



4) NOZIONI PRIMO SOCCORSO BLS BASIC LIFE SUPPORT



4.1 Premessa

Il primo soccorso, quale fase iniziale delle cure di emergenza di cui il malato o l'infortunato necessitano, e generalmente sottovalutato, se non addirittura dimenticato.

L'opera del sanitario quasi sempre, comincia infatti una volta che è stata varcata la soglia dell'ospedale, lasciando il ferito di fronte ad un vuoto, una pausa spesso lunga e pericolosa, dal momento dell'incidente all'inizio delle cure appropriate.

E questa la fase che vede in genere l'intervento di un'ambulanza perché l'infortunato possa raggiungere al più presto il Pronto Soccorso: la celerità del soccorso è troppo spesso l'unico requisito che viene considerato ed apprezzato.

Il vuoto che l'infortunato si trova ad affrontare è innanzi tutto un vuoto legislativo: in Italia infatti, non è stata emanata a tutt'oggi alcuna norma che regolamenti il primo soccorso.

Ad eccezione di una legge sulla struttura veicolare delle autolettighe null'altro è previsto riguardo la qualifica del personale addetto, le dotazioni sanitarie dell'automezzo e l'organizzazione in generale del servizio.

A tale scopo, queste nozioni pongono come obiettivo, quello di estendere a tutti i soccorritori la conoscenza delle prime tecniche di emergenza, cercando così di colmare quel vuoto che spesso può compromettere la vita stessa dell'infortunato.

Il soccorso di una o più persone in difficoltà è oggi una realtà finalmente più organizzata e competente, ma paradossalmente più complessa.

Non serve più caricare e portare via (SCOOP and RUN) il paziente, ma la moderna "medicina d'emergenza" dimostra la maggior utilità di un soccorso tendente a stabilizzare il paziente (STAY and PLAY) prima del trasporto al Pronto Soccorso.

Questo nuovo atteggiamento operativo rispetto all'emergenza, fa sì che tutti gli operatori di primo soccorso, nel rispetto delle proprie ed altrui competenze, siano in grado di poter collaborare con tutte le varie componenti tecniche del soccorso stesso.

- **Valutazione primaria del paziente**
- **Obiettivo:** identificare e trattare le situazioni che mettono in pericolo la vita del paziente (ripristino e mantenimento delle **funzioni vitali**.
 - **Funzioni vitali**
 - FR** : (frequenza respiratoria)
 - FC** : (frequenza cardiaca)
 - PAO** : (pressione arteriosa)
 - COSCIENZA**
 - TC** : (temperatura corporea)
- **Metodo per valutazione:**
 - **A) Airways e Controllo Colonna**
 - **B) Breathing**
 - **C) Circolazione e Controllo Emorragia**
 - **D) Disability (incapacità funzionale)**
 - **E) Esposizione del ferito e protezione ambientale**



4.1.1 A – Airways

- **Pervietà delle vie aeree:**

Chiamare il paziente e chiedere come sta

- 1) risponde = via aeree pervie
- 2) non risponde = considerare come vie aeree ostruite e quindi intervenire

- Mantenimento del capo in posizione neutra quindi allineamento e immobilizzazione del rachide
- Svuotare la bocca da eventuali corpi estranei
- Corpi solidi (dita ad uncino)
- Corpi liquidi (garza avvolta intorno alle dita)
- Protesi (da lasciare se non ostacolano il respiro spontaneo o le eventuali manovre di rianimazione)
- Iperestensione del capo (non utilizzare in caso di trauma cervicale)
- Sublussazione della mandibola (da utilizzare in caso di trauma)

- **Dispositivi per mantenere la pervietà delle vie aeree**

- Cannule di Guedel
- Aspiratori con sondini per aspirazione
- Tubi orotracheali (intubazione)

4.1.2 B – Breathing

- **Valutare la presenza del respiro:**

GUARDO ← espansione del torace
SENTO ← aria respirata
ASCOLTO ← rumore del respiro

- 1) RESPIRA passare a “C”
- 2) NON RESPIRA ventilare il paziente: bocca – bocca
bocca – naso
bocca - naso - bocca

Due ventilazioni lente e progressive e rivalutare la presenza del respiro

- 1) RESPIRA
- 2) NON RESPIRA ← ventilare di nuovo il paziente e passare a “C”

