

Πώς οι Πρώτες Βοήθειες σώζουν μια ζωή



Η άμεση βοήθεια που παρασχέθηκε στον ποδοσφαιριστή της Δανίας, Κρίστιαν Έρικσεν, που υπέστη καρδιακή ανακοπή κατά τη διάρκεια αγώνα στο Euro 2020, ανέδειξε την αναγκαιότητα και χρησιμότητα της ύπαρξης ενός καλά οργανωμένου συστήματος παροχής πρώτων βοηθειών σε κάθε χώρο στην κοινότητα. Η καλή έκβαση του συγκεκριμένου περιστατικού σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, ενώ πιθανότατα η εξέλιξη θα ήταν πολύ διαφορετική εάν η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και η χρήση του αυτόματου εξωτερικού απινιδιστή δε λάμβαναν χώρα τόσο γρήγορα και αποτελεσματικά.

Η προτεινόμενη αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής είναι η άμεση έναρξη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΑ) και η έγκαιρη απινίδωση.

Τι συνέβη στο περιστατικό

Το θύμα αρχικά κατέρρευσε και αφού αναζητήθηκαν σημάδια ζωής, δηλαδή έγινε έλεγχος αντίδρασης και έλεγχος αναπνοής, το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό, δηλαδή ο ποδοσφαιριστής έπεσε σε καρδιακή ανακοπή. Ξεκίνησαν άμεσα θωρακικές συμπίεσεις και πολύ γρήγορα χρησιμοποιήθηκε ο αυτόματος εξωτερικός απινιδιστής (ΑΕΑ), με τον οποίο έγινε η ανάλυση ρυθμού και χορηγήθηκε απινίδωση.

Η Καρδιακή ανακοπή στην κοινότητα

Η καρδιακή ανακοπή (ΚΑ) είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη, ενώ αφορά σε περίπου 55-113/100.00 κατοίκους ανά έτος ή αλλιώς σε 350.000-700.000 άτομα ανά έτος στην Ευρώπη (Berdowski et al. 2010, Grasner et al. 2011, Grasner & Bossaert 2013). Στο πλαίσιο της αρχικής ανάλυσης ρυθμού ενός θύματος ΚΑ εκτός του νοσοκομείου, αναφέρεται ότι το 25-50% έχουν κοιλιακή μαρμαρυγή, δηλαδή απινιδώσιμο ρυθμό (Cobb et al. 2002). Η παρέλευση των πρώτων λεπτών μετά την ανακοπή χωρίς την παροχή βασικής υποστήριξης της ζωής από παριστάμενους έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της κοιλιακής μαρμαρυγής ή της άσφυγμης κοιλιακής ταχυκαρδίας (και οι δυο απινιδώσιμοι ρυθμοί) σε ασυστολία, δηλαδή σε μη-απινιδώσιμο ρυθμό, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες για επιβίωση (Waalewijn et al. 2002). Όταν η ανάλυση του ρυθμού γίνεται άμεσα μετά την ΚΑ, το ποσοστό των θυμάτων ΚΑ με κοιλιακή μαρμαρυγή μπορεί να ξεπεράσει το 70% (Weisfeldt et al. 2010, Berdowski et al. 2011). Εκτιμάται ως εκ τούτου ότι η επιβίωση της ΚΑ εκτός του νοσοκομείου θα μπορούσε να αυξηθεί εάν οι παριστάμενοι δρούσαν άμεσα, όσο παραμένει η κοιλιακή μαρμαρυγή ως ρυθμός ανακοπής του θύματος και πριν αλλοιωθεί σε ασυστολία.



