



PBLSD



PREMESSA

Affrontare un'emergenza pediatrica è una sfida impegnativa per qualsiasi Soccorritore ne sia coinvolto, sia dal punto di vista assistenziale, considerata la complessità degli interventi, sia dal punto di vista psicologico, dato l'impatto ambientale ed il coinvolgimento emotivo che l'accompagna.

Il bambino non è "un piccolo adulto" ed infatti si differenzia notevolmente da esso per caratteristiche anatomiche, fisiologiche, metaboliche, oltre che per tipologia di patologie, di presentazione sintomatologica e di risposta ai trattamenti terapeutici.

L'introduzione di manovre di Rianimazione Cardiopolmonare di base e la loro successiva uniformazione in Linee Guida (LG), da parte delle Società Scientifiche, ha condotto all'elaborazione di una sequenza operativa di valutazione e trattamento del paziente pediatrico che presenti una compromissione dello stato generale, nota come sequenza PBLSD (Pediatric Basic Life Support Defibrillation).

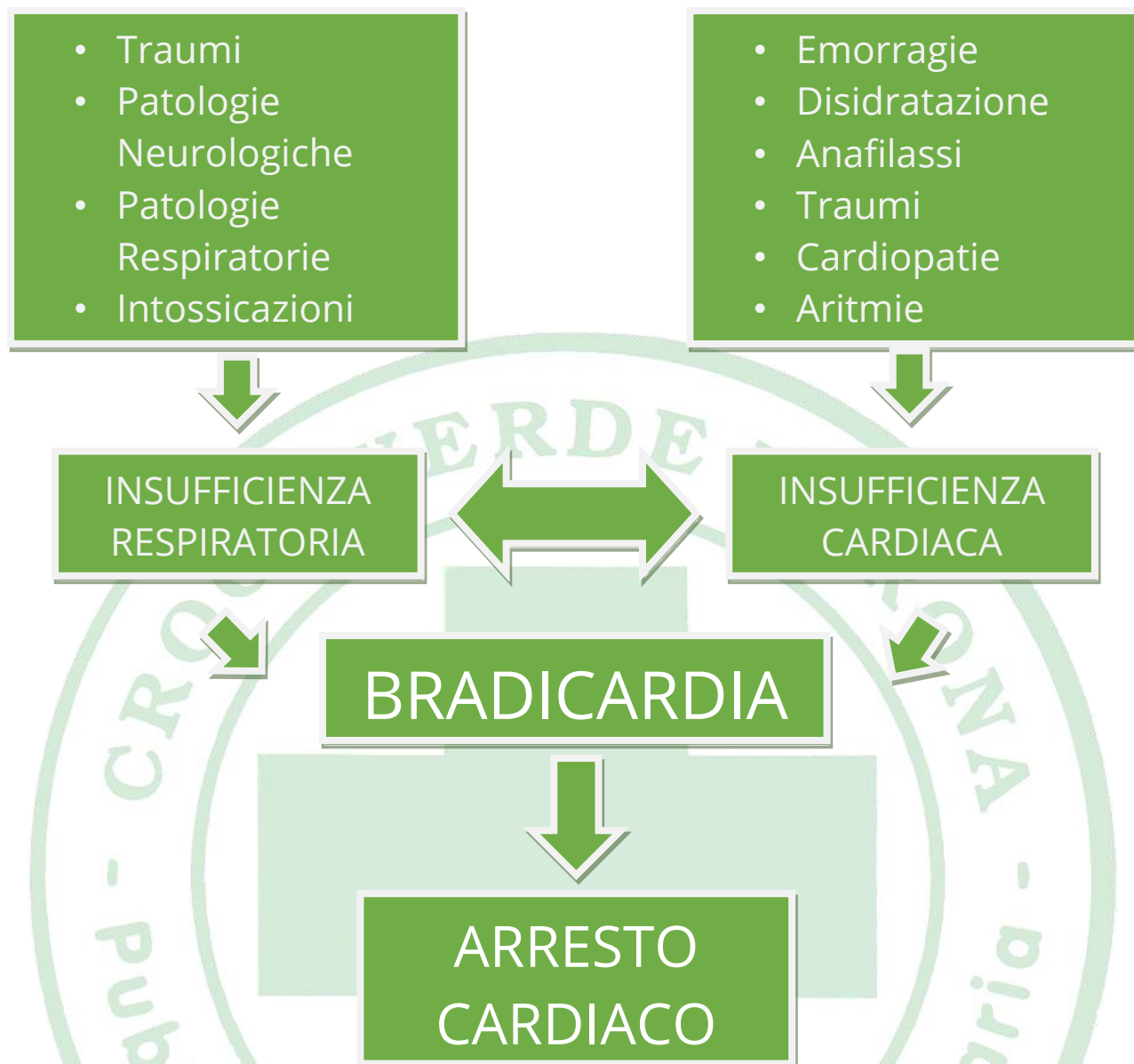
Il PBLSD ha come scopo principale la prevenzione del danno anossico cerebrale sul piccolo paziente, secondario all'arresto cardiocircolatorio, attraverso la messa in opera delle opportune manovre di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP), nelle situazioni in cui siano evidenti i seguenti segni e sintomi:

- Assenza di coscienza
- Assenza di respiro spontaneo
- Assenza di attività cardio-circolatoria

Tali manovre vanno intraprese immediatamente e proseguite fino all'arrivo dell'Equipe di Soccorso Avanzato (ALS – Advanced Life Support).

Le manovre di Rianimazione Pediatrica di Base, di seguito descritte, sono aggiornate alle Linee Guida ILCOR 2021 (International Liaison Committee on Resuscitation 2021) e si applicano a tutti i pazienti in età pediatrica (0-18 aa), condotte con modalità differenti, calibrate su età e peso del paziente pediatrico. Se iniziate tempestivamente ed eseguite in maniera corretta, possono condurre alla completa ripresa del paziente e/o, quantomeno, ad una limitazione del danno neurologico, tale da scongiurare esiti permanenti.

Diversamente da quanto si verifica nel paziente adulto ove l'arresto cardiaco è, più frequentemente, primitivo (es. infarto miocardico acuto, aritmie maligne, etc.), nel bambino è, generalmente, secondario a cause extracardiache che possono causare una gravissima ipossia (es. ostruzione delle vie aeree, shock anafilattico, convulsioni febbrili, etc.).



DANNO ANOSSICO CEREBRALE E CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA

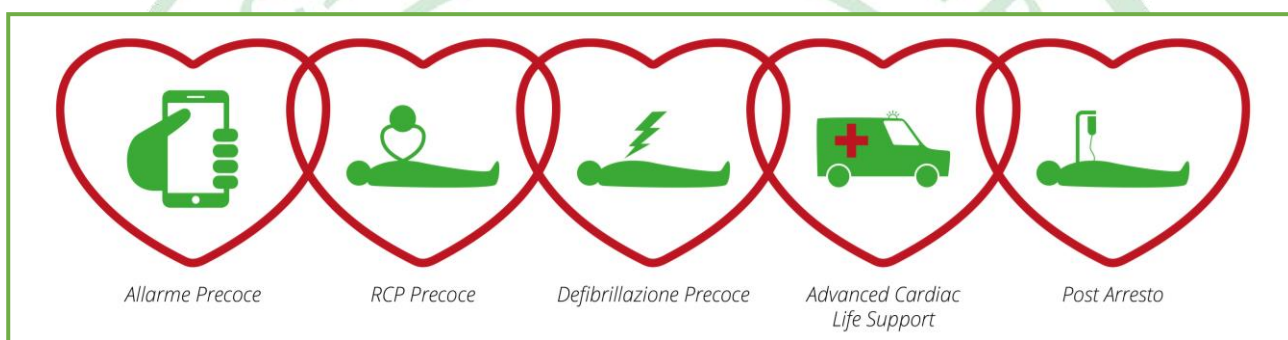
Il danno anossico cerebrale nel piccolo paziente in arresto cardiocircolatorio è determinato, come nel paziente adulto, dal mancato o ridotto apporto di ossigeno all'encefalo.

Tale danno è correlato alla durata dell'arresto, alla tempestività e all'efficacia degli interventi rianimatori effettuati, variabili che, nel loro insieme, impattano pesantemente sulla sopravvivenza post-arresto e/o sull'instaurarsi o meno di danni neurologici permanenti. Da qui la necessità di riconoscere e trattare il più precocemente possibile i pazienti in arresto respiratorio e/o cardiocircolatorio, mettendo in atto le opportune manovre di Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP).

La catena della sopravvivenza sintetizza e guida, passo dopo passo, l'esecuzione delle manovre, a garantire il miglior approccio al paziente, rimarcando inoltre l'importanza della sequenzialità degli interventi. Sorvolare su uno degli anelli della catena riduce sensibilmente la possibilità di sopravvivenza e/o di esito favorevole.

I 5 anelli della Catena della Sopravvivenza in età pediatrica sono:

- Riconoscimento precoce e chiamata di aiuto: il riconoscimento del bambino in condizioni critiche e la chiamata precoce permettono l'intervento tempestivo del soccorso avanzato. Inizio della sequenza PBLSD mediante la verifica dell'assenza di respiro e circolo (GAS)
- Ventilazioni "di soccorso" ed eventuale avvio RCP
- Utilizzo del Defibrillatore appena disponibile: la defibrillazione, se eseguita tempestivamente, può aumentare la sopravvivenza e condurre ad un esito favorevole
- Gestione avanzata della RCP, effettuata da un'Equipe medico-infermieristica attivata repentinamente
- Trasporto in emergenza presso l'Ospedale di riferimento.



RISCHIO AMBIENTALE

La valutazione del rischio ambientale deve precedere qualsiasi passaggio della sequenza PBLSD. La presenza di pericoli reali o presunti (quali ad esempio rischi di crolli, incendio, gas tossici) impone, se possibile, lo spostamento immediato della vittima, avendo cura di mantenere l'allineamento dei vari segmenti corporei per la potenziale presenza di una lesione traumatica. Negli altri casi, le manovre di Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP), devono essere iniziate sul posto. Qualsiasi fluido corporeo può essere fonte di infezione: è quindi opportuno, quando disponibili, utilizzare i mezzi di barriera/protezione (guanti, garze, fazzoletti, scudi facciali, maschere facciali, palloni per la ventilazione).

SEQUENZA PBLSD

La sequenza PBLSD comprende la seguente serie di fasi, ciascuna composta da una valutazione e una successiva azione, raccolte nell'acronimo ABCD. L'esecuzione in sequenza delle valutazioni e delle azioni è fondamentale poiché il mancato rispetto dell'ordine progressivo delle manovre può compromettere l'efficacia dell'intervento.

A Airway	Valutazione e ripristino della pervietà delle vie aeree
B Breathing	Valutazione dell'attività respiratoria e ventilazione artificiale
C Circulation	Valutazione del circolo e compressioni toraciche esterne
D Defibrillation	Valutazione/analisi del ritmo mediante il Defibrillatore e defibrillazione

Le manovre di RCP in età pediatrica si diversificano a seconda dell'età e del peso, sulla base delle seguenti due categorie di pazienti:

- **LATTANTE:** da 0 a 1 anno di età, peso < 10 kg,
- **BAMBINO:** da 1 anno fino all'età della pubertà (18 aa), peso > 10 kg,

Sono esclusi dalla presente trattazione i neonati alla nascita, per i quali esiste un algoritmo di Rianimazione specifico (NLS-Newborn Life Support)

Sugli adolescenti che presentano una struttura fisica simile a quella dell'adulto, viene applicata la sequenza dell'adulto.

Le differenze anatomiche sono massime nel lattante, mentre nel bambino si riducono gradualmente col passare del tempo fino alla pubertà (oltre il quale il BLS è quello dell'adulto), sono:

- **Lingua:** in proporzione più grande di quella dell'adulto, a rischio di ostruire le vie aeree se cade all'indietro, come nel bambino non cosciente
- **Vie aeree:** relativamente più strette, motivo per il quale è possibile che si aggravi un'ostruzione da corpo estraneo o da processi infiammatori importanti.
- **Testa:** molto più grande in rapporto alle dimensioni del corpo e, in posizione supina, il collo tende ad assumere una posizione in flessione; per ottenere una posizione neutra (sempre nel lattante) può essere necessario posizionare un piccolo spessore sotto le spalle.

PBLSD

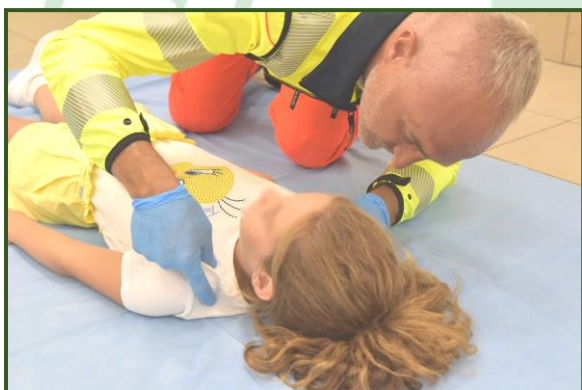
Procedura del Pediatric Basic Life Support Defibrillation

Paziente non responsivo o che non respira normalmente:

Innanzitutto il Soccorritore deve effettuare una rapida valutazione del rischio ambientale, per escludere l'esistenza di rischi e/o pericoli che possano compromettere la propria sicurezza e quella del paziente.

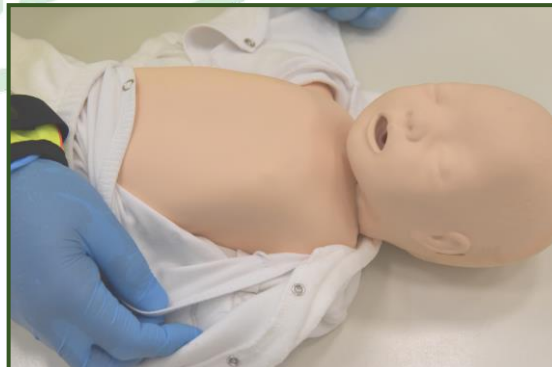


Se la scena è sicura, deve avvicinarsi al paziente e stimolarlo, dapprima verbalmente, chiamandolo ad alta voce e poi, se non responsivo, provocare uno stimolo doloroso, pizzicando a livello del muscolo trapezio, sulla parte superiore della spalla.



