

Defibrillatore si, defibrillatore no: un'opinione controcorrente?

Dr. Angelo Giusto MD

Medico dell'Emergenza

E' sempre colpa del DAE, che non c'è

Recenti avvenimenti di cronaca hanno riportato l'attenzione su alcuni episodi di morte improvvisa, durante attività sportiva agonistica, da parte di soggetti in giovane età, buona salute, e ovviamente ben monitorati dal punto di vista delle condizioni cliniche.

Oltre l'ormai consueto e deprecabile dubbio, subito insinuato, sulla adeguatezza e tempestività delle cure mediche fornite ai malcapitati Pazienti, il secondo interrogativo portato all'attenzione dei Media è stato che, FORSE, non fosse disponibile "il defibrillatore".

Al di là della tragedia, del dolore e del senso di impotenza che accompagnano questo tipo di eventi, viene però spontanea una domanda.

E' sempre colpa del defibrillatore (che non c'è)?

II DAE

Un caro amico infermiere, ormai in pensione, mi raccontò che all'inizio degli anni '70, all'arrivo dei primi palloni di Ambu nel Pronto soccorso, qualcuno dei "vecchi" infermieri li accolse con un commento del tipo "Ma cos'è questo coso? Roba da americani, qui non servirà mai a niente".

E' stato, o sta diventando, così anche per il DAE?

Quando cominciai il mio percorso professionale presso vari Servizi 118, alla fine degli anni '90, si cominciò a parlare del concetto di defibrillazione precoce "consentita" ai laici (ai "non sanitari") e si cominciarono, da parte di varie Società scientifiche, i percorsi formativi in tale direzione. Per

poter utilizzare il DAE occorreva, quindi, un “brevetto” supplementare rispetto a quello che era lo “standard” formativo del BLS: il cosiddetto “DP” (Defibrillazione Precoce), che addirittura doveva essere validato dal 118.

Si passò successivamente ad integrare i due procedimenti con l’avvento del “BLS-D”.

Sono passati alcuni anni, ormai, e da poco tempo a questa parte non è più “obbligatorio” alcun “titolo” per poter utilizzare il DAE: come in tutta Europa. Questi dispositivi sono divenuti pubblici, e utilizzabili da chiunque ed in qualsiasi momento.

Quando serve il DAE. Ma... SOLO il DAE?

E’ un pochino difficile, quasi “pericoloso” dissertare in merito al DAE, senza il rischio di cadere nell’evidente o, peggio, nello scontato.

Il Defibrillatore Semi-Automatico, come tutti sappiamo, rappresenta ormai una realtà a diffusione capillare nelle nostre realtà urbane, fino alle più remote contrade rurali.

Se è vero, ed è innegabile, che questo strumento, ormai alla portata di tutti, possa essere decisivo e determinante in alcune particolari situazioni cliniche, è altrettanto scontato che, in altre situazioni, la sua presenza NON intervenga minimamente nell’aumentare le possibilità di sopravvivenza del nostro Paziente.

Non starò ovviamente a tornare su concetti elementari e noti a tutti in merito alla fisiopatologia del ritmo cardiaco, ma è importante sottolineare che il defibrillatore, sia manuale sia automatico, è utile ed interviene SOLO quando ci si trovi in presenza di un ritmo, appunto, DEFIBRILLABILE. Nello specifico, si parla essenzialmente di fibrillazione ventricolare e di tachicardia ventricolare.

Quando NON serve il DAE

Da quanto – semplicemente e velocemente – esposto sopra, il defibrillatore NON SERVE qualora il ritmo di presentazione nell’arresto cardiaco NON sia un ritmo defibrillabile, o qualora la noxa etiologica dell’arresto cardiorespiratorio NON sia di origine cardiaca. A questo, bastino due semplicissimi esempi: in un arresto cardiaco con ritmo di presentazione di asistolia, o di attività elettrica senza polso (PEA) oppure, altro esempio, qualora la causa dell’arresto cardiaco derivi da un’ostruzione acuta, e completa, delle vie aeree.

Altro argomento di discussione, riguarda le morti in età pediatrica, riconducibili ad una etiologia cardiaca.

Premesso che in alcune Regioni (Liguria compresa) i DAE in circolazione NON sono dotati di piastre pediatriche, ma solo per adulti, appare, quindi, tutto sommato poco rilevante (a parere di chi scrive) la presenza o meno del DAE.