Καρδιακή ανακοπή στο χώρο εργασίας

Σε σχέση με το χώρο εργασίας, αναφέρεται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, η μέση επίπτωση σε ενήλικες εργαζόμενους είναι 55 ΚΑ ανά 100.000 ανθρωπο-έτη, με μέση επιβίωση 7% (Berdowski et al. 2010), ενώ επίσης νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι 0,3-4,7% όλων των εκτός του νοσοκομείου ΚΑ συμβαίνουν στο χώρο εργασίας (Descatha et al. 2015). Μελέτη στη Γαλλία αναφέρει ότι τα περισσότερα θύματα ΚΑ στο χώρο εργασίας είναι νεαρά άτομα (44% μεταξύ 18 και 50 ετών), άνδρες (86%), με μη τραυματικά αίτια (86%), ενώ ΚΑΑ εφαρμόστηκε σε 0% έως 55% των περιπτώσεων και οι εγκατεστημένοι στους χώρους εργασίας ΑΕΑ αξιοποιήθηκαν σε ποσοστό από 0% έως 20%, οδηγώντας σε μια επιβίωση χωρίς μείζονες περιορισμούς σε ποσοστό από 0% έως 23% (Palaghita et al. 2016).

Είναι συχνή η υπόθεση ότι οι περισσότερες εκτός νοσοκομείου ΚΑ και πολλές εντός νοσοκομείου ΚΑ οφείλονται σε υποκείμενη καρδιακή νόσο. Αυτές οι υποθέσεις τέθηκαν υπό δοκιμή σε πρόσφατη μελέτη, με βάση ένα νέο σύστημα για την ταξινόμηση της αιτιολογίας της ΚΑ, σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε ένα μόνο κέντρο μετά από εντός ή εκτός νοσοκομείου ΚΑ σε διάστημα δύο ετών. Η αιτία της ΚΑ είχε αναγνωριστεί στις περισσότερες περιπτώσεις, ενώ οι πιο συνηθισμένες αιτίες στις εκτός νοσοκομείου ΚΑ ήταν οξεία στεφανιαία σύνδρομο (16%), ακολουθούμενα από αναπνευστική ανεπάρκεια (12%) και τοξικολογικά αίτια (11%). Οι ρυθμοί επιβίωσης με έξοδο από το νοσοκομείο διέφεραν ανάλογα με την αιτιολογία της ΚΑ, με την επιβίωση να κυμαίνεται από 6% έως 60% ($p < 0,001$) (Chen et al. 2018).

Οι υποχρεώσεις του εργοδότη

Η οργάνωση ενός συστήματος για την παροχή πρώτων βοηθειών στους εργασιακούς χώρους, αποτελεί νομική υποχρέωση του εργοδότη (Ν.3850/2010), ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αποτελεσματικής φροντίδας σε ένα θύμα εργατικού ατυχήματος ή αιφνίδιας ασθένειας. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει τον ορισμό των εργαζομένων που είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή των μέτρων που αφορούν τις πρώτες βοήθειες, έχοντας πρώτα λάβει κατάλληλη επιμόρφωση και εκπαίδευση.

Το Προεδρικό Διάταγμα 16/1996 «Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ» (4 Π.Δ. 16/96) προβλέπει έναν ή περισσότερους χώρους πρώτων βοηθειών σε χώρους εργασίας, όπου ο αριθμός των εργαζομένων υπερβαίνει τους 100. Ορίζει επίσης ότι χώροι πρώτων βοηθειών πρέπει επίσης να προβλέπονται και στους λοιπούς χώρους εργασίας όπου ο τύπος της δραστηριότητας που αναπτύσσεται εκεί και η συχνότητα των ατυχημάτων το απαιτούν. Περιγράφεται επίσης ότι «οι χώροι που προορίζονται για την παροχή πρώτων βοηθειών πρέπει να είναι εξοπλισμένοι με τις απαραίτητες εγκαταστάσεις και υλικά πρώτων βοηθειών, να διαθέτουν τρεχούμενο νερό, να εξυπηρετούνται από ένα ή περισσότερα εντεταλμένα και ειδικά εκπαιδευμένα για την παροχή πρώτων βοηθειών άτομα και να επιτρέπουν την άνετη είσοδο τραυματιοφορέων και φορείων».



