione medicalizzata da parte di un'equipe preospedaliera (Smur) e la rianimazione post-AC immediata sul terreno.

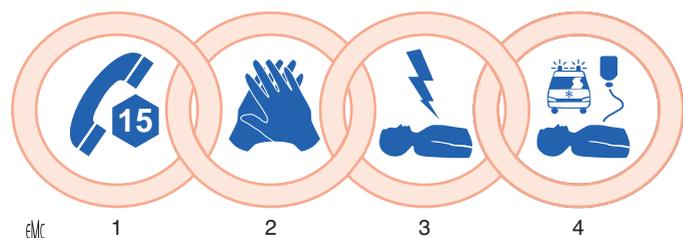


Figura 1. Catena di sopravvivenza. 1. Allarme precoce; 2. rianimazione cardiopolmonare (RCP) di base precoce; 3. defibrillazione precoce; 4. RCP medicalizzata e rianimazione immediata post-arresto cardiaco.

Gli anelli di questa catena hanno un peso prognostico differente. La RCP di base e la defibrillazione precoce hanno un effetto fondamentale sulla prognosi e la loro insufficienza non può essere compensata dagli anelli seguenti. Tuttavia, i recenti progressi della rianimazione post-AC partecipano al miglioramento della prognosi e alla riduzione dei postumi neurologici dei sopravvissuti.

“ Punto importante

La sopravvivenza di una vittima di AC dipende dalla rapidità con la quale si sviluppa la «catena di sopravvivenza», che comprende: l'allarme, la RCP di base da parte delle persone presenti, il DAE e la RCP medicalizzata. Essa dipende anche dalla qualità degli atti realizzati in campo.

■ Allarme e riconoscimento dell'arresto cardiaco

La precocità e la qualità dell'allarme sono dei fattori importanti della prognosi dell'AC. L'assenza di circolo è facilmente oggettivata dai professionisti sanitari con l'assenza di polso. Tuttavia, per gli AC preospedalieri, è prima di tutto il pubblico, testimone della caduta della vittima, che deve riconoscere l'AC e dare l'allarme. Il riconoscimento dell'AC si scontra anche con la rilevazione del polso, che non è un gesto semplice per il pubblico. Esso è, dunque, stato sostituito dall'osservazione della vittima. La constatazione di assenza di «segni di vita», definita da un soggetto areattivo, che non si muove e che non respira (o che respira in modo francamente anormale con *gasping* agonico) è sufficiente per confermare l'AC e per spingere il testimone a dare l'allarme e ad agire immediatamente. Il riconoscimento dell'AC al telefono fin dalla chiamata di urgenza migliora la prognosi. È importante formare il personale che riceve queste chiamate a individuare i segni dell'AC^[5] e a non lasciarsi impressionare dal *gasping* agonico^[6]. Questo riconoscimento immediato permette di far intervenire le equipe di soccorso con la migliore tempistica e anche di guidare la RCP per telefono.



“ Punto importante

Il riconoscimento dell'AC fin dalla chiamata di urgenza permette di guidare la RCP per telefono e di migliorare, così, la prognosi.

■ Rianimazione cardiopolmonare di base

La RCP di base è un'assistenza cardiorespiratoria rudimentale, realizzata senza materiale, ma che permette di ridurre l'ischemia e di prolungare, così, il tempo durante il quale si può ristabilire una circolazione spontanea. Dopo la comparsa di un AC, si stima che, in assenza di RCP, per ogni minuto che passa le possibilità di sopravvivenza si riducono del 10% circa. La precocità della sua realizzazione condiziona ampiamente la prognosi. È per questo che essa deve essere realizzata dalle persone che assistono all'AC e, quindi, continuata dai soccorritori e dall'equipe medicalizzata. Dal momento in cui l'AC è riconosciuto per telefono, durante la chiamata di urgenza, il medico regista del Samu guida il testimone nel realizzare i gesti aspettando l'arrivo dei soccorsi e dell'equipe di rianimazione preospedaliera.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3236381>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3236381>

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