4.3 Cosa fare ???

- Compressioni addominali subdiaframmatiche (Heimlich) postero craniali, tra xifoide ed Ombelico
- Compressioni toraciche (gravide, obesi). Punto di repere – **RCP**
- Pervietà vie aeree (iperestensione, sublussazione mandibola)
- Svuotamento digitale

1) Cosciente:

- Seduto o in piedi
- Determinare ostruzione vie aeree
- Heimlich ripetuto fino a:

A ristabilita ventilazione (spostamento o espulsione corpo estraneo)
B incoscienza

2) Incosciente:

- Accertare incoscienza
- Paziente supino e chiamo il 118
- Valutare il respiro
- Pervietà vie aeree ed eventuale svuotamento digitale
- Provare a ventilare (2 volte) e ripetere se necessario
- Compressioni addominali
- Ripetere fino a buon esito

4.4 Emorragie

Ricerca eventuali punti di sanguinamento:

- **Arterioso = rosso vivo a fiotti**
- **Venoso = rosso scuro e continuo**

Da fare:

- Compressione diretta
- Sollevamento arto
- Compressione vaso a monte del sanguinamento
- Laccio (rilasciare la compressione almeno ogni 5 minuti)

4.5 Amputazioni

Può essere:

- Parziale
- Totale

Da fare:

- Valutazione primaria
- Pulire con soluzioni fisiologiche e garze sterili
- Medicazione compressiva ricoperta da telino sterile
- Immobilizzare e sollevare l'arto

Da non fare:

- Posizionare ghiaccio
- Suturare
- Applicare laccio
- Mettere l'arto in acqua sterile

Conservazione e trasporto del moncone:

- Disinfezione con Soluzione Fisiologica e garze sterili
- Avvolgere in garze sterili e telini sterili
- Posizionare in sacchetto sterile
- Posizionare il primo sacchetto in un altro sacchetto con ghiaccio (non sintetico) e Soluzione Fisiologica

4.6 Ustioni

Valutazione della superficie corporea (regola del 9)

- | | |
|------------------|-----|
| • Arto superiore | 9% |
| • Arto inferiore | 18% |
| • Torace | 18% |
| • Schiena | 18% |
| • Capo e collo | 9% |
| • Genitali | 1% |

Quando intervenite su un paziente che presenta ustioni, non limitatevi a considerare il danno imputabile direttamente all'ustione. (ABCDE → sempre).

Raccogliere informazioni osservando il luogo dell'incidente, ascoltando i presenti o parlando con il paziente stesso.

4.6.1 Tipo di ustioni

1° grado = Superficiale. Interessa solo l'epidermide. Arrossamento e leggero gonfiore.

2° grado = Superano l'epidermide ed interessano anche il derma. Arrossamento notevole e formazione di vesciche.

3° grado = Tutti gli strati della pelle sono interessati. Aeree carbonizzate.

La gravità dell'ustione dipende da:

- Fonte dell'ustione
- Estensione sul corpo dell'ustione (regola del 9)
- Grado dell'ustione
- Età del paziente (<5 - >70)
- Altre malattie o lesioni (ABCDE)

4.6.2 Ustioni termiche ed elettriche

Da non fare:

- Applicare olio ed altri unguenti
- Applicare ghiaccio
- Somministrare liquidi per bocca (>20)
- Aprire le palpebre ustionate
- Rimuovere le parti di vestiario attaccate all'ustione
- Perforare le vesciche
- In caso di catrame, grasso, cera, rimuoverli

Da fare:

- Allontanare la fonte dell'ustione
- Allontanare abiti bruciati
- In caso di catrame, grasso, cera, raffreddarli con acqua
- Valutazione ABCDE
- Medicazioni umide con acqua sterile (ustioni <9%)
- Separare le dita con tamponi di garza umidi
- Tamponi oculari umidi
- Avvolgere il paziente con un lenzuolo pulito e asciutto
- Somministrare ossigeno al 100% in caso di inalazione
- Monitoraggio parametri vitali

4.6.3 Ustioni chimiche

Da non fare:

- In caso di calce secca utilizzare acqua
- Usare getti violenti d'acqua, possono danneggiare i tessuti ustionati
- Schizzarsi con l'acqua del lavaggio
- Rimuovere la medicazione dopo averla applicata, bagnarla se necessario