Η νεότερη νομοθεσία αναφορικά με την οργάνωση παροχής πρώτων βοηθειών στους χώρους εργασίας είναι τη Υπουργική Απόφαση Αριθμ. οικ. 32205/Δ10.96 «Ελάχιστα απαιτούμενα υλικά πρώτων βοηθειών στους χώρους εργασίας» (Υπουργική Απόφαση Αριθμ. οικ. 32205/Δ10.96 2013), η οποία αναθεωρεί τη λίστα με τα υλικά πρώτων βοηθειών ως εξής:

- Ακετυλοσαλικυλικό οξύ.
- Παρακεταμόλη.
- Αντιισταμινικά δισκία.
- Δισκία κορτιζόνης (πρεδνιζολόνη 4 mg).
- Ενέσιμο σκεύασμα κορτιζόνης (μεθυλπρεδνιζολόνη 125 mg).
- Αντιόξινα δισκία.
- Σπασμολυτικά δισκία.
- Αντιδιαρροϊκά δισκία – Loperamide.
- Οφθαλμικό διάλυμα για πλύση.
- Αντισηπτικό κολλύριο.
- Αντιϊσταμινική αλοιφή.
- Αλοιφή για επούλωση εγκαυμάτων.
- Γάντια.
- Υγρό απολύμανσης χεριών.
- Αποστειρωμένες γάζες κουτιά των πέντε εκατοστών, δέκα εκατοστών και δεκαπέντε εκατοστών.
- Γάζες εμποτισμένες με αντιβιοτικό (Fusidic acid).
- Βαμβάκι.
- Λευκοπλάστης πλάτους 0,08 μέτρα.
- Τεμάχια λευκοπλάστη με γάζα αποστειρωμένη.
- Επίδεσμος 2,50 X 0,05 μέτρα.
- Επίδεσμος 2,50 X 0,10 μέτρα.
- Τριγωνικός επίδεσμος.
- Αιμοστατικός επίδεσμος.
- Φυσιολογικός ορός 250 ή 500 ml.
- Οξυζενέ.
- Οινόπνευμα καθαρό.
- Αντισηπτικό διάλυμα (solution ext. use Povidone Iodine 10 %).
- Γλωσσοπίεστρα.
- Ποτηράκια μιας χρήσης (χάρτινα ή πλαστικά).

Για τη βέλτιστη οργάνωση του συστήματος πρώτων βοηθειών στους χώρους εργασίας, κάθε εργοδότης συνιστάται να λαμβάνει υπόψη του τη γραπτή εκτίμηση και αξιολόγηση των κινδύνων στους χώρους εργασίας του, την ύπαρξη ειδικών κινδύνων, όπως λόγου χάρη οι επικίνδυνες ουσίες, μηχανήματα και εξοπλισμός, την ύπαρξη χώρων με ειδικές συνθήκες εργασίας, όπως λόγου χάρη εργασία σε ύψος σε ένα αιολικό πάρκο και εργασία σε περιορισμένο χώρο, καθώς και την εκτέλεση εργασιών σε απομονωμένες περιοχές που βρίσκονται μακριά από την κεντρική εγκατάσταση και μακριά από οργανωμένες δομές υγείας.

Οργάνωση Συστήματος Πρώτων Βοηθειών στο Χώρο Εργασίας

Η εκπαίδευση των εργαζομένων στην ΚΑΑ προετοιμάζει τους εργαζόμενους να αντιδράσουν άμεσα και να προσφέρουν αποτελεσματική φροντίδα, στο πλαίσιο του συστήματος πρώτων βοηθειών στους χώρους εργασίας. Ο χρόνος αντίδρασης σε επείγουσες καταστάσεις είναι κρίσιμος, ωστόσο το άτομο που θα δώσει πρώτες βοήθειες πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω επιδείνωση ενός περιστατικού και να αυξηθεί η πιθανότητα καλής έκβασης (Engelard et al. 2002).



Επιπλέον, η εγκατάσταση ενός ΑΕΑ στο χώρο εργασίας, εφόσον φυσικά συνοδεύεται από αντίστοιχη εκπαίδευση των εργαζομένων, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του χρόνου που μεσολαβεί ανάμεσα στη διάγνωση της ΚΑ και την ανάλυση ρυθμού, με την αντίστοιχη χορήγηση απινίδωσης εάν ο ρυθμός είναι απινιδώσιμος.

