

## Capitolo K

Garantire un intervento precoce ed efficace nelle situazioni di pericolo di vita da alterazione o mancanza di segni vitali:

### La valutazione ABCDE

La valutazione ABC è la fase comune per tutte le valutazioni sul paziente, nonché la fase fondamentale per attivare / iniziare le manovre di rianimazione cardiopolmonare di base, se necessario. La sua facile memorizzazione e assonanza alle fasi fondamentali rende particolarmente semplice e mnemonico il suo utilizzo. Le fasi D e E si aggiungono per completarne una corretta e sufficiente valutazione su tutti i tipi di pazienti che non necessitano immediatamente di manovre BLS. Implicita, a monte dell'ABC, si considera sempre la valutazione della sicurezza stessa del soccorritore, che per regola fondamentale, a ragion di logica, non deve diventare la seconda vittima da soccorrere. Nonché, ancor prima di valutare ABC si applica un colpo d'occhio che già ne anticipa una significativa parte.

#### Aspetto del paziente - IL COLPO D'OCCHIO

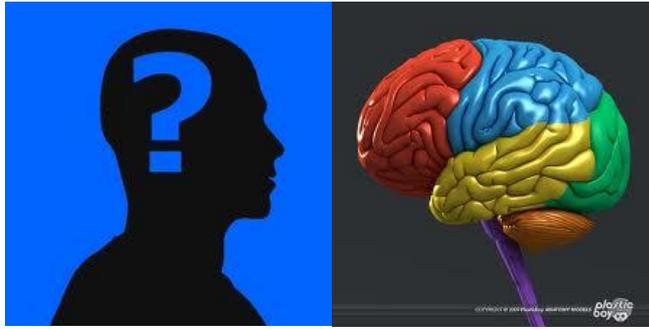
Prima di toccare la vittima, il soccorritore, deve valutare visivamente la persona/paziente, in maniera generica e globale, mentre si sta ancora avvicinando, per aver già un'idea sommaria sulla potenziale gravità:

- **SI MUOVE SPONTANEAMENTE ?**
- **PARLA ?**
- **POSTURA DEL CORPO?**
- **POSIZIONE DELLA VITTIMA RISPETTO ALL'EVENTO?**
- **COLORITO CUTANEO?**
- **PRESENZA DI SANGUE ?**

L'aspetto del paziente può già dare indicazioni molto importanti ai soccorritori, soprattutto in presenza di alterazioni del sensorio, tali da rendere l'anamnesi problematica o poco attendibile:

SEGNO POSSIBILE SIGNIFICATO – alcuni esempi:

Pallore shock	Ipotensione, anemia, emorragia interna,
Sudorazione algida	Problematiche cardiache, shock
Vomito "a getto" e alterazioni del sensorio cerebrale	Ipertensione endocranica, emorragia
Cianosi generalizzata	Insufficienza respiratoria
Febbre	Problematiche neurologiche e/o metaboliche
Tremori	Febbre, problemi neurologici
Miosi (pupilla puntiforme)	Intossicazione/overdose da oppiacei
Midriasi	Sofferenza corticale da ipossia



# A

## A (AIRWAYS) - Valutazione dello stato di coscienza e vie aeree

Avvicinarsi al paziente, scuotendolo leggermente per entrambe le spalle, chiamandolo ad alta voce e guardandolo in viso. Questa fase valutativa a triplice stimolo è fondamentale anche per quei pazienti che possono avere problemi neurologici, essere ipovedenti o sordomuti o portatori di disabilità psico-fisiche. *Infatti, questa metodica garantisce lo stimolo adeguato di tutti i sensi contemporaneamente, e solo se non vi sarà alcun tipo di risposta motoria e/o verbale, il soccorritore, potrà dichiarare lo stato di incoscienza e contemporaneamente valutare velocemente il respiro, l'espansione del torace simile a un respiro fisiologico. Vedi valutazione punto B.*