Tali drammatici eventi avvengono, per fortuna, estremamente di rado. Però, purtroppo, avvengono. In alcune circostanze fatti di cronaca hanno sottolineato “l’assenza del defibrillatore” come se questo potesse essere sempre l’indispensabile panacea che avrebbe potuto evitare qualche morte.

Orbene, secondo la mia modesta esperienza, peraltro suffragata dalla letteratura, generalmente non è così. Tali eventi rappresentano una minimissima percentuale rispetto agli ACC nell’adulto, e sono quasi sempre seguiti da exitus, anche in presenza, in tempi estremamente ridotti, di team ALS dotati, certamente, del defibrillatore, e di molte altre risorse. Quindi: in assenza di risposta ad una rianimazione cardio-polmonare **completa**, appare probabilmente poco verosimile una ripresa di circolo efficace con il solo DAE, ed un PBL.

Un altro aspetto che certamente ha da essere considerato è il binomio, ovviamente imprescindibile, tra defibrillazione precoce ed adeguata esecuzione della RCP.

Appare pleonastico sottolineare che possiamo avere a disposizione un DAE in “tempo zero”, ma in assenza di una corretta RCP (mi riferisco soprattutto alla **ventilazione** del Paziente, adulto o bambino che sia), che significato può avere tentare unicamente di convertire un ritmo?

Quindi... è sempre colpa del DAE?

Un pensiero con un filo logico forse troppo semplicistico, ma confortato da alcuni anni di pratica clinica, mi fa venire in mente di rispondere NO.

Non è sempre colpa del defibrillatore, anche quando non c’è, in quanto le concause sono talmente tali e tante che (ribaltando il concetto) anche in presenza del DAE ma in assenza del resto... le possibilità di riuscita si riducono davvero di tanto.

Un team ALS inesperto o – peggio – incompetente potrà essere dotato del defibrillatore-ultimo-modello, però...

Un team BLS che arrivi tempestivamente sullo scenario dell’evento potrà “erogare la scarica”, ma se non esegue in modo soddisfacente una RCP...

Quindi: perché, ad esempio, non fare un passo indietro, e ricominciare ad insegnare l’esecuzione corretta di una rianimazione cardiopolmonare, sia agli equipaggi MSB (quante volte, purtroppo, si arriva sul target, e si assiste a RCP quanto meno di dubbio significato!) che alla popolazione, piuttosto che investire unicamente in apparecchiature?

Perché non ritornare ad investire, almeno per un breve periodo, in formazione del **Personale Sanitario** dei Servizi 118, anziché implementare ulteriormente il mero numero delle apparecchiature?

Sono certo che troverò alcune persone d’accordo con quello che ho scritto, ma molte altre non lo saranno. Ecco, come al solito ho lanciato il sassolino nello stagno... aspetto i cerchi d’onda.

* * * * *

Angelo GIUSTO, Medico dell'Emergenza, è nato a Savona nel 1969.

Ha frequentato un Master in "Pronto Soccorso ed Emergenze Pediatriche" presso l'Istituto "G. Gaslini" di Genova. Ha partecipato alla 2° Edizione del "Neonatal Intensive Care" presso la Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche presso la Fondazione "Gaslini International".

Certificato BLS-D, ACLS, PBLIS-D, PEPP, ITLS, PEDIFACT'S, ECx2, ATLS, EMD provider, BLS-D, PBLIS-D, PEPP, ITLS e PEDIFACT'S Istruttore. E' abilitato al volo sanitario su mezzi ad ala fissa e rotante.

Si occupa di formazione per i V.d.S. CRI, così come per numerose altre Associazioni di Volontariato del Soccorso Sanitario.

Ha pubblicato "Appunti di Primo Soccorso" e "Manuale di Primo Soccorso", linee-guida per Aspiranti V.d.S. CRI, e numerosi altri articoli sempre relativi all'emergenza sanitaria pre-ospedaliera.

Web-Master del sito "SavonaEmergenza" (online dal 1999), collabora con il sito Farmasalute, con la Rivista Online "Emergency-Live", e con altre pagine web relative all'emergenza sanitaria.

Attualmente si occupa con particolare attenzione della medicina di emergenza pediatrica e neonatale nell'ambito del soccorso extraospedaliero. Si è occupato dello studio e della pianificazione dei soccorsi nel contesto di catastrofi e maxi-emergenze. E' stato Pre-Hospital Disaster Manager per il servizio presso il quale lavora.

Ufficiale Medico del Corpo Militare C.R.I., ha acquisito la qualifica di Insegnante Militare di area sanitaria.

Medico della Marina Mercantile Italiana, abilitato da Concorso dello Stato (2009).