Βιβλιογραφία

- Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation* 2010;81:1479–87.
- Berdowski J, Blom MT, Bardai A, Tan HL, Tijssen JG, Koster RW. Impact of onsite or dispatched automated external defibrillator use on survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 2011;124:2225–32.
- Chen, N., Callaway, C.W., Guyette, F.X. et al. Arrest etiology among patients resuscitated from cardiac arrest. *Resuscitation*. 2018; 130: 33–40.
- Cobb LA, Fahrenbruch CE, Olsufka M, Copass MK. Changing incidence of out-of-hospital ventricular fibrillation, 1980–2000. *JAMA* 2002;288:3008–13.
- Descatha A, Dagrenat C, Cassan P, Jost D, Loeb T, Baer M. Cardiac arrest in the workplace and its outcome: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2015;96:30–6, <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.004>.
- Engelard A, Roysamb E, Smedslund G, Soogard A: Effects of first-aid training in junior high schools. *Inj Control Saf Promot*. 2002, 9: 99-106. 10.1076/icsp.9.2.99.8702.
- Grasner JT, Bossaert L. Epidemiology and management of cardiac arrest: what registries are revealing. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2013;27:293–306.
- Grasner JT, Herlitz J, Koster RW, Rosell-Ortiz F, Stamatakis L, Bossaert L. Quality management in resuscitation – towards a European cardiac arrest registry (EuReCa). *Resuscitation* 2011;82:989–94.
- Palaghita A, Jost D, Despreaux T, Bougouin W, Beganton F, Loeb T, Tourtier JP, Descatha A. Characteristics of Cardiac Arrest Occurring in the Workplace: A Post Hoc Analysis of the Paris Area Fire Brigade Registry. *J Occup Environ Med*. 2016;58(8):747-52. doi: 10.1097/JOM.0000000000000783.
- Waalewijn RA, Nijpels MA, Tijssen JG, Koster RW. Prevention of deterioration of ventricular fibrillation by basic life support during out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2002;54:31–6.
- Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, et al. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:1713–20.

Εκπαιδεύσεις Πρώτων Βοηθειών

στη **GEP Academy**



Η [GEP Academy](#) είναι ο νέος φορέας εκπαίδευσης στην Ελλάδα, που προσφέρει e-learning, blended learning αλλά και παραδοσιακή face to face εκπαίδευση, αξιοποιώντας την τεχνολογία. Επιλέγουμε τους καλύτερους εισηγητές στα face to face και blended learning σεμινάρια μας, ενώ η εκπαίδευση μέσω του διαδραστικού e-learning δίνει τη δυνατότητα εκπαίδευσης σε οποιοδήποτε χώρο και χρόνο, ειδικά την περίοδο αυτή που λόγω των μέτρων περιορισμού της μετάδοσης της COVID-19 η δια ζώσης εκπαίδευση δεν είναι εφικτή.

Η εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες με τη [GEP Academy](#) θα σου δώσει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να είσαι σε θέση με βάση τις Νέες Κατευθυντήριες Οδηγίες να προσφέρεις την κατάλληλη βασική φροντίδα σε ένα άτομο που το έχει ανάγκη. Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι που αξιοποιούμε οδηγούν σε γρήγορη μάθηση, διατήρηση των γνώσεων και απόκτηση αυτοπεποίθησης ότι σε ένα πραγματικό περιστατικό θα μπορέσεις να δώσεις πρώτες βοήθειες με ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο.

Στη [GEP Academy](#) θα βρεις το εκπαιδευτικό πρόγραμμα πρώτων βοηθειών που ανταποκρίνεται στις δικές σου ανάγκες, από το βασικό έως το πλέον εξειδικευμένο. Τα σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών της [GEP Academy](#) είναι σύμφωνα με τις Νέες Κατευθυντήριες Οδηγίες για τις Πρώτες Βοήθειες και οι πιστοποιημένοι εκπαιδευτές θα σε υποστηρίξουν σε κάθε βήμα της εκπαιδευτικής διαδικασίας, κάνοντας την εκμάθηση μια ευχάριστη και διασκεδαστική εμπειρία. Η αξιοποίηση της τεχνολογίας, χρησιμοποιώντας την εκπαίδευση μέσω e-learning θα κάνει την εμπειρία μάθησης ακόμα πιο σύγχρονη και εύκολη.

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε μαζί μας στο gepacademy@gepgroup.gr

HSADVISORY



**We care
We support you
We are here for you**