Da fare:

- In caso di calce secca spazzolarla via
- Lavare la zona con acqua abbondante per 10-20 minuti
- Eliminare abiti e gioielli contaminati dopo averli ben lavati
- Coprire le zone ustionate con teli puliti ed asciutti
- Continuare a detergere gli occhi (dal naso verso le orecchie)
- Identificare la sostanza se possibile
- Sciacquare immediatamente occhi e volto
- Tenere le palpebre aperte durante il lavaggio e detersione
- Posizionare tamponi oculari umidi

4.7 Avvelenamenti

E' definita veleno qualsiasi sostanza che può provocare danni o malattie se introdotta nell'organismo. Alcuni veleni possono causare persino la morte. La categoria dei veleni include sostanze solide, liquidi e fumi (gas e vapori).

Un veleno può entrare nel corpo attraverso quattro vie:

- per ingestione : cibi, alcool, farmaci, prodotti per la casa, alcune piante, ecc...
- per inalazione : monossido di carbonio, anidride carbonica, vapori derivanti da prodotti per la casa, droghe, fumi industriali, ecc...
- per assorbimento : piante, pesticidi, fertilizzanti a contatto con la pelle
- per iniezione o punture : ragni, serpenti, ecc...

Segni:

- Nausea e vomito
- Diarrea
- Dolore toracico ed addominale
- Difficoltà respiratoria
- Sudorazione profusa
- Stato confusionale
- Perdita di coscienza

In prossimità della vittima bisogna prestare la massima attenzione nell'individuare (odore, fiamma, fumo, contenitori, scatole, tipo di luogo in cui si trova l'infortunato) un particolare che aiuti a capire l'eventualità e, se possibile, la natura dell'avvelenamento. Raccogliere quindi tutte le informazioni possibili dai presenti e dalla vittima stessa se possibile.

Trattamento:

- allontanare la vittima dalla fonte del veleno (se possibile e necessario)
- valutazione primaria (A-B-C)
- Trasportare insieme alla vittima ogni elemento che possa avere relazione con il veleno
- Non dare nulla da bere o da mangiare alla vittima
- Non provocare il vomito
- Spogliare la vittima e lavare con acqua corrente le aree venute a contatto con l'agente tossico

4.8 Ferite

Chiuse : Lividi

Aperte : Abrasioni (graffio)

Lacerazioni (tagli)

Avulsioni (strappo parziale o totale di una parte di pelle)

Da punta (pelle forata da un oggetto)

Medicazioni:

Ferita chiusa:

- pressione diretta sulla parte per rallentare sanguinamento
- ghiaccio sintetico con panno tra pelle e ghiaccio per far diminuire l'eventuale gonfiore

Ferita aperta minore:

- lavare a fondo con soluzione sterile e disinfettare
- coprire con garza sterile
- eventuale compressione diretta per controllo del sanguinamento

Ferita aperta maggiore:

- tagliare i vestiti e rimuovere i frammenti
- comprimere con garza pulita
- sollevare l'arto
- non rimuovere l'oggetto conficcato ma stabilizzarlo per il trasporto (per non ledere altri tessuti)

4.9 Fratture

Fratture chiuse = pelle intatta, più frequenti e meno gravi

Fratture esposte = e visibile la parte terminale dell'osso, presenza di ferita aperta quindi:

- tagliare e rimuovere delicatamente i vestiti
- lavare e disinfettare la ferita e coprire con telino sterile
- cercare di ridurre la frattura se non ci sono ostacoli

4.10 Esposizione a basse temperature ed alte temperature

Calore :

- portare la vittima in luogo fresco
- alzare le gambe (se svenuti)
- slacciare gli indumenti stretti e togliere quelli sudati
- applicare compresse fredde e umide sulla pelle
- dare liquidi (se incosciente o soporoso non per bocca)

Freddo:

- togliere indumenti bagnati e asciugare la vittima
- riscaldare il corpo gradualmente, coprendo la vittima con una coperta
- mettere panni caldi sul corpo della vittima (anche borse dell'acqua calda)
- se la vittima è cosciente dare da bere liquidi caldi

4.11 Materiale per l'immobilizzazione

4.11.1 Immobilizzazione per arti

Ve ne sono di più tipi e varie misure (a depressione, a velcro, ecc..). Riducono i rischi di spostamento dei monconi, quindi attenuano il dolore.