Se confermata l'assenza di coscienza, un Soccorritore allerta la C.O. e recupera il DAE mentre, l'altro Soccorritore esegue la sequenza PBLSD rispettando la seguente successione:

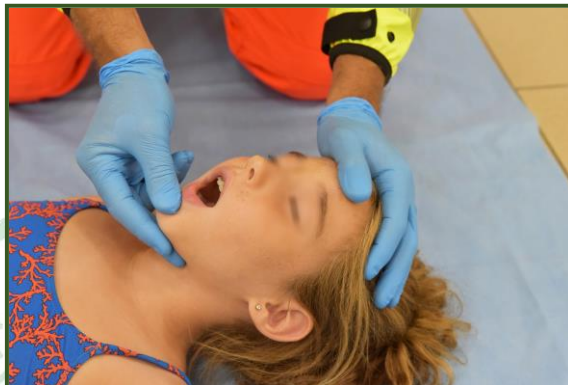
- Posizionare il paziente supino, su un piano rigido o sul pavimento
- Allineare il capo, il tronco e gli arti
- Scoprire il torace se gli indumenti ostacolano in maniera importante l'esecuzione delle compressioni toraciche.



N.B. Nello spostamento assicurarsi di mantenere in asse testa, collo e tronco

A (Airway) - Vie Aeree

Nel bambino e nel lattante incosciente, la prima manovra che il Soccorritore deve eseguire è l'ispezione del cavo orale, per escludere la presenza di un corpo estraneo. Se presente un corpo estraneo, tentare di rimuoverlo con un dito ad uncino, a condizione che esso sia ben visibile ed accessibile, onde evitare che, al contrario, sia spinto nell'ipofaringe contribuendo così ad aggravare lo stato ostruttivo.



Ispezionato il cavo orale, la manovra successiva consiste nell'aprire, e mantenere pervie, le vie aeree:

Estendere il capo e sollevare la mandibola (nel bambino): ponendosi di lato rispetto al paziente, posizionare una mano sulla fronte e la punta delle dita dell'altra mano sotto il mento (evitando di comprimere i tessuti molli), contemporaneamente estendendo delicatamente il capo e sollevando la mandibola.



Porre in posizione neutra (nel lattante): posizionare un piccolo spessore sotto le spalle (cuscino, telino, etc.), prima di procedere all'esecuzione delle manovre sopra descritte per il mantenimento della pervietà delle vie aeree, da condurre con particolare delicatezza, avendo cura di non comprimere i tessuti molli sotto il mento.



Sublussazione della mandibola (in caso di trauma): mettendosi dalla parte della testa della vittima con i gomiti sullo stesso piano rigido su cui giace il bambino, appoggiare il palmo delle mani sui due lati della testa, posizionare i pollici sugli zigomi e la punta di 2-3 dita di entrambe le mani sotto gli angoli mandibolari; mentre i pollici premono delicatamente, le altre dita sollevano la mandibola verso l'alto.

Utilizzo e posizionamento della Cannula Orofaringea

La cannula orofaringea (cannula di Guedel o di Mayo) viene utilizzata per favorire il passaggio di aria tra la base della lingua e la parete posteriore della faringe, impedendo la caduta all'indietro della lingua e la conseguente ostruzione delle vie aeree. Essendo cava al suo interno, la cannula garantisce una via sicura per il transito dell'aria, ma non protegge le vie aeree dal rischio di inalazione di vomito o altro materiale (es. sangue). L'utilizzo di tale presidio è finalizzato al ripristino e al mantenimento della pervietà delle vie aeree esclusivamente nel paziente incosciente, al contrario è controindicato nel paziente cosciente o che presenta un'alterazione dello stato di coscienza ma è reattivo agli stimoli, poiché, in questi casi, il suo posizionamento può stimolare riflessi indesiderati (es. laringospasmo, vomito).

È importante scegliere ed utilizzare una cannula di calibro e misura adeguati, valutando che la sua lunghezza sia pari alla distanza tra l'angolo della bocca ed il lobo dell'orecchio poiché, altrimenti, il posizionamento di una cannula di dimensioni inadatte (es. troppo grande o troppo piccola) non permetterebbe il mantenimento della pervietà delle vie aeree o, addirittura, causarne, essa stessa, l'ostruzione spingendo all'indietro la lingua o alterandone i rapporti anatomici.

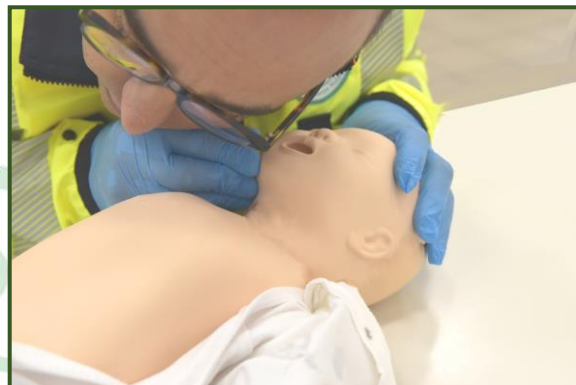
Nel bambino la cannula va inserita con la concavità rivolta verso il palato e contemporaneamente ruotata, delicatamente, verso la base della lingua.

Nel lattante la cannula va inserita direttamente nel cavo orale scivolando lungo la superficie della lingua, senza effettuare la rotazione descritta per il bambino, allo scopo di ridurre il rischio di lesioni al palato molle.



Una volta posizionata la cannula, previa rivalutazione della pervietà delle vie aeree, è possibile iniziare le manovre di ventilazione, mantenendo testa, collo e tronco, nel lattante e nel bambino, così come precedentemente descritto.

(Breathing) – Respirazione



In questa fase si valuta il respiro attraverso l'acronimo GAS (Guardo-Ascolto-Sento)

(**G**uardo, se il torace si alza e si abbassa; **A**scolto, se ci sono rumori respiratori; **S**ento, se si avverte il flusso dell'aria espirata), per un massimo di 10 secondi.

Se il respiro è assente è necessario eseguire immediatamente 5 ventilazioni "di soccorso", insufflando l'aria in modo lento e progressivo della durata di 1 secondo, cercando di adattare frequenza e profondità di insufflazioni alla taglia del bambino e verificando, nel caso di ventilazione in maschera, il corretto posizionamento della stessa dopo ogni eventuale evidenza di ventilazione inefficace, per non più di 5 tentativi.

- Bocca a Bocca nel bambino
- Bocca-Bocca/Naso nel lattante
- Pocket Mask (se disponibile)
- Maschera facciale e Pallone di Ambu



VENTILAZIONE ARTIFICIALE IN PRESENZA DI CIRCOLO:

Ventilazione con “Pallone di Ambu” e Maschera Facciale:



È necessario intraprendere le manovre di ventilazione in tutti i piccoli pazienti in arresto respiratorio (attività circolatoria ancora presente), proseguendo con una insufflazione ogni 3 secondi, e in tutti i pazienti in arresto cardiaco (attività circolatoria assente), nei quali il rapporto tra compressioni toraciche e ventilazioni deve essere di 15 a 2.

Si raccomanda di utilizzare, se possibile, un Pallone autoespandibile, collegato ad una fonte di ossigeno e provvisto di valvola unidirezionale e filtro antibatterico, congiunto ad una maschera facciale di misura adeguata.

Di seguito tabella delle concentrazioni di ossigeno erogabili a seconda del sistema utilizzato:

SISTEMA	CONCENTRAZIONE DI OSSIGENO
Pallone di Ambu	21% (aria ambiente)
Pallone di Ambu con ossigeno fino a 10/12 lt al minuto	40 – 50%
Pallone di Ambu con ossigeno fino a 10/12 lt al minuto e reservoir	80 – 90%

TECNICA DI VENTILAZIONE AD UN SOCCORRITORE

- Posizionarsi alla testa del paziente
- Appoggiare la maschera, assicurandosi che sia della misura adeguata a coprire bocca e naso e che sia correttamente gonfiata d'aria, così da adattarsi perfettamente al viso
- Mantenere la maschera aderente al viso, utilizzando l'indice ed il pollice di una mano e agganciare con le altre tre dita della stessa mano l'arco inferiore della mandibola, portando il capo in posizione neutra, nel paziente lattante, ed in posizione estesa, nel bambino
- Spremere delicatamente il pallone con l'altra mano, fino a svuotarlo, controllando che non ci sia perdita d'aria e che il torace si espanda
- Continuare con il solo massaggio se ci si accorge che la ventilazione risulta inefficace perché il torace non si espande



TECNICA DI VENTILAZIONE A DUE SOCCORRITORI

Se si è il primo Soccorritore:

- Posizionarsi alla testa del paziente
- Appoggiare la maschera assicurandosi che sia della misura adeguata a coprire bocca e naso e che sia correttamente gonfiata d'aria, così da adattarsi perfettamente al viso
- Mantenere la maschera aderente al viso utilizzando l'indice ed il pollice di entrambe le mani e agganciare con le altre dita delle due mani l'arco inferiore della mandibola, portando il capo in posizione neutra, nel paziente lattante, ed in posizione estesa, nel bambino.

Se si è il secondo Soccorritore:

- Posizionarsi al lato del paziente
- Spremere delicatamente il pallone collegato alla maschera fino a svuotarlo, controllando che non ci sia perdita d'aria e che il torace si espanda
- Continuare con il solo massaggio se ci si accorge che la ventilazione risulta inefficace perché il torace non si espande.



C (Circulation) - Circolazione

Effettuate le 5 ventilazioni "di soccorso", procedere come segue:

- Nel caso in cui nessuna di esse sia risultata efficace e i segni vitali siano assenti (Movimenti, Tosse, Respiro: MO - TO - RE), sospettare un'ostruzione totale delle vie aeree, rimuovere la cannula di Guedel e procedere immediatamente con le compressioni toraciche (Massaggio Cardiaco Esterno), rivalutando il cavo orale dopo ogni ciclo di compressioni toraciche, continuando fino all'eventuale disostruzione.
- Nel caso in cui almeno una di esse sia risultata efficace, ma i segni vitali rimangono assenti (Movimenti, Tosse, Respiro: MO - TO - RE), procedere immediatamente con la Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP) e continuarla mantenendo il rapporto compressioni - ventilazioni di 15 a 2, senza rimuovere la cannula di Guedel.

MASSAGGIO CARDIACO (COMPRESSIONI TORACICHE)

Il massaggio cardiaco "sostituisce" l'azione "di pompa" svolta dal cuore per mantenere una circolazione adeguata nei pazienti con assenza di attività cardiaca spontanea.

Il cuore deve essere compresso tra lo sterno e la colonna vertebrale in modo ritmico, alternando compressione e rilasciamento, allo scopo di consentire l'eiezione del sangue contenuto nei ventricoli (destro e sinistro) nel circolo polmonare e sistemico (compressione), ed il successivo riempimento del cuore (rilasciamento), così da riprodurre al meglio la fisiologica attività cardiaca (sistole e diastole).

Il massaggio cardiaco dev'essere efficace, motivo per il quale si deve:

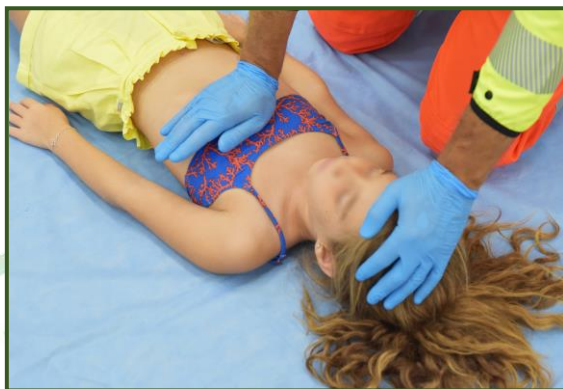
- Mantenere una posizione corretta delle mani;
- Individuare con precisione il punto di repere per le compressioni;
- Alternare compressioni e rilasciamento in modo adeguato



Durante l'esecuzione delle manovre di Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP), è di fondamentale importanza non interrompere il massaggio cardiaco, allo scopo di mantenere al meglio il flusso circolatorio, in modo da evitare che un insufficiente apporto di sangue ossigenato determini danni, spesso irreversibili, soprattutto a livello cerebrale (danno anossico cerebrale).

Le compressioni toraciche si eseguono con differenti modalità sulla base delle diverse caratteristiche anatomiche che i piccoli pazienti presentano nelle varie età:

Tecnica ad una mano (nel bambino): posizionati di lato rispetto al paziente, mano perpendicolare sullo sterno, palmo appoggiato 1-2 dita traverse al di sopra del processo xifoideo, comprimere il torace cercando di abbassare lo sterno di circa 5 cm, mantenendo una frequenza regolare di compressioni tra 100/120 al minuto.



Tecnica a due pollici (nel lattante): posizionati i pollici a piatto, uno sovrapposto all'altro sulla metà inferiore dello sterno e le dita di entrambe le mani a circondare completamente il torace, comprimere il torace, abbassando lo sterno di 3-4 cm, mantenendo una frequenza regolare di compressioni tra 100-120 al minuto.



Tecnica a due dita (nel lattante): stessa posizione della tecnica ad una mano, ma questa volta l'indice e il medio della stessa mano si collocano 1-2 dita al di sopra del processo xifoideo; effettuare compressioni in maniera energica di almeno 4 cm sempre con una frequenza ritmica compresa tra 100 e 120 compressioni al minuto.



N.B. Nel lattante è maggiormente consigliata la tecnica a due pollici.

D (Defibrillation) – Defibrillazione

DEFIBRILLATORI MANUALI CON MODALITÀ SEMIAUTOMATICA:

Utilizzati dal Personale Sanitario, Medici e Infermieri, poiché in grado di decidere se somministrare la scarica di defibrillazione in modalità manuale o semiautomatica, sfruttando le apposite funzioni di cui ogni apparecchio dispone.



SEMIAUTOMATICI ESTERNI (DAE):

Utilizzati dal Personale Soccorritore attraverso una semplice sequenza:

- Accendere l'apparecchio
- Applicare le placche e inserire il connettore (se necessario)
- Attendere l'analisi, ricordando che la diagnosi di ritmo defibrillabile o meno la formula il defibrillatore e non l'operatore
- Premere il tasto scarica se indicato dall'apparecchio al termine dell'analisi



Il Defibrillatore Semiautomatico Esterno (DAE):

- Esonera il Soccorritore dal dover formulare una diagnosi
- Esonera il Soccorritore dalla decisione di quanta energia erogare
- Esonera il Soccorritore dalla decisione di quando deve essere erogata la scarica
- Semplifica la sequenza operativa della RCP.

Il Defibrillatore Semiautomatico Esterno attiva autonomamente tutto il processo, dalla diagnosi di ritmo defibrillabile o meno, fino all'eventuale indicazione alla defibrillazione.

SEQUENZA OPERATIVA DAE

Accertato l'arresto cardiaco, il 1° Soccorritore inizia il massaggio cardiaco, fa allertare la C.O. del SUEM 118 e, se non disponibile sul posto, chiede di portare il DAE, continuando il massaggio cardiaco, sistemato il paziente su di un piano rigido, fino all'arrivo dell'apparecchio.

Il 2° Soccorritore:

- Accende il DAE e lo regola su modalità pediatrica (se necessario)
- Applica le placche sul torace
- Inserisce il connettore
- Attende l'analisi del ritmo cardiaco
- Eroga la scarica se indicato dal DAE
- Prosegue RCP in collaborazione con il 1° Soccorritore fino all'analisi successiva indicata dal DAE o alla ricomparsa dei segni MO.TO.RE.

Allo scopo di evitare l'esaurimento fisico del Soccorritore che massaggia, si consiglia di alternare tale manovra con quella della ventilazione, sostituendosi vicendevolmente nelle azioni (massaggio e ventilazione) ogni volta (2 minuti) che il defibrillatore esegue l'analisi del ritmo.



POSIZIONAMENTO DELLE PLACCHE

La corretta posizione delle placche garantisce l'efficienza del funzionamento del Defibrillatore e l'efficacia dell'erogazione della scarica.

Corretto posizionamento delle placche del Defibrillatore:

- Posizione Consigliata
 - Latero-Laterale
una placca sulla parete laterale destra del torace, l'altra sulla parete laterale sinistra.



- Posizioni Alternative
 - Antero-laterale
una placca sotto la clavicola destra, l'altra sulla parete laterale sinistra del torace



- Antero-Posteriore
una placca sulla parte anteriore del torace alla sinistra e parallelamente allo sterno, l'altra sulla parte posteriore del torace sotto alla scapola sinistra



Nel caso fossero presenti cerotti o medicazioni, rimuoverli se possibile, o utilizzare una delle posizioni alternative. L'immagine di posizionamento delle placche riportata sulla parte non adesiva delle stesse è puramente indicativa, per cui possono essere applicate indifferentemente rispetto a quanto in immagine (quindi anche invertite).

Affinché la defibrillazione risulti efficace senza provocare danni, le placche non devono essere applicate direttamente sul capezzolo.

OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO:

L'inalazione di corpo estraneo (cibo, giocattoli, piccoli oggetti, etc.), in età pediatrica, è particolarmente frequente tra i 6 mesi e i 3 anni, determina il decesso per soffocamento, in Italia, di circa 50 bambini ogni anno, e rappresenta un evento altamente drammatico per chi deve intervenire, sia emotivamente che operativamente.

L'ostruzione delle vie aeree si distingue in:

OSTRUZIONE PARZIALE

Per ostruzione parziale si intende il caso in cui il materiale inalato non ostruisca completamente le vie aeree, permettendo un sufficiente passaggio di aria. Il bambino, generalmente, è cosciente, tossisce sonoramente e articola suoni vocali alterati dalla presenza di evidenti rumori respiratori (sibili, rantoli, etc.).

In tale situazione si sconsiglia di eseguire alcuna manovra di disostruzione, potenzialmente pericolosa, ma si raccomanda di tranquillizzare il piccolo paziente e di trasportarlo rapidamente in Ospedale, possibilmente somministrando Ossigeno in maschera.

OSTRUZIONE TOTALE

Per ostruzione totale si intende il caso in cui il materiale inalato ostruisca completamente le vie aeree, impedendo il passaggio di aria. Il bambino, generalmente, rimane inizialmente cosciente, non tossisce, non emette suoni e, malgrado tenti di farlo, non riesce a respirare, fino a diventare rapidamente cianotico, perdere conoscenza e, se non soccorso tempestivamente ed efficacemente, progredire verso l'arresto respiratorio e/o cardiocircolatorio.

Si tratta di un quadro drammatico che impone un intervento immediato, da effettuarsi rispettando rigorosamente le procedure sotto indicate:

Bambino cosciente:

Colpi interscapolari (senza via di fuga laterale):

- Seduti o inginocchiati, posizionare il bambino, prono, in posizione declive sulle proprie cosce per ottenere e mantenere un appoggio stabile
- Assicurare il capo del bambino con una mano, sostenendo la mandibola
- Applicare energicamente 5 colpi interscapolari.



Compressioni addominali (Manovra di Heimlich):

- Collocarsi, in piedi o in ginocchio, alle spalle del paziente, cingendolo all'altezza del busto
- Formare una sorta di "C" con pollice e indice di una mano, individuando superiormente il processo xifoideo e, inferiormente, l'ombelico, come punti di repere
- Inserire, in quella sede, il pugno dell'altra mano
- Eseguire, utilizzando entrambe le mani, 5 decise compressioni addominali, spingendo verso l'interno e dal basso verso l'alto.



Eseguire, in successione, le manovre sopradescritte (colpi interscapolari e compressioni addominali), continuando fino a quando si risolve l'ostruzione o il bambino perde coscienza.

Bambino incosciente:

- Adagiare il piccolo paziente sul pavimento o su altro piano rigido
- Allertare la C.O. SUEM 118
- Iniziare la Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP), ispezionando il cavo orale prima di procedere con le ventilazioni.

Lattante cosciente:

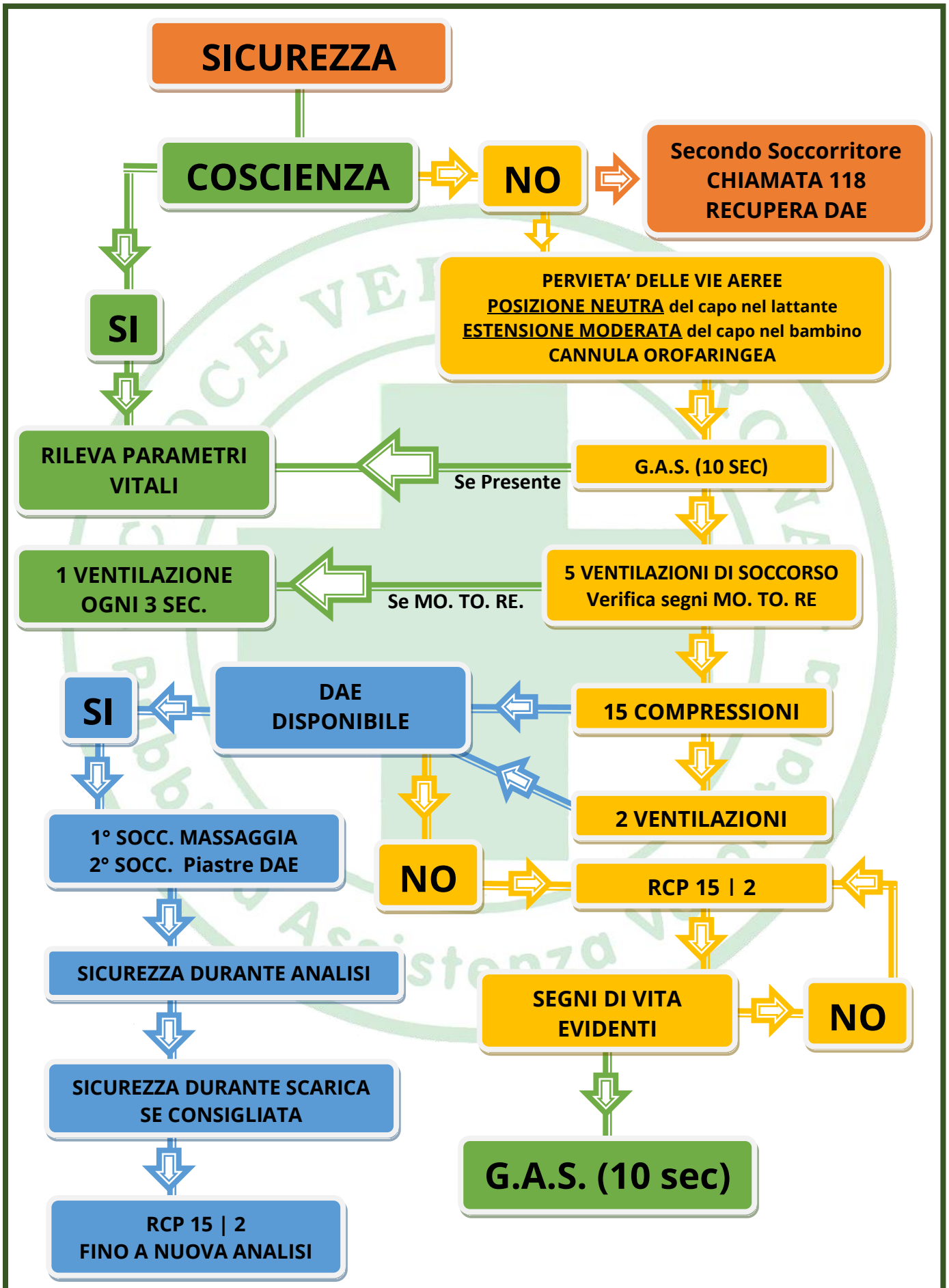
- Seduti o inginocchiati, posizionare il lattante prono, in posizione declive, sulle proprie cosce per ottenere e mantenere un appoggio stabile
- Assicurare il capo del bambino con una mano, sostenendo la mandibola
- Applicare 5 colpi interscapolari, senza via di fuga laterale, + 5 compressioni toraciche esterne, simili a quelle del massaggio cardiaco, ma più energiche e più lente, continuando fino a quando si risolve l'ostruzione o il lattante diventa incosciente.



Lattante incosciente:

- Adagiare il piccolo paziente sul pavimento o su altro piano rigido
- Allertare la C.O. SUEM 118
- Iniziare la Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP), ispezionando il cavo orale prima di procedere con le ventilazioni.

ALGORITMO PBLSD | LATTANTE | BAMBINO





Centro di Formazione Croce Verde Verona

Il Direttore Sanitario
Dott. Dario Mastropasqua

Il Segretario del Centro di Formazione
Ilario Dal Corso

hanno collaborato:
Davide De Petris | Tommaso Toffali | Luigi Mazzaglia

nelle foto:
Giorgio Zoccatelli | Giulia Bovo

