

CROCE ROSSA ITALIANA
Volontari del Soccorso
GIULIANOVA



Quaderno protec 12
"Supporti Vitali al Trauma"

A cura del Sq. Protec 1 di Giulianova

Introduzione

In questo quaderno prenderemo in esame i principali presidi che potremmo avere bisogno di usare per eseguire uno spostamento in sicurezza di un traumatizzato.

Prima di proseguire nella consultazione di questa dispensa si ritiene necessario avere una conoscenza ortopedica di base, soffermandoci alla funzione che il sistema scheletro assolve.

Per motivi didattici il presente quaderno non sostituisce la frequentazione del corso specifico, pertanto il presente non si prefigge di essere né esaustivo né completo, ma ha la presunzione di essere un adeguato promemoria per il soccorritore che abbia seguito con impegno il corso specifico.

Definizione

Trauma: Alterazione indotta nel nostro organismo da una causa esterna, violenta ed improvvisa.

Politrauma: Almeno due lesioni traumatiche gravi associate alla compromissione delle funzioni vitali (deficit di circolo, respiro o dello stato di coscienza). Si tenga presente che al di sotto dei 40 anni d'età, rappresenta la prima causa di morte.

Immobilizzazione

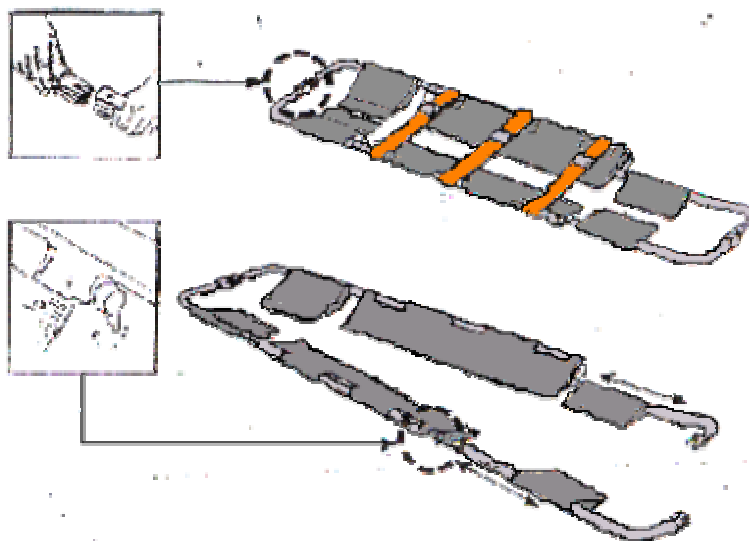
Il soccorso pre-ospedaliero del traumatizzato impone una precoce ed adeguata immobilizzazione della colonna vertebrale in toto, per la tutela del midollo spinale. Il 40% circa delle lesioni del rachide cervicale si accompagnano a lesioni del midollo spinale, con conseguenti deficit neurologici gravi. Purtroppo, è stato accertato che il 25% dei danni permanenti al midollo spinale è il risultato di manovre inadeguate attuate durante la fase extraospedaliera (rimozione e trasporto).

Quindi riveste importanza fondamentale la precoce **immobilizzazione della colonna cervicale**, al fine di stabilizzare e prevenire movimenti inconsulti o passivi del capo. Ne consegue che è necessario, oltre ad essere a conoscenza dei vari presidi adatti a questo tipo di soccorso, abbiamo una preparazione adeguata per il loro impiego.

SVT - Supporto Vitale al Trauma

Barella a cucchiaio

E' in tipo di barella rigida, smontabile in due parti lateralmente che permette la rimozione del ferito in modo corretto, mantenendolo in posizione orizzontale. E' regolabile in lunghezza ed è munita anche di cinghie che consentono l'immobilizzazione totale del paziente (questo risulta utilissimo oltre che negli incidenti stradali, anche in tutti quei casi in cui l'uso del coltrino è problematico: scale strette, ecc.).



