

App. 4

XT



XT, DISPOSITIVO DI IMMOBILIZZAZIONE ASSIALE E Di ESTRICAZIONE

PERCHÉ VA USATO:

È un dispositivo di immobilizzazione cranio-caudale, cioè del solo asse testa-collo-tronco con esclusione degli arti, usato per prevenire danni secondari riducendo le sollecitazioni meccaniche durante le operazioni di estricazione da un ambiente confinato, quale tipicamente l'abitacolo di un'auto incidentata.

Serve per standardizzare una procedura che garantisca al contempo rapidità d'intervento, tutela della colonna vertebrale del paziente e la salvaguardia del soccorritore, laddove non fornisce protezione alcuna la manovra di Rautek.

Permette di mantenere l'allineamento del paziente durante le torsioni tipiche dell'estricazione da spazi confinati o in caso di paziente seduto, garantendo anche protezione da scivolamento su superfici taglienti o abrasive.

QUANDO:

Si distinguono 2 procedure possibili, con conseguenti tempistiche e relative configurazioni iniziali delle cinture:

A) ESTRICAZIONE RAPIDA (fast eXTrication), in 20" circa, nell'immediato approccio al paziente con criteri situazionali e patologici suggestivi (aggancio laterale delle cinture).

B) ESTRICAZIONE CAUTELATIVA, prevede circa 2', dopo la primary del PTC eseguita nel mezzo (cinture sganciate pronte all'uso);

-A) Precarie condizioni ambientali o del paziente impongono un'estricazione d'emergenza senza esecuzione della primary nel mezzo e senza posizionamento del collare cervicale. È in tal caso prioritario valutare il paziente, rapidamente ed in sicurezza, fuori dall'abitacolo (la primary inizia fuori!).

-B) Nell'estricazione cautelativa le condizioni generali, del paziente e ambientali, consentono, nell'ordine, di completare la primary nel mezzo, anticipare parte dell'immobilizzazione assiale con xt, estrarre su asse spinale o scoop 65 exl, ultimare la secondary fissando su presidio e barella di trasporto.

Non è necessario rimuovere l'XT una volta posizionato su spinale o scoop, come pure non si rende necessario l'uso di una scoop o spinale per il trasporto del paziente, se non presenta lesioni al bacino o agli arti inferiori. L'Xt garantisce l'allineamento neutro della colonna in toto, dal cranio sino al bacino. È consigliato ultimare rivalutazione ed esame testa-piedi in ambulanza durante il trasporto.

INDICAZIONI:

- estrazione da abitacoli incidentati;
- qualsiasi traumatizzato da immobilizzare che si trovi in spazi angusti o di difficile accesso, o reperito seduto;
- utilizzo per l'immobilizzazione pediatrica nella sua configurazione normale con paziente di peso superiore ai 18 Kg;
- per paziente pediatrico di peso inferiore come base di supporto ad immobilizzatori a decompressione SENZA fermacapo QHI;
- stoccaggio per maxi-emergenze.

ATTENZIONE:

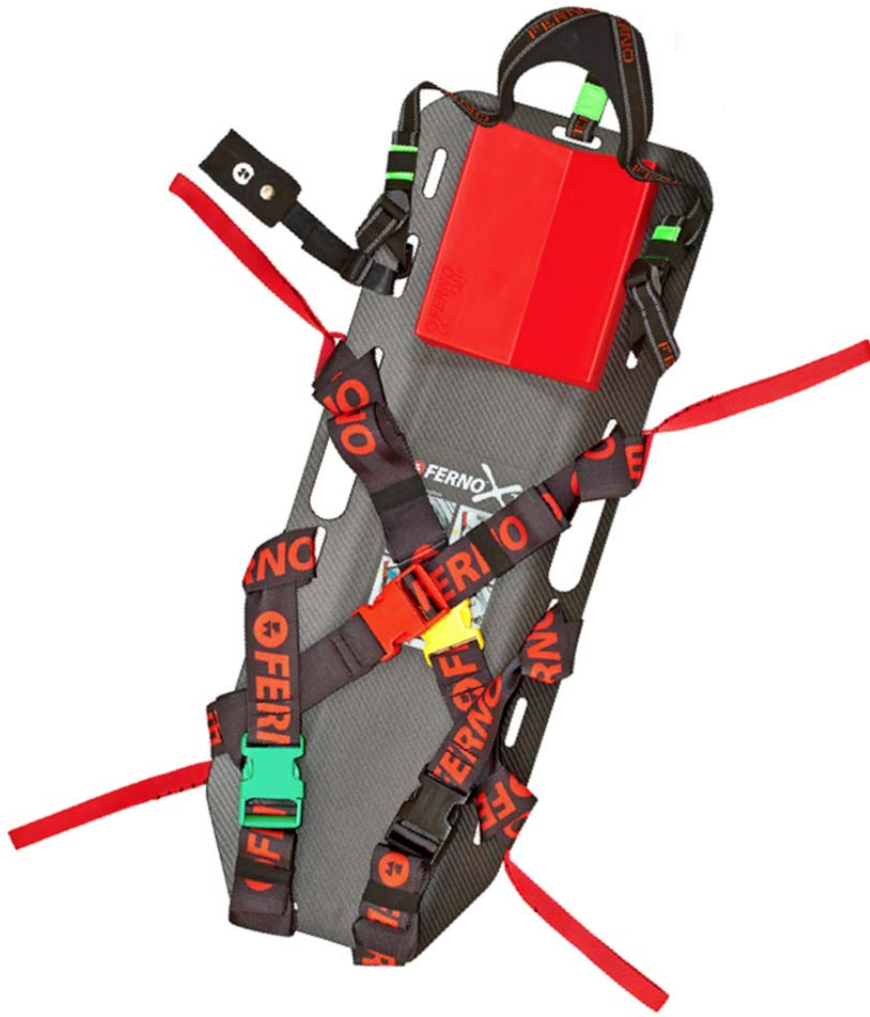
Nel sospetto di frattura di bacino NON si applicano le cinture pelviche, perché andrebbero ad agire meccanicamente su una possibile instabilità dell'anello pelvico. Una soluzione potrebbe essere incrociarle senza farle passare tra le gambe.

COM'È FATTO:

È una tavola rigida di fibra composita, di spessore ridotto (6mm), leggera (2 kg), strutturata per contenere l'asse cranio-caudale (capo e intera colonna vertebrale) e sagomare lateralmente il paziente. Ha una capacità di carico di 160 kg.

Comprende:

- la tavola xt, di materiale composito, con 2 maniglie e 15 fori (piccoli, per le cinture);
- un fermacapo QHI ("quick head immobilizer") in poliuretano;
- un triangolo fermacapo in neoprene;
- una fascia rossa per il collo (alloggiata nell'astuccio alla destra del presidio);
- 4 fettucce periferiche rosse (maniglie di sollevamento e trasporto);
- una cintura toracica gialla ed una rossa (2 pezzi, uno lungo ed uno corto, uniti da fibbia di plastica);
- una cintura inguinale verde ed una nera (2 pezzi, uno lungo ed uno corto, uniti da fibbia di plastica).

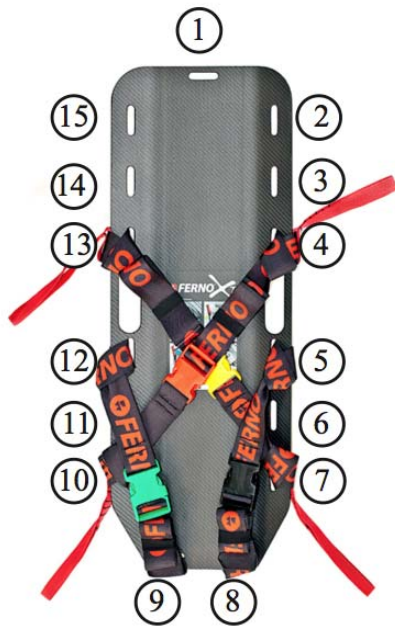


COME SI USA:

Richiede almeno 2 operatori, meglio 3 per la gestione dell'uscita dal veicolo, in particolare se paziente pesante, e se si opta per un utilizzo congiunto con scoop o spinale, certamente più sicuro per la tutela degli arti inferiori.

Prima ancora dell'utilizzo è fondamentale conoscere la configurazione del presidio.

PREPARAZIONE ALL'USO DI QHI, FASCE E CINTURE:



- 1) posizionamento QHI: centralmente, superiormente, in prossimità del foro 1 lato testa;
- 2) FASCIA ROSSA per il collo, nell'apposito astuccio, nel foro 14;
- 3) TRIANGOLO FERAMACAPO in neoprene nei fori 1, 14 e 3;



4) CINTURE TORACICHE:

a configurazione SCIOLTA per inserimento nell'estricazione cautelativa, INCROCIATA nell'estrazione finale, LATERALE per estricazione rapida;

-sono dotate di maniglie rosse di sollevamento e trasporto, che vanno sempre posizionate verso l'esterno per esser facilmente reperibili.

Per far questo si inserisce l'asola dell'estremità LUNGA della cintura GIALLA nel foro 13, si fa passare dentro la cintura, l'estremità CORTA va agganciata in egual modo al foro 7;

si uniscono le fibbie di plastica;

-la stessa operazione, simmetrica, va fatta per la cintura ROSSA, che va dal foro 4 al 10;

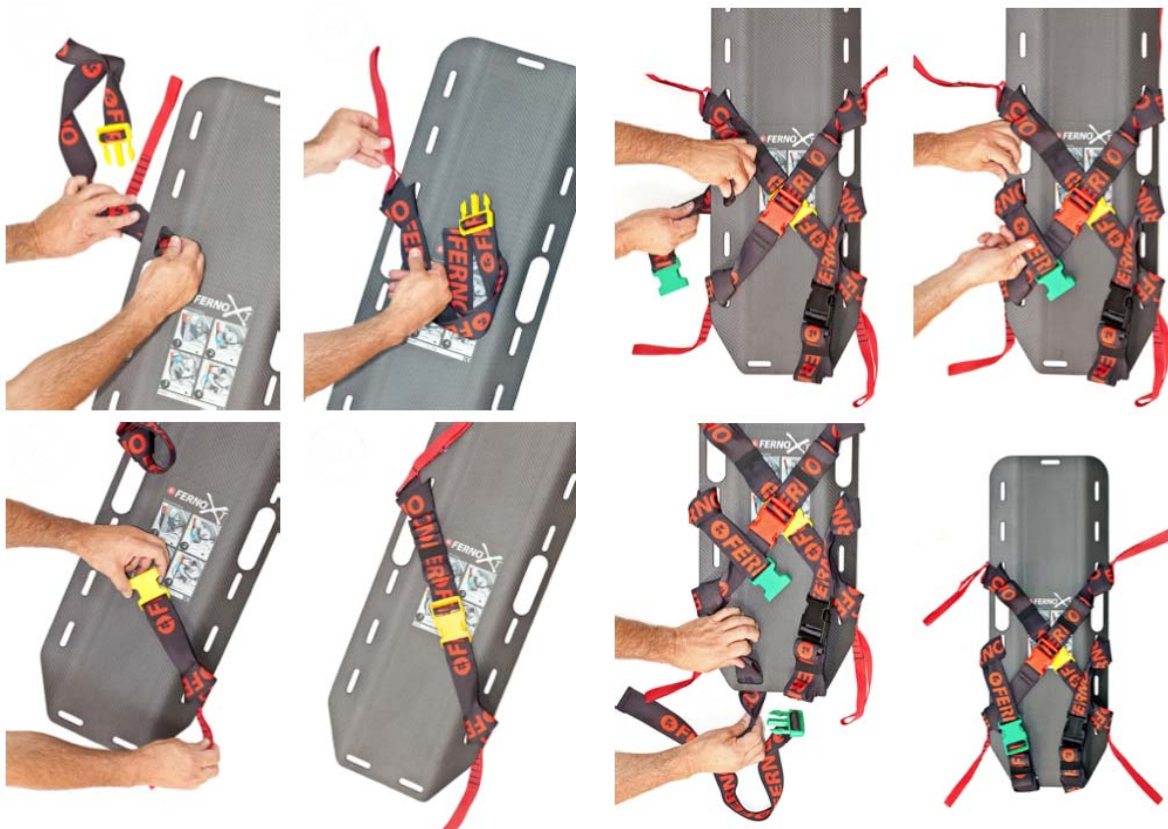
(è indifferente alternare cintura gialla e rossa ai due lati).

5) CINTURE INGUINALI:

hanno configurazione OMOLATERALE (non si sospetta frattura bacino):

-estremità CORTA della cintura VERDE nel foro 12, estremità LUNGA nel foro 9;

-medesima operazione, simmetrica, per la cintura NERA, dal foro 5 all'8.



I) ESTRICAZIONE CAUTELATIVA A 3 OPERATORI:

Tutte le manovre seguenti dipendono dall'accessibilità del veicolo. Valutiamo l'ipotesi ideale di avere tutti i lati accessibili e consideriamo il caso più comune con equipaggio formato da tre operatori addestrati.

-OP. 1, 2 e 3 lavorano in sicurezza;

-OP. 1 approccia il paziente dal lato medesimo e blocca il rachide;

-OP. 2 toglie la cintura di sicurezza;



-OP. 3, che entra da dietro, se possibile toglie il poggiatesta, prende in consegna il rachide cervicale con le dita a ventaglio per non interferire con il posizionamento del collare;



-OP. 1 ispeziona il collo, sceglie misura e mette il collare cervicale più adeguato;

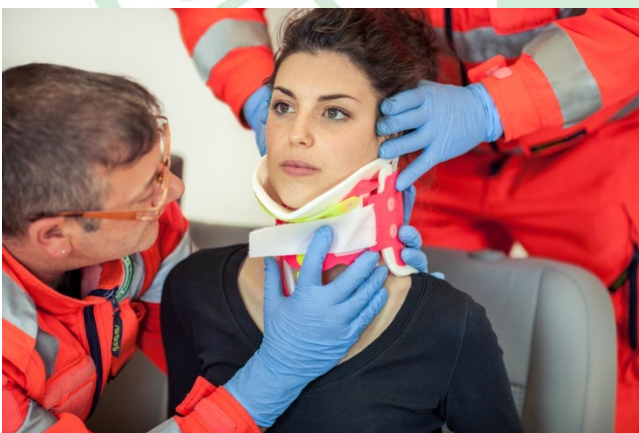
-OP. 1 e 2 eseguono la primary del PTC; a primary ultimata si preparano all'uso dell'xt:



-OP. 2 sposta leggermente in avanti il paziente per favorire l'inserimento dell'xt;

-OP. 1 inserisce xt dietro al paziente, con le cinture SGANCIATE LATERALMENTE e pronte all'uso, evitando che il presidio interferisca con l'abbigliamento (tirare in avanti la cintura dei pantaloni perché non interferisca);

-OP. 2 aiutato da OP.1 fa adagiare il paziente alla tavola;





-OP. 1-2 fissano le cinture toraciche in configurazione INCROCIATA, assicurandosi che le maniglie rosse di sollevamento e trasporto siano LIBERE SOPRA LE SPALLE, facilmente reperibili durante la fase di estricazione;



-OP. 1-2 fissano le cinture pelviche, facendole passare sotto le gambe ognuna dallo stesso lato;



-OP 1-2 applicano il triangolo fermacapo sommitale (ORA);



-OP. 2 svolge la fascia rossa per il collo dal sacchetto e la passa all'

-OP. 1, che la fisserà all'estremità opposta nel foro 3;



-OP. 1 e 2 assicurano tutti i sistemi di fissaggio, identificano la via d'uscita migliore ed accessibile, e procedono con l'estricazione;

La via d'uscita preferenziale in tal caso, per una maggiore tutela del paziente, è la controlaterale, usando come piano di appoggio per l'asse spinale o per la cucchiaino proprio il sedile opposto al reperimento del paziente.

-OP. 3 si prepara all'esterno con la tavola spinale (ad esempio) puntata sul proprio bacino da un lato, inclinata ed appoggiata sul sedile controlaterale dall'altro;





- OP. 1 e 2 fanno scivolare il paziente sull'asse spinale, trascinandolo dalle maniglie rosse e facendo presa sulla spinale;
- OP. 1 e 2 afferrano la spinale ai due lati;
- OP. 3 afferra spinale dal versante testa;
- OP. 1, 2, 3 adagiano asse spinale sulla barella di trasporto (a cinture sganciate);
- OP. 1 e 2 assicurano il paziente con i rispettivi sistemi di fissaggio;
- OP. 1 e 2 assicurano tavola spinale o cucchiaio alla barella auto-caricante con i suoi sistemi di sicurezza.