Stato VIGILE o DI COSCIENZA: Il paziente è vigile, orientato, ricorda l'accaduto e risponde alle domande più comuni (come si chiama, dove si trova, che giorno è oggi)

Stato CONFUSIONALE : Il paziente è disorientato nel tempo e nello spazio, ed è incapace di eseguire semplici movimenti a richiesta

Stato SOPOROSO: Lo stato di incoscienza recede con lo stimolo verbale, ma regredisce nuovamente al termine dello stesso

Stato STUPOROSO: Lo stato di incoscienza recede con stimolazioni di tipo doloroso, ma regredisce al termine dell'applicazione degli stessi

Stato COMATOSO: Il paziente non reagisce ad alcun tipo di stimoli (Per la valutazione neurologica più approfondita, si può vedere la classificazione di Glasgow, solo per il personale sanitario)

Si definisce **lipotimia** un breve periodo di riduzione dello stato di coscienza, in assenza della perdita di coscienza. TRATTAMENTO: pos. supina e gambe sollevate (solo se respira). Possono precederla sensazioni di vertigine, nausea, offuscamento della vista.

Si definisce **sincope** un breve periodo di perdita di coscienza dovuta a disturbi reversibili delle funzioni cerebrali. Possono precedere lo svenimento o la sincope: annebbiamento della vista, diminuzione del tono muscolare posturale, vertigini, senso di mancamento o di ubriacatura.

Sono cause di sincope: diminuzione della pressione arteriosa e conseguente riduzione della perfusione cerebrale (sincope vaso-vagale o depressoria), riduzione della portata cardiaca per alterazioni della frequenza e/o del ritmo (sincope cardiogena), ostruzione arteriosa cerebrale per arteriosclerosi, trombosi, embolie.

# B



## **B (BREATHING) – valutazione del respiro**

Come anticipato al punto A, solo in caso di accertato stato di incoscienza, questa valutazione verrà fatta in modo veloce, guardando attentamente il torace ricercandole l'eventuale espansione, che ricordi un atto respiratorio normale. In caso di assenza di respiro o di una attività respiratoria particolarmente irregolare (es. come un pesce che boccheggia, atti molto lenti e profondi, rumori respiratori tipo rantolo, respiro a singhiozzo..) si darà inizio alla sequenza BLSd, attivando i soccorsi e chiedendo il defibrillatore (DAE). Vedi algoritmo BLSd.

Di norma, invece, la valutazione dell'efficacia della respirazione si attua sostanzialmente attraverso:

- frequenza respiratoria:

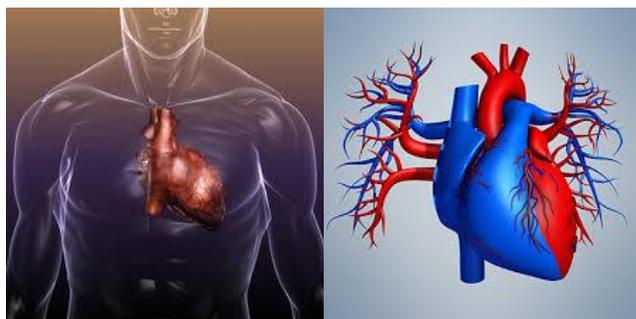
FREQUENZA DEL RESPIRO	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
Compresa fra 12 e 20 atti/min	Eupnea,	frequenza normale a riposo
Maggiore di 20 atti/min	Tachipnea,	frequenza aumentata
Minore di 12 atti/min	Bradipnea,	frequenza diminuita

- ritmo respiratorio: valutare se gli atti sono regolari nel tempo e/o se coesistono periodi di apnea (assenza del respiro);
- ampiezza del respiro: verificare se il respiro è superficiale o profondo;
- presenza di rumori respiratori: rantoli (rumori simili al russamento o a gorgoglii), tipici di pazienti con vie aeree ostruite o in edema polmonare acuto) o sibili (rumori simili ad un fischio, tipici di pazienti con grave attacco asmatico);
- presenza di cianosi: indica una situazione di carente apporto di ossigeno ai tessuti periferici;