Per il suo utilizzo sono necessari 4 soccorritori, in casi estremi almeno 3 soccorritori, e bisogna sostenere la barella ai lati, per evitare che possa subire delle pericolose flessioni.

I limiti dell'utilizzo di questo presidio sono:

- Non permette adeguato sostegno della colonna a livello dorso lombare a causa della apertura longitudinale posteriore della barella;
- Può essere usata solo per brevi spostamenti e nelle situazioni tipo "carica e vai".

Dopo l'utilizzo in caso di incidenti, se sporco di sangue o altro, va lavato con acqua (meglio acqua ossigenata).

Tavola Spinale

Un presidio estremamente importante e completo, con l'ausilio del fermacapo, per l'immobilizzazione del traumatizzato.

La Tavola Spinale:

- Permette l'immobilizzazione della colonna in toto;
- Permette di effettuare esami radiografici (radiotrasparenza), senza eseguire spostamenti dell'infortunato che potrebbero essere pericolosi;
- In situazioni critiche (vomito, ecc. ...) può essere sollevata anche in posizione laterale e verticale, dopo esserci assicurati di aver accuratamente fissato il paziente su di essa;
- La tavola spinale, del tipo galleggiante, è ottimale per soccorsi in acqua.

La Tavola Spinale, oltre alla tavola stessa ha come accessori il **Fermacapo** supporti rigidi imbottiti ed il **Ragno** sistema di cinghie..

Il fermacapo ci consente di fissare il capo alla tavola stessa:

- Viene vincolato all'asse spinale mediante pareti rigide imbottite e cinghia passante sulla fronte e sul mento;
- Viene utilizzato unitamente al collare cervicale, precedentemente posizionato;
- Evita i movimenti di flessione laterale e rotazione del collo, liberando il soccorritore che era preposto all'immobilizzazione del capo;

Il ragno sistema di cinghie per il fissaggio del paziente sulla Tavola Spinale:

- Cinghia longitudinale, da posizionare sulla linea mediana del corpo;
- Per la sua applicazione occorrono due soccorritori posti ai lati della vittima, agendo in sincronismo infilano le cinghie trasversali negli appositi fori laterali della Tavola;
- 1° cinghia a "V" passarla sopra le spalle della vittima, con la punta della "V" posizionata al 3° superiore dello sterno;
- 2° cinghia all'altezza del 3° distale dell'omero, includendo quest'ultimo al 2° passaggio;
- 3° cinghia a livello dell'anca, includendo i polsi al 2° passaggio;
- 4° cinghia al 3° distale del femore;
- 5° cinghia al 3° distale della gamba.

Steccobende

Sono degli strumenti che permettono di immobilizzare le fratture o presunte tali e quindi, da una parte di lenire il dolore e dall'altra permettono di trasportare il paziente in ospedale "in maggior sicurezza" ovvero evitando di aggravare la frattura. Ne esistono di varie dimensioni (in genere piccola, media e grande) a seconda dell'arto da immobilizzare, e di vari tipi. Quelle deformabili sono migliori perchè ci consentono di immobilizzare anche fratture esposte. Si terrà maggiore cura nell'immobilizzazione di una frattura esposta proteggendola da eventuali infezioni e poi ci si preoccuperà di immobilizzare la parte per il trasporto.

Per l'applicazione di questo presidio si procederà in maniera diversa se ci troviamo a trattare una presunta frattura, una frattura, una frattura esposta, dove sarà possibile si agisce in due soccorritori.

In presenza di **frattura o presunta tale**:

- L'arto interessato al trauma deve essere mosso il meno possibile, senza tentativi di rimuovi forzati di riallineamento;
- Rimuovere abiti, gioielli e quant'altro potrà impedire l'immobilizzazione ed evitare contatti che potrebbero causare infesioni;

- Controllare polso e sensibilità a valle della sospetta frattura, prima e dopo l'applicazione della steccobenda;
- Proteggere l'eventuale ferita;
- Deformare la steccobenda per farla aderire il più possibile all'arto fratturato;
- Immobilizzare le articolazioni a monte ed a valle della frattura o sospetta tale.

