

SOCCORSO ALLA VITTIMA DI TRAUMA

Minore e' il tempo che intercorre tra l'evento e il trattamento definitivo maggiori sono le probabilità di sopravvivenza per la vittima.

FASI DI INTERVENTO:

La **prima fase** di intervento riguarda la richiesta di soccorso dalla Centrale operativa del 118. in base alle informazioni ricevute.

In questa fase si stabilirà chi dell'equipaggio sarà il team-leader che, oltre ad attribuire i ruoli ai componenti della squadra, si assumerà l'onere di eseguire tutte le valutazioni sulla vittima.

Un altro componente della squadra avrà il compito di "tenere la testa" ed assumerà il ruolo di Leader di manovra.

La **seconda fase** dell'intervento consiste nell'arrivo dell'equipaggio sul luogo dell'evento e della valutazione dello scenario; da questa prima valutazione possiamo risalire alla dinamica che ha provocato il trauma, elemento determinante per fare una prima previsione sulle lesioni riportate dal o dai feriti. Se ci fossero dei pericoli ad avvicinarsi alla scena è necessario comunicare immediatamente con la Centrale per avere istruzioni. L'equipaggio dell'ambulanza deve SEMPRE verificare che esistano le condizioni per operare entro i limiti di sicurezza.

La **terza fase** dell'intervento consiste nell'arrivo sulla vittima con l'immediata valutazione dei parametri vitali (valutazione rapida), comunicazione con la Centrale per decisione di modello operativo per seguire poi con la valutazione primaria, l'immobilizzazione ed il trasporto in ospedale.

Adottare tutte le conoscenze per rilevare pericoli evidenti, ascoltare le informazioni di astanti e conoscenti per rilevare pericoli occulti Valutare la dinamica dell'incidente facendo un'istantanea di quello che appare ai nostri occhi.

DINAMICHE A RISCHIO

- Caduta da altezza superiore a 5 metri
- Impatto ad alta velocità
- Estricazione complessa
- Espulsione dal veicolo
- Incendio dell'automezzo
- Coinvolgimenti mezzi pesanti
- Morte di un passeggero
- Esplosione
- Ferita da arma bianca
- Ferita da arma da fuoco
- Motociclista o ciclista sbalzato
- Ribaltamento del mezzo
- Intrusione delle lamiere all'interno del mezzo

INDICATORI CLINICI DI LESIONI MAGGIORI

- Ferite penetranti testa, torace, collo, addome
- Traumi toracici con lembi mobili
- Frequenza respiratoria superiore a 30 atti al minuto o inferiore a 12 atti/min
- Trauma addominale con P.Arteriosa inferiore a 90mm/hg
- Trauma cranico con reazioni rallentate o assenti
- Trauma spinale
- Presenza di frattura di 2 ossa lunghe
- Ustioni di II e III grado maggiore del 30% della superficie corporea
- Età della vittima minore di 5 anni o superiore a 55 anni.

VALUTAZIONE RAPIDA

è una globale e rapida occhiata della vittima, si sente se è presente il polso radiale, ci si accerta se la vittima respira, m reagisce agli stimoli e alla parola, si sente se la cute è fredda e sudata, si da' uno sguardo per valutare la presenza di emorragie massive.

ALGORITMO VALUTAZIONE RAPIDA

FASE A

Posizione neutra della testa
Pervietà delle vie aeree

FASE B

Verifica del respiro (se assente entra in algoritmo BLS)
Tipo di respiro
Guarda e palpa il torace
Controllo frequenza respiratoria

FASE C

Controllo polso radiale (se assente controlla il carotideo)
Controllo frequenza cardiaca
Controllo emorragie visibili
Controllo cute

FASE D

Rivalutazione dello stato di coscienza
A = alert (sveglio)
V = verbal (risponde agli stimoli verbali)

P = painful (risponde agli stimoli dolorosi)

U = unresponsive (non risponde)

FASE E

Controllo lesioni

Protezione termica

ALGORITMO VALUTAZIONE PRIMARIA

FASE A: airway

Garantire e mantenere la pervietà delle vie aeree e stabilizzare il rachide cervicale.

- Stabilizzare il rachide cervicale con il mantenimento della posizione neutra della testa che si ottiene tenendo la testa con tutte e due le mani e prendendo come punto di riferimento lo sguardo della vittima che deve essere rivolto in avanti e con le orecchie allineate alle spalle ed evitando così movimenti di estensione e rotazione del rachide cervicale stesso.
- Esplorare il cavo orale per liberarlo da eventuali corpi estranei
- Se necessario sollevare il mento
- Applicare collare cervicale
- Applicare Ossigeno previa valutazione con il saturimetro (valori inferiore a 90)

CHI SI OCCUPERA' DI MANTENERE LA POSIZIONE NEUTRA DELLA TESTA SARA' IMPEGNATO IN QUESTA MANOVRA DURANTE TUTTA LA PROCEDURA FINO A CHE LA VITTIMA NON VERRA' FISSATA SU UN MEZZO DI IMMOBILIZZAZIONE TOTALE.