Per il personale di trasporto è fondamentale un'altra valutazione, facilitata anche in questo caso da un particolare acronimo, l'OPACS:

- O** -> **OSSERVO** il torace (movimenti, espansione bilaterale, deformità etc.)
- P** -> **PALPO** (integrità, deformità, crepitii, dolore al tocco..)
- A** -> **ASCOLTO** (rumori del respiro come rantoli, sibili, fischi etc.)
- C** -> **CONTO** (frequenza del respiro, con particolare attenzione se FR < 10 atti/min o > 25-30 atti/min)
- S** -> **SATURAZIONE** (applico il saturi metro, attenzione a valori < 90% !!)

# C



## C (CIRCULATION) – valutazione del circolo

La valutazione si attua attraverso la misurazione della frequenza cardiaca a livello di un polso arterioso periferico (radiale) o centrale (femorale, carotideo), la valutazione del tipo di battito e la misurazione della pressione arteriosa:

### Valutazione della frequenza cardiaca (FC)

#### DEFINIZIONE

ADULTI , di norma, compresa fra 60 e 100 battiti/min	Normale a riposo
Maggiore di 100 battiti/min	Tachicardia
Minore di 60 battiti/min	Bradycardia

BAMBINI, di norma, compresa fra 100 e 180 battiti/min	Normale a riposo
Maggiore di 180 battiti/min	Tachicardia
Minore di 100 battiti/min	Bradycardia

Attenzione! I valori di riferimento possono subire notevoli variazioni rispetto a: soggetti sportivi (bradycardia normale) o sotto assunzione di farmaci e sostanze. Va sempre richiesto il valore di riferimento, conosciuto dal paziente stesso, o valutate situazioni correlate, es. tachicardia per stato di agitazione/emozione , etc.

#### BATTITO CARDIACO - TIPO DI BATTITO e SIGNIFICATO

Ritmico: I battiti cardiaci sono scanditi regolarmente nel tempo, a distanza uguale l'uno dall'altro: l'attività cardiaca è valida e ottimale;

Aritmico: I battiti non sono regolari nel tempo, alternando periodi in cui sono più vicini a periodi in cui sono più distanti;

Pieno e scoccante: Battiti ben percepibili alla palpazione del polso arterioso: la pressione sistolica è normale o aumentata;

Debole e filiforme: Battiti difficilmente o poco percepibili alla palpazione del polso arterioso: la pressione arteriosa è bassa.

Nella fase C è altresì importante rilevare se presenza di emorragie, il colorito della cute (rosso intenso, canotica, pallida etc.) e la sua temperatura (al tatto o meglio con un termometro a infrarossi/timpanico o normale)

### Valutazione della pressione arteriosa (PA)

VALORI DELLA PRESSIONE	DEFINIZIONE	E SIGNIFICATO
130/80 millimetri di mercurio	Normotensione:	la PA è regolare
Maggiore di 130/80 mm/Hg	Ipertensione:	la PA è alta
Minore di 130/80 mm/Hg	Ipotensione:	la PA è bassa

PA massima < 90 mm/Hg	Ipotensione	probabile stato di shock
PA minima > 130 mm/Hg	Ipertensione	ALLERTA immediatamente 118
Se il polso radiale è presente e palpabile		PA > 80 mm/Hg
Se polso radiale assente, ma polso carotideo è palpabile		PA compresa tra 50 e 80mmHg
Se il polso radiale e quello carotideo sono entrambi assenti		PA < 50 mm/Hg (shock)

**Attenzione:** se la rilevazione della PA avviene tramite apparecchio elettronico, verificarne il corretto posizionamento e funzionamento, controllandone anche la corrispondenza dei battiti cardiaci rilevati con quelli presi dall'addetto al trasporto al polso radiale.