II) ESTRICAZIONE CAUTELATIVA A 2 OPERATORI:

- OP. 1 approccia il paziente dal lato medesimo, blocca il rachide e cede la presa all'
- OP. 2, che entra dal lato opposto e prende in carico capo e torace mantenendo l'allineamento del tronco, con una mano che blocca l'occipite e l'altra che blocca contemporaneamente gli zigomi ed il torace con l'avambraccio;
- OP. 1 mette il collare cervicale;
- OP. 2 sposta leggermente in avanti il paziente per favorire l'inserimento dell'xt;
- OP. 1 inserisce xt dietro al paziente, con le cinture disposte LATERALMENTE e pronte all'uso, evitando che il presidio interferisca con l'abbigliamento (tirare in avanti la cintura dei pantaloni perché non interferisca);
- OP. 2 aiutato da OP.1 fa adagiare il paziente alla tavola;
- OP. 1 applica il triangolo fermacapo finché OP. 2 mantiene la presa capo-collo;

-OP. 1-2 fissano le cinture toraciche in configurazione INCROCIATA, assicurandosi che le maniglie rosse di sollevamento e trasporto siano LIBERE SOPRA LE SPALLE, facilmente reperibili durante la fase di estricazione;

-OP. 1-2 fissano le cinture pelviche, facendole passare sotto le gambe ognuna dallo stesso lato;

-OP. 2 libera la fascia rossa per il collo dal sacchetto e la passa all'

-OP. 1, che la fisserà all'estremità opposta nel foro 3;

-OP. 1 prima di procedere all'estricazione, si posiziona frontalmente al paziente, ruota il paziente, perché esca sempre di testa, avendo cura di non interferire con le strutture della vettura, ponendo attenzione agli arti inferiori, affinché non si impiglino nell'abitacolo;

-OP. 1 aiutato dal 2 procede con estrazione dal veicolo, prendendo ognuno le maniglie rosse del proprio lato.

La via d'uscita preferenziale in tal caso, per una maggiore tutela del paziente, è la controlaterale.

Laddove possibile, in fase d'uscita, uno dei due operatori prende contemporaneamente le due maniglie rosse di trasporto con una mano, e gli arti inferiori afferrandoli dai pantaloni;

-OP. 1 e 2 estraggono il paziente sino a posizionarlo sulla barella di trasporto, preventivamente avvicinata al veicolo, con o senza presidio full-body adagiato sopra, in base alla necessità o meno di un'immobilizzazione completa del corpo (frattura al bacino, fratture agli arti inferiori).

III) ESTRICAZIONE **RAPIDA A 2 OPERATORI**:

Si consiglia il POSIZIONAMENTO LATERALE delle cinghie toraciche ed inguinali (si agganciano estremità delle cinghie toraciche omolateralmente, estremità lunga della gialla con corta rossa a destra, estremità lunga rossa con corta gialla a sinistra).

-OP. 1 approccia il paziente dallo stesso lato, blocca il rachide e passa consegna all'

-OP. 2 che entra nel veicolo dal lato opposto, sposta il paziente leggermente in avanti, bloccandone testa e collo nei soliti punti sotto zigomi ed occipite (facendo aderire al torace l'avambraccio che blocca gli zigomi), in modo da garantire lo spazio necessario all'inserimento del presidio;

-OP. 1 inserisce l'xt dietro al paziente, centrandolo;

-OP. 2 assieme all'1 riposiziona il paziente sull'xt;

-OP. 1 applica il triangolo fermacapo;

-OP. 1 prima di procedere all'estricazione, si posiziona frontalmente al paziente per afferrare le maniglie superiori facendole passare SOTTO IL CAVO ASCELLARE. Ruota il paziente, perché esca sempre di testa, avendo cura di non interferire con le strutture della vettura, ponendo attenzione agli arti inferiori, affinché non si impiglino nell'abitacolo;

-OP. 1 aiutato dal 2 procede con estrazione dal veicolo, prendendo ognuno le maniglie rosse del proprio lato.

La via d'uscita più rapida in questo contesto è forse la medesima del reperimento.

-OP. 1 e 2 estraggono il paziente sino a depositarlo sul suolo, in caso di pericolo usano le maniglie per trascinarlo lontano.

IV) ADATTAMENTO A PAZIENTI PEDIATRICI:

Per paziente pediatrico di peso inferiore ai 18 kg, l'xt viene usato come base di supporto e quindi in combinazione ad immobilizzatori a decompressione (steccobende), SENZA l'applicazione del fermacapo QHI.

È consigliato frapporre un telo tra paziente e steccobenda, e non effettuare una decompressione eccessiva.