In caso di fratture esposte, cioè quelle in cui i monconi dell'osso fuoriescono dai tessuti molli:

- Non trazionare;
- Non tentare di raddrizzare l'arto;
- Non far "rientrare" l'osso;
- Non pulire l'osso esposto (eventualmente, lavare con soluzioni sterili e proteggerlo da infezioni con garze sterili);
- Immobilizzare avendo cura di non esercitare pressioni sulla parte esposta.

Collare cervicale

Il collare cervicale è uno strumento che permette di immobilizzare il collo di un paziente che abbia subito un trauma.

Ce ne sono di vari tipi; i migliori, in quanto permettono una maggiore immobilità, sono quelli costituite da due parti una anteriore (che presenta un foro da cui si può fare una eventuale tracheotomia) ed una posteriore.

Sono disponibili le seguenti misure:



Prima di applicare il collare piegare in due la parte anteriore del collare ed appoggiarlo al collo del paziente. L'esatta misura può essere verificata assicurandosi che il bordo del velcro non si estenda al di sopra della fine del mento.

Il primo soccorritore continua a stabilizzare delicatamente la testa del paziente. Il secondo soccorritore, dopo aver montato la parte anteriore del collare, lo colloca sotto il mento del paziente di modo che sia saldamente fermo alla parte alta delle spalle e dello sterno e che il mento appoggi comodamente sull'apposito supporto. Dopo aver posizionato il pezzo davanti, portate il velcro intorno alla parte posteriore del collo e fermarlo sulla parte opposta del collare. Non stringete questo pezzo, in quanto la sua unica funzione è quella di sostenere la parte anteriore del collare, liberando così le mani del volontario che sta applicando il collare stesso.

Posizionare simmetricamente la parte posteriore dietro la testa. Successivamente portare entrambi i velcri ai lati ed allacciarli sulla parte anteriore del collare.

Controllare la posizione del collare assicurandosi che il mento sia centrato sulla base d'appoggio. I lati del collare dovranno sovrapporsi per un adeguato sostegno laterale del collo.

Se il paziente è sdraiato a terra, posizionare la parte anteriore poi, mantenendo l'allineamento del collo e della testa, far scivolare la parte posteriore sotto il collo ed allacciarla alla parte anteriore nel modo descritto sopra.

La pulizia del collare è fondamentale per eliminare eventuali tracce di sangue, liquidi fisiologici, sporco e grasso. Il lavaggio può essere effettuato con sapone e disinfettante. Per la pulizia del collare non usare prodotti chimici.

KED (estriccatore)

Il Kendrick Extrication Device (KED) è stato progettato per immobilizzare pazienti con sospette lesioni spinali/cervicali o fratture.

La particolare struttura del KED permette di estrarre con facilità dall'abitacolo di una autovettura un infortunato mantenendone una rigidità verticale.

Tutte le nostre manovre dovranno garantire al paziente il funzionamento delle condizioni vitali, per cui si avrà cura di non effettuare compressioni che possono ostacolare il flusso del sangue e garantire una respirazione regolare, pur dovendo effettuare una immobilizzazione del tronco.

Il KED si compone dei seguenti elementi:

- 1.giubbotto di spostamento**
- 2.cuscino**
- 3.cinghie mento/frontali.**



Utilizzare il KED come segue:

- Un volontario deve sostenere la testa del paziente durante tutte le manovre di applicazione del KED;
- Possibilmente posizionare il collare cervicale, mantenendo sempre il sostegno del capo;
- Altri due volontari si posizionano da entrambi i lati del paziente, evitando il più possibile movimenti del tronco, faranno scivolare il giubbotto dietro la schiena, con fasce e fibbie rivolte verso l'esterno;
- Centrare il KED lungo l'asse spinale del paziente. Durante questa operazione si avrà l'accortezza di muovere l'infortunato il meno possibile per cui tutti i movimenti saranno minimi;
- Liberare le fasce per il busto dagli agganci e passatele intorno al paziente. Allacciare prima la fascia centrale, poi quella sotto ed infine quella alta, **senza serrare**. Ad ogni fascia corrisponde un aggancio di colore identico.
- Si fissa poi il capo. Avvolgere le ali intorno alla testa ed assicurarle con le cinghie, una sopra le arcate sopracciliari e l'altra in corrispondenza del bordo inferiore del collare, utilizzare, se è necessario, il cuscinetto di spessore per ottimizzare la posizione neutra del rachide cervicale;
- Si ancorano le cinghie "fermagambe" passandole ad incrocio (colore nero) da dietro il paziente incrociandole tra le gambe dello stesso;
- Dopo aver fatto un controllo generale del posizionamento del KED possiamo passare alla fase di Rimozione del paziente. Assicurarsi che tutte le fasce siano ben bloccate. A questo punto due volontari con cura gireranno e inclineranno il paziente per estrarlo dal veicolo. Un terzo volontario si occuperà delle gambe, assicurandosi prima che non siano bloccate o incastrate nella pedaliera del veicolo, poi sostenendole durante lo spostamento dal veicolo con l'ausilio preferibilmente, se disponibile, della tavola spinale o barella;
- Dopo aver sistemato il paziente sulla tavola spinale passeremo ad allentare le cinghie fermagambe e quella insistente sul torace, mentre l'altro soccorritore provvederà a posizionare il ferma capo della spinale stessa in ultimo si proteggerà al paziente dal caldo o dal freddo con la copertina termica terminando con assicurarlo sull'asse spinale;
-
- 10.Rimozione del giubbotto dal paziente. Slacciare le fasce per il busto e per le gambe. Togliere le fasce mento/frontali. Con cautela tirare via il giubbotto minimizzando i movimenti del paziente. Per riporre il giubbotto, stenderlo su una superficie piana con la parte posteriore rivolta verso l'alto. Ripiegare le fasce e fermarle agli appositi agganci. Arrotolare il giubbotto partendo dalla parte delle fasce per il busto. Il cuscino e le fasce mento/frontali devono essere arrotolate all'interno del giubbotto.

Utilizzo del KED in situazioni speciali.

- **Gravidanza.** Per trasportare una donna in stato di gravidanza con pancia prominente, ripiegare due sezioni di ciascuna ala per il busto verso l'interno. Fissare quindi le fasce escludendo quella prossima alla pancia.
- **Paziente pediatrico.** Per adattare il giubbotto ai bambini mettere coperte o il cuscino in dotazione sul busto del paziente prima di fissare le cinghie.

- **Paziente monitorizzato.** In questo caso occorre ottenere una maggiore esposizione possibile del torace del paziente. Per fare ciò piegare due sezioni di ciascuna ala per il busto verso l'interno. Slacciare la fascia verde e gialla per effettuare la defibrillazione.
- **Frattura del bacino.** Per steccare un bacino fratturato capovolgere il giubbotto (ali per la testa verso i piedi). Fasciare i fianchi con il giubbotto in modo che le fasce siano sopra le ossa del bacino. Stringere poi le stesse, usando le mento/frontali per fissare le ali della testa alla coscia.

Materassino a depressione

E' uno strumento deputato al trasporto del paziente traumatizzato. Il principio è lo stesso delle steccobende. Una volta prelevato il paziente (es. con il cucchiaio), questo viene adagiato sul materassino, quindi si toglie il cucchiaio, e con pompa di aspirazione, si immobilizza il paziente che è pronto per essere trasportato.

Bibliografia

Manuale del Soccorritore, edito da Abruzzo Soccorso, Centro Formazione permanente;

Sito WWW.croceverdelucca.it/savonaemergenza