

MATERIALI PER IMMOBILIZZAZIONE

In ambiente ostile

Dott. Enrico VISETTI
Valle d' Aosta

“...immobilization and transport of trauma victims must be safe and comfortable...”

**NATIONAL ASSOCIATION OF EMS PHYSICIANS
Position Paper, 1999**

“...immobilization and transport of the trauma victims must be **safe** and **comfortable...**”

CHI?

COME?

CHI?



Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care

Recommendations

Level II

Spinal immobilization of all trauma patients with a cervical spine or spinal cord injury or with a mechanism of injury having the potential to cause cervical spinal injury is recommended.

- Triage of patients with potential spinal injury at the scene by trained and experienced emergency medical services (EMS) personnel to determine the need for immobilization during transport is recommended.
- Immobilization of trauma patients who are awake, alert, and are not intoxicated; who are without neck pain or tenderness; who do not have an abnormal motor or sensory examination; and who do not have any significant associated injury that might detract from their general evaluation is not recommended.

American College of Emergency Physicians

“...Spinal motion restriction should be considered for patients who meet validated indications such as the NEXUS criteria or Canadian C-Spine rules.”

I soccorritori devono impiegare linee guida per valutare i pazienti traumatizzati.

L' uso di linee guida riduce il numero di pazienti immobilizzati

Non è mai stato dimostrato che l' immobilizzazione prevenga le lesioni midollari secondarie o l' aggravamento delle primarie.

National Association of EMS Physicians and American College of Surgeons Committee on Trauma 2012

Ma in ambiente ostile, chi immobilizzare?

DANGER

A – airway

B – breathing

C – circulation

D - disability

Immobilizza i traumi che hanno indicazione e nei quali, ragionevolmente, l'immobilizzazione non aumenta i rischi di A-B-C

COME?

Vantaggi:

- Riduce la probabilità di lesioni midollari secondarie a movimenti

TAVOLA
SPINALE
(+ COLLARE)

Svantaggi:

- Non è confortevole
- Richiede tempo dilazionando la presa in carico specialistica
- Aumenta la PIC
- Aumenta il rischio di aspirazione
- Aumenta il rischio di lesioni da decubito
- Riduce la pervietà delle vie aeree
- Riduce l'efficacia della ventilazione

La tavola spinale è soltanto un presidio per estrinsecare i pazienti e non per il trasporto e l' evacuazione.

Dopo 120 minuti di immobilizzazione su una tavola spinale il 100% dei pazienti presenta lesioni da decubito.

L' uso della tavola spinale non ha alcun ruolo nei trasporti inter ospedalieri anche di pazienti con lesioni spinali.

National Association of EMS Physicians and American
College of Surgeons Committee on Trauma 2012

«Il tempo medio di permanenza di un paziente immobilizzato su una tavola spinale è di 54 minuti se viene spostato prima della diagnostica e di 182 minuti se viene spostato dopo la diagnostica.»

Cooney DR et al *Int J Emerg Med* 2013, 6:17

MATERASSO A DEPRESSIONE

Pressione di esercizio: -225/-375 mmHg (0.3 – 0.5 atm)

Riduce rigidità salendo aumenta rigidità scendendo

Blocca più della spinale

E' più confortevole

E' più ingombrante (?)

E' più fragile

COLLARE CERVICALE

“We suggest AGAINST the use of cervical collars by first aid providers (weak recommendation of evidence).”

“Consistent with the First Aid principle of preventing further harm, the potential benefits of cervical collar do not outweigh harms.”

COME IMMOBILIZZARE?

Usa sistemi e tecniche di immobilizzazione che non aggiungano danno a danno.

Il paziente deve trarre maggior comfort dalla presenza dell'immobilizzazione che dalla sua assenza.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE