

Cap. 12

BLS-D



OBIETTIVI DELLA LEZIONE

Al termine di questa sessione l'aspirante Soccorritore dovrà essere in grado di:

- conoscere la catena della sopravvivenza e il trattamento dell'arresto cardiocircolatorio;
- conoscere il ruolo del Soccorritore nei vari anelli della catena;
- conoscere l'epidemiologia della morte improvvisa;
- riconoscere i segni dell'arresto respiratorio e cardiaco;
- conoscere la sequenza di valutazione primaria (ABC);
- conoscere i presidi per garantire la pervietà delle vie aeree;
- conoscere le tecniche di ventilazione (bocca-bocca, bocca-naso, maschera e pallone autoespandibile);
- conoscere i potenziali rischi per il Soccorritore, connessi alle manovre di ventilazione;
- conoscere i segni di ostruzione parziale e/o totale delle vie respiratorie e le tecniche di disostruzione;
- conoscere i principali segni e sintomi dell'Infarto Cardiaco;
- conoscere le tecniche di ventilazione e massaggio cardiaco;
- conoscere la frequenza e il rapporto tra compressioni toraciche e ventilazioni;
- conoscere la tecnica di utilizzo del defibrillatore semiautomatico;
- conoscere i ritmi defibrillabili;
- conoscere la posizione laterale di sicurezza;
- conoscere i rischi legati all'utilizzo del defibrillatore.

IL SUPPORTO DI BASE DELLE FUNZIONI VITALI (BLS-D)

Le manovre di BLS-D sono sequenziali e codificate, comprendono fasi di valutazione e conseguenti azioni appropriate.

Lo scopo del BLS-D è quello di garantire il rapido riconoscimento della compromissione delle funzioni vitali (**VALUTAZIONE**) e, in loro assenza, fornire un supporto di base alla respirazione ed al circolo (**AZIONE**), attraverso le manovre di Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP). L'obiettivo è quello di mantenere la perfusione degli organi, soprattutto del cervello, così da prevenire il danno anossico cerebrale.

Il ritmo di esordio dell'arresto cardio circolatorio (ACC) è, più frequentemente (50-76% dei casi), un ritmo defibrillabile, "Fibrillazione Ventricolare (FV) o Tachicardia Ventricolare (TV) Senza Polso", da qui l'importanza di conoscere l'utilizzo del Defibrillatore Semiautomatico Esterno (DAE).

L'obiettivo della defibrillazione precoce (D) è quello di rimuovere la causa dell'arresto cardiaco, se derivante dall'insorgenza di un ritmo defibrillabile.

In assenza di MCE, se l'arresto è determinato dalla comparsa di un'aritmia defibrillabile (FV e TV senza polso), le probabilità di successo della defibrillazione diminuiscono del 10-12% ogni minuto dopo l'arresto.

In ogni caso, si sottolinea l'importanza del massaggio cardiaco esterno (MCE) in qualsiasi situazione di arresto cardiocircolatorio, la sola manovra che permetta il mantenimento della pompa cardiaca, sostituita dalle compressioni toraciche eseguite dal Soccorritore.

ARRESTO CARDIACO

Si definisce come la cessazione della funzione elettromeccanica del cuore.

LA MORTE CARDIACA IMPROVVISA

Si definisce come Morte Cardiaca Improvvisa la cessazione brusca e inattesa delle attività cardiaca, in assenza di sintomi premonitori e in soggetti apparentemente privi di patologie cardiache.

Ogni anno colpisce una persona ogni mille abitanti, all'incirca la capienza massima dello stadio M. Bentegodi di Verona.

INFARTO CARDIACO

Nell'Infarto Cardiaco, si forma un coagulo (trombo) all'interno di un'arteria dell'albero coronarico che irroro il cuore, interrompendo quindi il flusso del sangue nella zona da essa perfusa, causandone un danno più o meno marcato.

In caso di Infarto Cardiaco è possibile che si verifichi arresto cardio-circolatorio (ACC), in tal caso è indispensabile intervenire tempestivamente con la RCP.

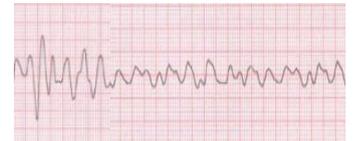
I principali segni che possono far sospettare un Infarto Cardiaco (Infarto Miocardico Acuto - IMA):

- Dolore trafittivo, non necessariamente di entità rilevante, urente, gravativo al centro del torace che talvolta può irradiarsi alle spalle, al collo, alla mandibola o meno frequentemente presentarsi come un dolore riferito alla parte superiore dell'addome in corrispondenza dello stomaco;
- Sudorazione, nausea, sensazione di difficoltà di respiro (dispnea - "fame d'aria") e/o astenia profonda.

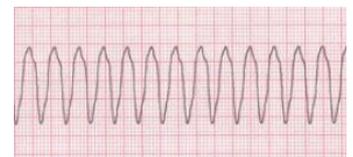
Tali sintomi possono insorgere sia a riposo che durante uno sforzo, anche in soggetti senza malattia cardiaca nota.

RITMI DEFIBRILLABILI

FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE (FV): aritmia cardiaca che consiste in un'attività elettrica dei ventricoli caotica e non coordinata, che non permette la contrazione cardiaca con conseguente cessazione dell'attività di pompa del cuore.



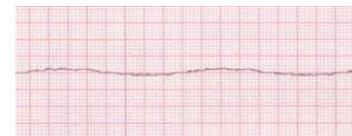
TACHICARDIA VENTRICOLARE (TV) Senza Polso: aritmia cardiaca che consiste in un'attività elettrica coordinata, caratterizzata da battiti di origine ventricolare ad una frequenza superiore a 120 bpm, ma che ugualmente non permette l'attività di pompa del cuore.



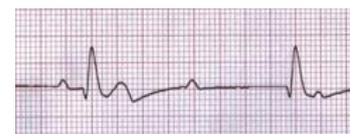
In entrambi i casi il cuore non pompa più sangue.

RITMI NON DEFIBRILLABILI

ASISTOLIA: assenza di attività elettrica e meccanica del cuore.



PEA: attività elettrica presente ma attività meccanica e di pompa assente.

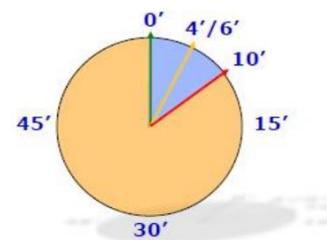


In assenza di attività cardiaca e di circolo gli organi non sono perfusi, quindi non vengono ossigenati e si determinano danni d'organo anche irreversibili, soprattutto nei confronti del cervello, che risente maggiormente e in tempi rapidi della mancanza di ossigeno, fino all'instaurarsi del cosiddetto danno anossico cerebrale. Da qui l'importanza di iniziare le manovre di RCP nel più breve tempo possibile.

IL DANNO ANOSSICO CEREBRALE

La mancanza di apporto di ossigeno alle cellule cerebrali (anossia cerebrale) porta all'instaurarsi del danno anossico cerebrale, che inizia dopo circa 4-6 minuti di assenza di circolo.

Dopo 10 minuti, in assenza di RCP, le funzioni cerebrali sono irrimediabilmente compromesse a causa della morte delle cellule cerebrali.

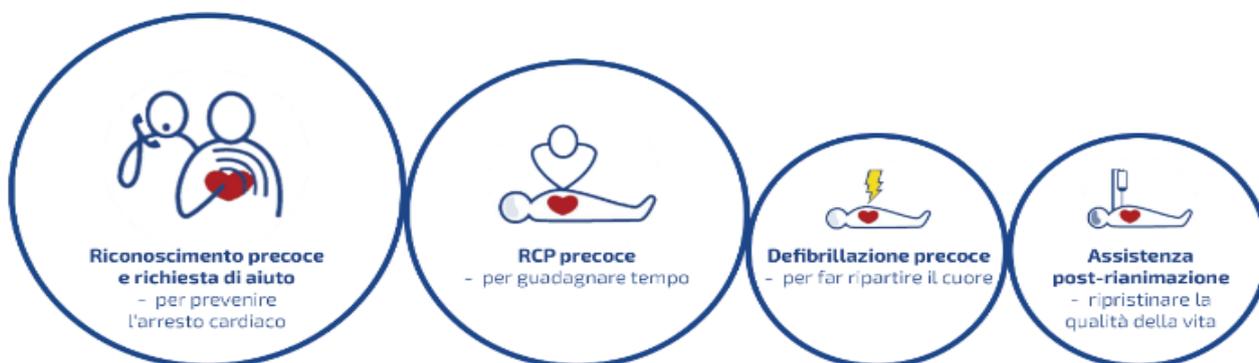


L'anossia cerebrale prolungata si manifesta con esiti di entità variabile: alterazioni delle capacità cognitive o della sfera comportamentale, deficit neurologici di varia manifestazione e gravità, stato vegetativo, etc..

Le possibilità di prevenire il danno anossico dipendono dalla rapidità e dall'efficacia delle procedure di soccorso, ed in particolare dal rispetto della sequenza operativa descritta dalla "Catena della Sopravvivenza".

CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA

La sopravvivenza di una vittima di arresto cardiaco dipende dalla corretta realizzazione di una serie di azioni. La "Catena della Sopravvivenza" sintetizza e sottolinea l'importanza del rispetto della sequenza delle azioni fondamentali per il trattamento dei soggetti in arresto cardiocircolatorio, nonché della precocità dell'intervento; la mancata attuazione di una delle fasi del soccorso riduce le possibilità di sopravvivenza. I quattro anelli della catena sono costituiti da:



- Riconoscimento precoce (chiamata C.O. SUEM e avvio manovre)
- RCP precoce (BLS)
- Defibrillazione precoce (D)
- Rianimazione Avanzata (ALS)

TECNICA E SEQUENZA DEL BLS

Nel praticare la Rianimazione Cardio-Polmonare, è fondamentale che ogni azione venga preceduta da un'attenta valutazione ed eseguita nel rispetto della sequenza indicata.

La sequenza BLS si riassume attraverso l'acronimo ABC di seguito descritto:

FUNZIONE VITALE	VALUTAZIONE	AZIONE
A Airway (Coscienza-Vie Aeree)	Chiama e scuoti la vittima	Se incosciente: <ul style="list-style-type: none">• Verifica pervietà vie aeree• Iperestendi il capo
B Breathing (Respirazione)	GAS (Guardo Ascolto Sento)	Se assenti RCP 30:2
C Circulation (Circolazione)	Polso carotideo e segni di vitalità	

Prima di prestare soccorso ad una vittima, è indispensabile accertarsi di poter agire in sicurezza.

AIRWAY (Coscienza e Vie Aeree)

VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

Avvicinati alla persona, chiamala a voce alta e scuotila leggermente per le spalle. Se non risponde, ponila supina su un piano rigido, allineando testa, tronco e arti, scopri il torace (considera la possibilità/necessità di procedere con le valutazioni indicate mantenendo il paziente nella posizione di reperimento, ma posizionalo obbligatoriamente su un piano rigido successivamente alla diagnosi certa di ACC).



APERTURA E ISPEZIONE DEL CAVO ORALE

Controlla la pervietà delle vie aeree e, se libere da corpi estranei, esegui la manovra di iperestensione del capo, così da impedire la caduta all'indietro della lingua non più sostenuta dal tono muscolare: poni una mano sulla fronte della vittima e coadiuva tale manovra con le dita dell'altra mano, poste sul mento, allo scopo di spingere indietro la testa.

Se, al contrario, è presente un'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, cerca di asportarlo tramite aspirazione o uncinandolo con le dita.

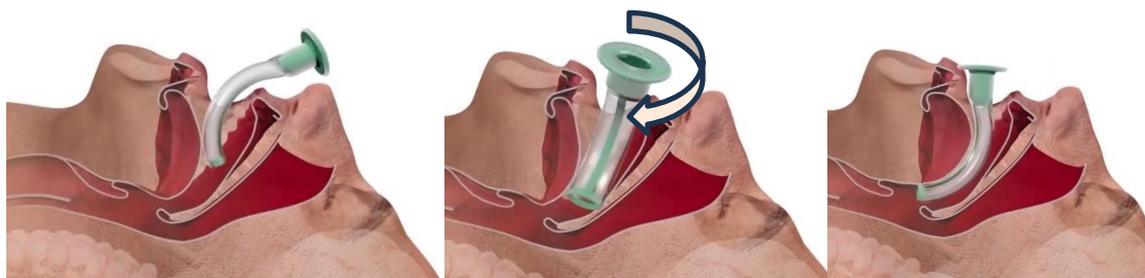
N.B. Nel caso di sospetta lesione traumatica cervicale, solleva il mento senza iperestendere il capo ed eventualmente procedi con la manovra di sublussazione della mandibola.



LA CANNULA ORO-FARINGEA

La cannula oro-faringea (Guedel, Mayo, etc.) favorisce il mantenimento della pervietà delle vie aeree in caso di caduta all'indietro della lingua: posizionata tra lingua e parete posteriore del faringe permette il passaggio dell'aria dall'esterno alle vie respiratorie, sia in caso di respiro spontaneo che durante ventilazione artificiale.

La cannula va utilizzata solo nel paziente incosciente ove non siano presenti riflessi faringei, che potrebbero stimolare vomito e rigurgito. La misura corretta è data dalla distanza tra l'angolo della rima buccale e il lobo dell'orecchio omolaterale. La cannula va introdotta con la concavità rivolta verso l'alto, per metà della sua lunghezza e quindi ruotata di 180° e fatta avanzare fino al completo inserimento.



BREATHING (Respirazione)

VALUTAZIONE DELLA RESPIRAZIONE

Una volta scoperto il torace del paziente, poniti al suo fianco e:

- **Guarda** se il torace si espande
- **Ascolta** se ci sono rumori respiratori
- **Senti** sulla tua guancia l'eventuale flusso d'aria

Questa manovra (GAS) deve essere effettuata per 10 secondi, mantenendo l'iperestensione del capo.



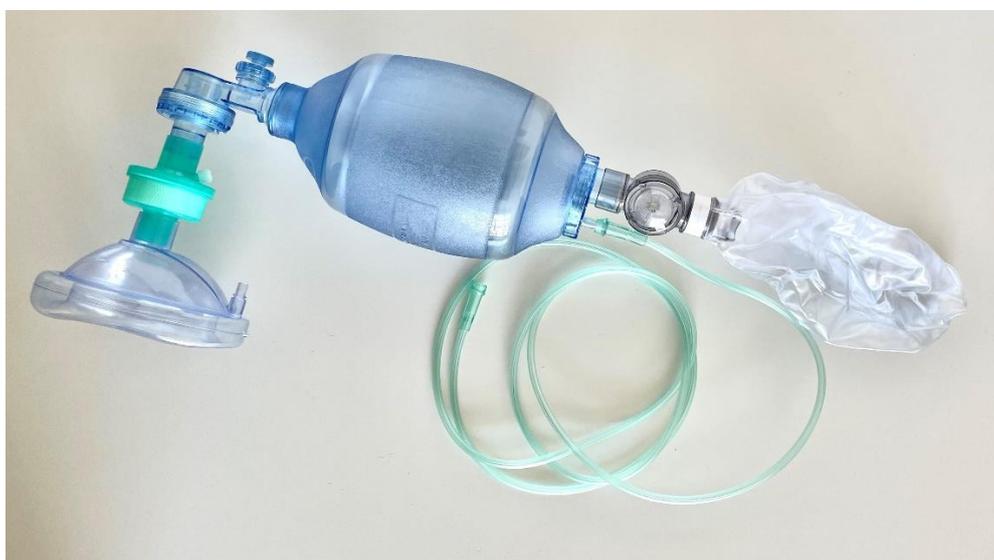
VENTILAZIONE PALLONE-MASCHERA

La ventilazione manuale si esegue utilizzando il pallone autoespandibile provvisto di maschera, collegandolo al più presto ad una fonte di ossigeno.

Il sistema è composto da:

- Pallone autoespandibile (Ambu), provvisto di valvola unidirezionale che permette all'aria espirata di fuoriuscire nell'ambiente e non rientrare nel pallone nella successiva insufflazione
- Filtro antibatterico
- Maschera facciale
- Tubo di raccordo alla fonte di ossigeno
- Reservoir (serbatoio di riserva) che permette di arricchire la miscela aria/ossigeno insufflata, raggiungendo concentrazioni di ossigeno più elevate

SISTEMA	CONCENTRAZIONE DI OSSIGENO
Pallone non collegato alla fonte di ossigeno	21% (aria ambiente)
Pallone collegato alla fonte di ossigeno a 10/12 lt. al minuto	40 - 50%
Pallone collegato alla fonte di ossigeno a 10/12 lt. al minuto + reservoir	80 - 90%



TECNICA DI VENTILAZIONE AD UN SOCCORRITORE SENZA L'USO DEL TUBO CORRUGATO

- Posizionati alla testa della vittima
- Appoggia la maschera, assicurandoti che sia della misura adeguata a coprire bocca e naso e che sia correttamente gonfiata d'aria, così da adattarsi perfettamente al viso
- Mantieni la maschera aderente al viso, utilizzando l'indice ed il pollice di una mano e aggancia con le altre tre dita della stessa mano l'arco inferiore della mandibola, portando il capo in posizione iperestesa
- Spremi delicatamente il pallone con l'altra mano, fino a svuotarlo, controllando che non ci sia perdita d'aria e che il torace si espanda
- Continua con il solo massaggio se ti accorgi che la ventilazione risulta inefficace perché il torace non si espande



TECNICA DI VENTILAZIONE A DUE SOCCORRITORI SENZA L'USO DEL TUBO CORRUGATO

Se sei il primo Soccorritore posizionati alla testa del paziente:

- Appoggia la maschera, assicurandoti che sia della misura adeguata a coprire bocca e naso e che sia correttamente gonfiata d'aria, così da adattarsi perfettamente al viso
- Mantieni la maschera aderente al viso utilizzando l'indice ed il pollice di entrambe le mani e aggancia con le altre tre dita delle due mani l'arco inferiore della mandibola, portando il capo in posizione iperestesa

Se sei il secondo Soccorritore posizionati al lato del paziente:

- Spremi delicatamente il pallone fino a svuotarlo, controllando che non ci sia perdita d'aria e che il torace si espanda
- Continua con il solo massaggio se ti accorgi che la ventilazione risulta inefficace perché il torace non si espande



TECNICA DI VENTILAZIONE A DUE SOCCORRITORI CON L'USO DEL TUBO CORRUGATO

Se sei il primo Soccorritore posizionati alla testa del paziente:

- Appoggia la maschera assicurandoti che sia della misura adeguata a coprire bocca e naso e che sia correttamente gonfiata d'aria, così da adattarsi perfettamente al viso
- Mantieni la maschera aderente al viso utilizzando l'indice ed il pollice di entrambe le mani e aggancia con le altre dita delle due mani l'arco inferiore della mandibola, portando il capo in posizione iperestesa

Se sei il secondo Soccorritore posizionati al lato del paziente:

- Spremi delicatamente il pallone, in questo caso collegato alla maschera tramite il tubo corrugato allo scopo di aumentare gli spazi di manovra, fino a svuotarlo, controllando che non ci sia perdita d'aria e che il torace si espanda
- Continua con il solo massaggio se ti accorgi che la ventilazione risulta inefficace perché il torace non si espande



CIRCULATION (Circolazione)

VALUTAZIONE DELLA CIRCOLAZIONE

Deve essere contemporanea alla valutazione del respiro.

Durante la manovra di GAS valuta immediatamente anche la presenza di segni di circolo: movimenti, colpi di tosse e polso carotideo.

Come ricercare il polso carotideo:

- Mantieni la testa iperestesa tenendo la mano sulla fronte del paziente
- Individua il pomo di Adamo (sporgenza della cartilagine tiroidea) con l'indice ed il medio dell'altra mano o, nel caso non fosse palpabile, la linea mediana anteriore del collo
- Fai scivolare lateralmente verso di te le dita fino ad apprezzare una sorta di solco anatomico sul lato del collo
- Mantieni le dita in questo punto, esercitando una modesta pressione con i polpastrelli, per non più di 10 secondi e verifica la presenza o meno della pulsazione
- Se sono presenti evidenti segni di circolo ma il polso carotideo non è percettibile, il circolo si considera presente (il polso carotideo, pur in presenza di circolo, non è sempre chiaramente apprezzabile)

POLSO PRESENTE	Assisti la ventilazione, a frequenza di 10 atti/min (una ogni sei secondi circa)
POLSO ASSENTE	Inizia la Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP) alternando 30 compressioni toraciche a 2 ventilazioni

Se il paziente è in ACC, chiama la C.O. del SUEM per invio di supporto avanzato (ALS), fatti portare un DAE da utilizzare appena disponibile e, in attesa del suo arrivo, continua con la Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) sistemando il paziente supino su di un piano rigido.

Se il paziente non è cosciente ma sono presenti attività respiratoria (B-breathing) e circolatoria (C-circulation), può essere considerato il suo posizionamento nella cosiddetta "Posizione Laterale di Sicurezza" (vedi oltre).

TECNICA DELLA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE

Massaggio Cardiaco Esterno

Si esegue esercitando adeguate compressioni toraciche, ritmiche, così da determinare, se eseguite con tecnica corretta, una pressione sullo sterno tale da "schiacciare" il cuore contro la colonna vertebrale, permettendo al sangue contenuto nelle cavità cardiache e nei grossi vasi di essere spinto in circolo. Tra una compressione e l'altra, il cuore, rilasciandosi la gabbia toracica, è in grado di riempirsi nuovamente (pompa artificiale). In altre parole, la compressione si sostituisce alla funzione sistolica (fase in cui il cuore, contraendosi, pompa il sangue), il rilasciamento si sostituisce alla funzione diastolica (fase in cui il cuore si riempie prima di contrarsi nuovamente).

Lo scopo del Massaggio Cardiaco Esterno (MCE) è quello di mantenere una sorta di "circolo artificiale" in grado di assicurare, quantomeno, la perfusione cerebrale, così da scongiurare l'insorgenza del danno anossico cerebrale che si instaura dopo 4/6 minuti. Da qui l'importanza di iniziare il massaggio cardiaco il più tempestivamente possibile.

A tale scopo devi:

- ❖ Individuare correttamente il punto delle compressioni sul torace
- ❖ Eseguire una corretta tecnica di compressione e rilasciamento
- ❖ Mantenere una corretta posizione di lavoro



- **Individuazione del punto di reperi per le compressioni toraciche:**

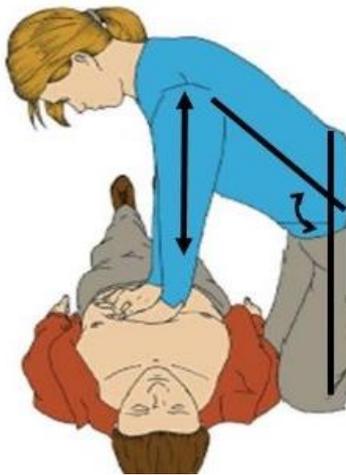
Posiziona la parte prossimale del palmo di una mano al centro del torace e sulla linea mediana dello sterno, sovrapponi a questa l'altra mano, evitando che la pressione sia esercitata sulle coste, sulla parte alta dell'addome o sulla parte terminale dello sterno.

- **Tecnica delle compressioni:**

- Comprimi il torace per abbassarlo verso la colonna di 5-6 cm e consentire al cuore di svuotarsi
- Rilascia completamente la pressione per permettere al cuore di riempirsi nuovamente
- Mantieni la stessa durata tra compressione e rilasciamento (rapporto 1:1)
- Mantieni una frequenza di compressioni compresa tra 100 e 120 al minuto
- Non staccare le mani dal torace durante la fase di rilasciamento

- **Posizione del Soccorritore:**

- Inginocchiati al fianco del paziente o, in casi particolari, alla testa (es. paziente obeso, spazi angusti, necessità di eseguire manovre sul paziente), in modo che il fulcro del movimento sia l'articolazione delle anche
- Tieni le braccia e le spalle perpendicolari al punto di compressione, mantenendo i gomiti allineati e le braccia tese per conferire la stabilità necessaria ad esercitare la forza, sfruttando così il peso del tronco
- Mantieni un rapporto tra compressioni e ventilazioni di 30:2



QUANDO INIZIARE E PER QUANTO TEMPO CONTINUARE LA RCP

Il BLS-D deve essere sempre praticato in casi di compromissione delle funzioni vitali, a meno di non trovarsi di fronte a evidenti segni che testimoniano l'avvenuto decesso; questi segni sono:

- Corpo in stato di decomposizione
- Sommersione prolungata e accertata tale
- Decapitazione o altre lesioni non compatibili con la vita
- Rigor mortis (rigidità cadaverica)
- Livor mortis (macchie ipostatiche evidenti nelle zone declivi del corpo)
- Carbonizzazione

In tutti gli altri casi, il Soccorritore deve sempre iniziare le manovre rianimatorie e prostrarle fino all'arrivo del Medico (la sola figura giuridica che possa constatare il decesso), o fino all'esaurimento delle proprie forze.

DEFIBRILLAZIONE (D)

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, all'eventuale indicazione alla defibrillazione.

FUNZIONE VITALE	VALUTAZIONE	AZIONE
A Airway (Coscienza-Vie Aeree)	Chiama e scuoti la vittima	Se incosciente: <ul style="list-style-type: none">• Verifica pervietà vie aeree• Iperestendi il capo
B Breathing (Respirazione)	GAS (Guardo Ascolto Sento)	Se assenti RCP 30:2
C Circulation (Circolazione)	Polso carotideo e segni di vitalità	
D Defibrillation (defibrillazione)	DAE analizza il ritmo	Defibrillazione se indicata

SEQUENZA OPERATIVA DAE

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

Il 2° Soccorritore:

- Accende il DAE
- Applica le placche sul torace
- Inserisce il connettore (se necessario)
- 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



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.

POSIZIONE 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 Standard
 - Una placca sotto la clavicola destra, l'altra sulla parete laterale sinistra del torace
- Posizioni Alternative
 - Latero-Laterale
 - una placca sulla parete laterale destra del torace, l'altra sulla parete laterale sinistra.
 - 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).

Affinchè la defibrillazione risulti efficace senza provocare danni, le placche non devono essere applicate direttamente sulla mammella e sul capezzolo.

Se il paziente è portatore di defibrillatore interno (ICD) o di Pace-Maker, posizionato sia sulla parete anteriore sinistra del torace (situazione più frequente), sia su quella destra, applicare le placche utilizzando una delle posizioni alternative, preferibilmente la "Latero-Laterale", allo scopo di tenersi lontano da tali apparecchi.

LA SICUREZZA

Durante le fasi di analisi, carica ed erogazione della scarica, nessuno, nemmeno il Soccorritore che sta utilizzando il DAE, deve toccare il paziente per evitare di causare una lettura errata del ritmo da parte del defibrillatore (fase di analisi) e di subire scariche "elettriche" (fase di erogazione).



DEFIBRILLATORI

MANUALI CON MODALITA' 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 l'apparecchio dispone.



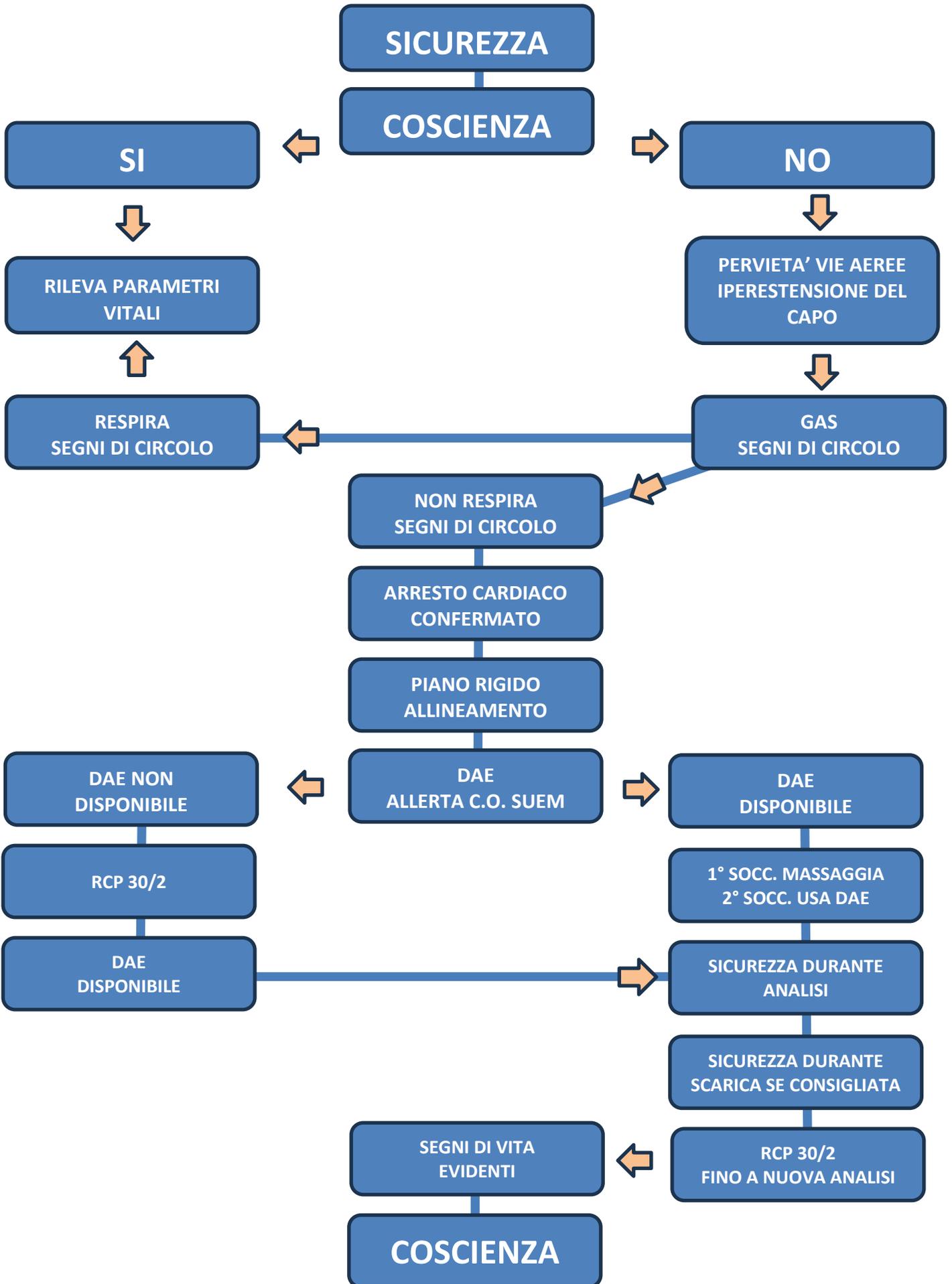
SEMIAUTOMATICI ESTERNI (DAE)

Utilizzati dal Personale Soccorritore attraverso una semplice sequenza.

1. Accendere l'apparecchio
2. Applicare le placche e inserire il connettore, se necessario
3. Attendere la diagnosi (ricorda che la diagnosi di ritmo defibrillabile la fa il Defibrillatore e non l'Operatore)
4. Premere il tasto scarica, se indicato dall'apparecchio al termine dell'analisi



ALGORITMO BLS-D



OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

OSTRUZIONE PARZIALE

- Dispnea
- Tosse
- Rumori respiratori (sibili, rantoli, etc.)

Incoraggia il paziente a tossire e non fare altro salvo somministrare ossigeno, se possibile.

OSTRUZIONE TOTALE

- Impossibilità di parlare, respirare e tossire
- Mani portate alla gola
- Cianosi ingravescente
- Possibile evoluzione verso la perdita di coscienza

Gestione del paziente ancora cosciente:

- Posizionati a fianco del paziente sostenendo il torace con una mano, piegalo in avanti e inizia con 5 colpi energici tra le scapole, alternati a 5 compressioni addominali eseguite ponendo una mano stretta a pugno tra l'ombelico e parte finale dello sterno, afferrandola con l'altra mano e comprimendo bruscamente verso l'interno e dal basso verso l'alto (Manovra di Heimlich).
- Continua le manovre, alternandole tra loro, fino alla risoluzione del problema.



Gestione del paziente incosciente:

Se il paziente, nonostante le manovre, non si libera e perde coscienza perché non riesce più a respirare comportati come segue:

- Adagialo a terra
- Fai allertare la C.O. SUEM
- Inizia la Rianimazione Cardio-Polmonare, verificando il cavo orale prima di ventilare il paziente



POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA

Se il paziente non è cosciente ma sono presenti attività respiratoria e circolatoria, può essere posizionato nella cosiddetta "Posizione Laterale di Sicurezza". Essa permette il mantenimento della pervietà delle vie aeree, l'iperestensione del capo e previene la possibilità di inalazione di materiale gastrico rigurgitato.

Un ulteriore vantaggio del posizionamento in PLS del paziente con le caratteristiche descritte, consiste nel poter assistere e/o valutare con maggior tranquillità altri pazienti presenti sulla scena.

Si raccomanda di non utilizzare mai la Posizione Laterale di Sicurezza nel paziente traumatizzato o sospetto tale.

Esempio di posizionamento sul lato sinistro:

Mantieni il paziente supino, estendi il suo braccio sinistro, portando la sua mano destra sulla spalla sinistra e fletti la gamba destra.



Poniti sul fianco sinistro del paziente e ruotalo nella stessa direzione, afferrandolo dalla spalla destra e dal ginocchio destro.



Mantieni il capo del paziente iperesteso, ponendo la sua mano sotto al viso, assicurandoti della stabilità del corpo intero.