### **ALGORITMO UNIVERSALE – ABC - > BLSd:**

Valutazione AB, coscienza e respiro - > se **NO** coscienza/respiro = inizio BLS (30 CTE/2 VENT)

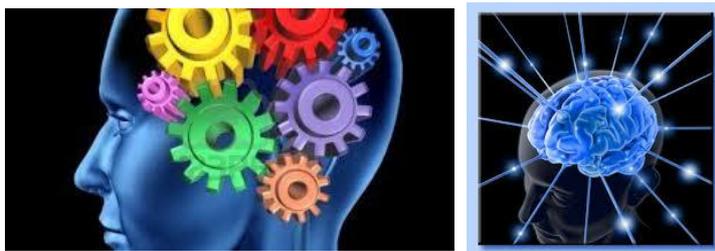
Contatto immediato con 118

Appena disponibile uso del DAE

Valutazione AB, coscienza e respiro -> se **NO** coscienza **SI** respiro = PLS (posizione laterale di sicurezza) e osservazione continua, rivalutazione ABCDE frequente

**Se comparsa di movimento, respiro, apre gli occhi.. fermare sequenza BLSd e rivalutare A B , se presenti proseguire con C D E. Ricontattare 118 per aggiornamento.**

# D



## **D (DISABILITY) – valutazione dello stato neurologico**

Questa fase va a valutare lo stato neurologico del paziente, utilizzando anche qui un facile acronimo di aiuto, l'AVPU:

- A** -> **ALERT**, il paziente è sveglio. Si valuterà anche il grado del suo orientamento spazio temporale
- V** -> **VERBAL**, il paziente non sembra sveglio o sembra decisamente confuso, reagisce o risponde solo a stimoli vocali
- P** -> **PAIN**, non è sveglio e reagisce solo su stimolo doloroso
- U** -> **UNRESPONSIVE**, non è sveglio e non reagisce a nessuno stimolo

Questa valutazione quindi da una indicazione su potenziali rischi neurologici o stati patologici che influiscono sul sistema nervoso.

# E



## **E (EXPOSURE)** – esposizione / **valutazione testa – piedi**

Ultima fase valutativa, ma di certo non meno importante, consta nell' osservare tutto il paziente, come precedentemente valutato, nella sua postura spontanea o forzata (per dolore, per tipo di trauma, per deficit neurologico..), nel suo aspetto generale (sofferenza, affaticamento, colorito, movimento, eloquio, apparente stato nutritivo e psico-fisico, etc..). Questo andrà associato ad una valutazione fisica di tutti i distretti corporei in caso di trauma di certa entità, o mirati in casi specifici o ben dichiarati (valutazione di tutto l'addome e della schiena, se riferito dolore addominale, del ginocchio in caso di trauma diretto etc...). Le parti devono essere scoperte e valutate fisicamente ove necessario o in caso di dubbio o in mancanza di dati.

L'accuratezza della valutazione prevede la palpazione delicata partendo dalla testa, nuca, collo, torace, addome, bacino, arti superiori e arti inferiori (a secondo anche dei protocolli locali). I dati rilevati vanno segnati e comunicati in modo puntuale a chi di competenza.

Anche in questa fase valutativa compare un utile acronimo, l'AMPIA:

- A** -> **ALLERGIE** (a farmaci, alimenti, sostanze etcc, verificate o ipotizzate..)
  - M** -> **MEDICINE** (farmaci o terapie assunte o necessarie)
  - P** -> **PATOLOGIE** (se soffre o ha sofferte di malattie..)
  - I** -> **INGESTIONE** (ora dell'ultimo pasto completo, assunzione di liquidi o solidi etc..)
  - A** -> **ALTRO** (notizie che possono avere attinenza con la situazione attuale)
- 

## IL CORRETTO UTILIZZO DELLA SEQUENZA

# ABCDE

## SU OGNI TIPO DI PAZIENTE GARANTISCE UNA VALUTAZIONE RAPIDA ED EFFICACE