FASE B: breathing

Garantire e mantenere una respirazione od una ventilazione efficace.

- Verificare che la vittima respiri, se non respira si interrompe la valutazione e si entra nell'algoritmo del BLS
- Se il respiro è presente, valutare la frequenza e la profondità degli atti respiratori (il respiro non è efficace se supera i 30 atti respiratori al minuto o se è al di sotto dei 12 atti)
- Si osserva il torace e si guarda se il torace si espande in maniera simmetrica
- Si controlla la presenza di ferite

FASE C: circulation

Garantire e mantenere un circolo adeguato ed il controllo delle emorragie.

- Si tamponano eventuali emorragie evidenti
- Si ricerca il polso radiale (se questo non è presente si va a ricercare il polso carotideo e se anche questo non è presente si entra nell'algoritmo del BLS);
- Se il polso radiale è presente si valuta la frequenza cardiaca
- Si tocca la cute per sentire se è sudata e fredda

FASE D: disability

Rapida valutazione dello stato neurologico:

Valutazione dello stato di coscienza mediante: A V P U

- A = vittima vigile e sveglia

- V = vittima che risponde solo agli stimoli verbali

- P = vittima che risponde solo agli stimoli dolorosi

- U = vittima che non risponde

valutazione delle pupille

isocoriche (= dimensioni) isociclichee (uguale forma cioè rotonde normoreagenti alla luce

FASE E: exposure

Valutazione di tutto il corpo per controllo delle lesioni riportate. Si consiglia di cambiarsi i guanti.

Ispezione della testa:

Ricerca di ferite, fratture delle ossa craniche ematomi, emorragie

Ispezione del collo

Ispezione del torace:

rivalutazione della frequenza respiratoria

ricerca di ferite anche nella parte posteriore.

Ispezione dell'addome:

Ferite, ematomi.

Ispezione del bacino:

Ferite, ematomi

Ispezione degli arti:

Per evidenziare deformità, lesioni, ferite e dolorabilità

Far muovere i piedi e far stringere le mani.

PROTEGGERE LA VITTIMA DALL'IPOTERMIA utilizzando tutti gli accorgimenti a nostra disposizione.

Tutte le volte che ci troviamo di fronte ad un problema in una qualunque delle fasi di valutazione contattare sempre la Centrale 118.

ALGORITMO VALUTAZIONE SECONDARIA

Presuppone che durante la valutazione primaria non siano state rilevate gravi alterazioni dei parametri vitali. Può essere eseguita durante il trasporto in ospedale

TESTA

ferite, avvallamenti, emorragie

Otorragia (Perdita di sangue dalle orecchie)

Rinoliquorrea (perdita di liquido dal naso)

traumi facciali

segno del procione (occhi cerchiati)

segno di battle (ematoma dietro l'orecchio)

COLLO

turgore delle giugulari

ematomi

ferite

TORACE

dolorabilità alle spalle e clavicole

ematomi ferite

esplorazione manuale del dorso alla ricerca di emorragie

ADDOME

palpazione dell'addome per rilevare resistenza o dolore

ematomi
ferite

BACINO

pressione simmetrica sulle creste iliache per rilevare dolore e scricchiolio ferite
ematomi

ARTI INFERIORI

ispezione alla ricerca di deformità, ematomi
posizione innaturale dell'arto
ferite
funzionalità

ARTI SUPERIORI

ispezione alla ricerca di deformità, ematomi
dolorabilità
posizione innaturale dell'arto
ferite
funzionalità

ALCUNE TIPOLOGIE DI TRAUMA

TRAUMA CRANICO

I traumi cerebrali possono risultare da una lesione chiusa alla testa oppure da una lesione penetrante. Con il trauma cranico lieve, il paziente può rimanere in stato di coscienza o può perdere coscienza per pochi secondi o minuti. La persona può anche sentirsi confusa oppure un po' "strana" per alcuni giorni o settimane dopo il danno iniziale. Altri sintomi includono:

cefalea,
sensazione di leggerezza alla testa,
sonnolenza,
visione doppia, visione confusa, oppure occhi stanchi,
ronzio all'udito,

Con il trauma cranico moderato o grave, il paziente può mostrare gli stessi sintomi, associati a:

perdita di coscienza (vigilanza)
un mal di testa forte, persistente, ,
vomito ripetuto o nausea,
crisi epilettica,
midriasi, cioè dilatazione (aumento del diametro) oppure paralisi di una o più pupille,
disfasia: voce alterata, impastata, incomprensibile,
debolezza, formicolio o addormentamento delle estremità,

perdita nella coordinazione, e/o aumento della confusione, inquietudine, o agitazione
il vomito ed il deficit neurologico (p.es. debolezza in un braccio o gamba) assieme sono importanti indicatori

TRAUMA TORACICO

I traumi toracici sono la causa del 25% dei decessi per trauma.

Le cause di morte immediate sono date dalla rottura del cuore o dei grossi vasi; le morti precoci si verificano entro le tre ore dall'evento e sono dovute all'instabilità cardio - respiratoria conseguente ad ostruzione delle vie aeree. Le morti tardive sono dovute ad una insufficienza respiratoria post traumatica e alle infezioni.

Un trauma compressivo del torace può determinare fratture costali multiple, gli atti respiratori sono frequenti e superficiali per ridurre il dolore. Alla palpazione del torace si sentono dei crepitii ossei.

PNEUMOTORACE APERTO (ferita toracica soffiante)

Quando una lesione alla parete toracica mette in comunicazione il cavo pleurico con l'esterno, basta chiudere con un telo plastico la lesione fissando la medicazione su tre lati in modo da formare una valvola unidirezionale.

Già al momento della valutazione dello scenario è possibile sospettare la presenza di trauma toracico. Se al momento della fase B della valutazione primaria per cui dopo aver scoperto il torace si notasse difficoltà respiratoria, deviazione della trachea, asimmetria del torace e all'ispezione crepitii, si avverte subito la CO 118.

TRAUMA ADDOMINALE

Le strutture addominali hanno un alto indice di esposizione all'evento traumatico e se il trauma non è diagnosticato rimane frequente causa di morte evitabile.

Esiste la possibilità che una lesione addominale provochi emorragia o peritonite con gravi conseguenze. L'attenta ricognizione dello scenario è la più importante fonte di informazione.

SEGNI DI LESIONE ADDOMINALE

- Dolore prima moderato ma rapidamente intollerabile
- Crampi
- Nausea
- Debolezza
- Sete
- Lacerazioni evidenti o ferite perforanti dell'addome, della pelvi, del basso torace o della schiena
- Tosse o vomito con emissione di sangue
- Posizione antalgica (gambe sollevate per ridurre la tensione dei muscoli addominali)
- Tutti gli altri segni di shock

FERITE DELL'ADDOME

Le cause possono essere diverse: ferite da arma bianca, da arma da fuoco etc. A seconda che la ferita

raggiunga o meno la cavità peritoneale si parlerà di ferite PENETRANTI e in questo caso si cercherà sempre un foro d'uscita, e NON PENETRANTI.

Nel caso di oggetti conficcati non si deve mai rimuovere l'oggetto in questione perché potrebbe scatenare un'emorragia massiva.

Si deve inoltre esporre l'area della ferita tagliando i vestiti ma stando sempre attenti a non spostare l'oggetto, si deve immobilizzare l'oggetto conficcato con una medicazione a tampone fissata con cerotto (cravatta). Si trasporta con precauzione il paziente.

EVISCERAZIONE

Se ci troviamo in presenza di una ferita addominale dalla quale escono dei visceri non si deve cercare in nessun modo di riposizionarli all'interno. Si deve esporre la ferita tagliando i vestiti, quando è possibile si può far flettere le ginocchia a livello delle anche per ridurre la pressione sui muscoli addominali, si copre l'organo esposto con teli sterili o garze che non sfilaccino e si bagna con soluzione salina sterile e si copre tutto con telo termico.

TRAUMA IN GRAVIDANZA

Quando ci troviamo di fronte ad una vittima in gravidanza, dobbiamo considerare che, oltre a trattare la donna, dobbiamo pensare anche al feto.

Ci sono degli accorgimenti per aiutare madre e figlio nel miglior modo possibile:

- Maggior apporto di ossigeno

Posizionamento adeguato, si usano i mezzi convenzionali evitando costrizione a livello addominale e con l'accortezza di sollevare la parte destra del corpo a favore della sinistra per evitare la compressione cavale. (aumento della pressione venosa a livello uterino)

MEZZI DI IMMOBILIZZAZIONE

collare cervicale
barella a cucchiaio
tavola spinale
corsetto estricatore
materasso a depressione
steccobende

TRIAGE

Tecnica da utilizzare in presenza di un numero elevato di vittime. Ha il compito di discriminare i pazienti che hanno maggiore urgenza di soccorso. Chi esegue il triage dovrebbe avere la possibilità di rilevare segni e sintomi senza soffermarsi a trattare le vittime

analizzare il maggior numero di vittime nel minor tempo possibile
riconoscere le condizioni cliniche che consentono di dare una priorità di trattamento al maggior numero di vittime con maggiore probabilità di sopravvivenza

rosso: priorità 1= vittima critica

giallo: priorità 2= possibilità di sopravvivere e di rimanere stabile per alcune ore

verde: priorità 3= ferite minori che possono essere trattate anche da personale minimamente addestrato e che possono attendere per il trattamento

CODICE CESIRA

c = cammina

c= coscienza

e= emorragie

s= shock

i= insufficienza respiratoria

r= rotture ossee

a= altro