Utlizzo:

- disinfettare e medicare le ferite
- esercitare una lieve trazione e far scivolare la stecca sotto l'arto
- gonfiare o chiudere con il velcro (no troppo stretto)

4.11.2 Collari cervicali

Immobilizzano in posizione neutra il rachide cervicale. Sono costituiti da una parte posteriore (nuca) e una parte anteriore (mento e mandibola). Si fissano mediante velcro. Ci sono più misure.

Utilizzo:

- la testa della vittima va tenuta ferma da un aiutante
- si sceglie la misura del collare misurando la distanza tra margine superiore della spalla e margine del lobo dell'orecchio
- rimuovere collane, orecchini o abiti

- con la vittima seduta esercitare una leggera trazione del capo per scaricare il rachide dal peso del capo. Posizionare parte anteriore (a cucchiaio) e poi la posteriore
- paziente supino prima si inserisce la parte superiore e poi quella anteriore.

4.11.3 Barella a cucchiaio

E' una barella concava, scomponibile in due parti da perni esposti all'estremità. Può essere allungata.

Utilizzo:

- tenere fermo il capo
- far scivolare sotto la vittima le due metà della barella e chiudere i due perni
- legare il paziente con le cinghie
- sollevare la barella dai lati e non dalle estremità

4.11.4 Tavola spinale o "long board"

E' una tavola rettangolare che grazie al sistema di supporti e cinghie di cui è dotata, assicura l'immobilizzazione integrale del paziente.

E' composta da un piano rigido e galleggiante, è in plastica ed è dotata di sette impugnature. E' radiotrasparente. Il sistema di immobilizzazione è composto da:

- poggiatesta
- mentoniera e frontiera
- sistema di cinghie per il corpo

Utilizzo:

- posizionare il paziente con rotazione laterale o con altri dispositivi (estricatore, barella a cucchiaio) o ponte olandese
- sistemare le cinghie del corpo e delle gambe
- sistemare le cinghie del capo

Attenzione:

- a) le cinghie del tronco non devono ostacolare la respirazione e la mentoniera non deve ostacolare l'apertura della bocca
- b) l'immobilizzazione deve essere tale da poter permettere la rotazione o qualsiasi altra posizione della tavola

4.11.5 Estricatore o Ked

E' un corsetto con parte rigida da far scivolare dietro il ferito, parte per il capo e di cinghie con chiusura a velcro o moschettoni. Il suo uso è indicato per il recupero e l'immobilizzazione di pazienti in spazi ristretti, in pazienti seduti.

Utilizzo:

- aprire il corsetto, aprire le cinghie crurali e farlo scivolare dietro il paziente
- fissare la cinghia addominale mediana ed in seguito quella inferiore
- si fissano le cinghie crurali, facendole scivolare sotto le gambe dalla parte esterna della coscia e riportandole alla cadice dell'arto

- immobilizzare il capo usufruendo se necessario del cuscino messo a disposizione e chiudendo le cinghie su mento e fronte
- fissare per ultima la cinghia toracica (non troppo stretta)
- posizionare il paziente sulla tavola spinale facendolo ruotare delicatamente e afferrando le apposite maniglie
- il corsetto va sempre tolto con metodo inverso (prima cinghia toracica, crurali, ecc...) e sfilato verso l'alto

Attenzione:

- a) posizionare correttamente le cinghie crurali per evitare danni ai genitali
- b) si può usare nelle donne in stato di gravidanza
- c) non immobilizzare mai prima il capo perché si trasmetterebbero tutti i movimenti alla colonna vertebrale

4.11.6 Materasso a depressione

Simile ad un sacco, di colore arancione, in alcuni modelli maniglie laterali per il trasporto. Contiene sfere di polistirene.

E provvisto di una valvola che consente con l'uso di una pompa, di creare il vuoto e quindi indurire il materasso per l'avvicinamento delle microsfele.

Si usa poco perché è delicato, si fora facilmente. Indicato per le lesioni del rachide o fratture al bacino.

Utilizzo:

- quattro soccorritori che si pongono a gambe divaricate in piedi sopra il paziente:



- il soccorritore che si occupa del capo coordina ed al suo comando si solleva il paziente
- Un astante fa scivolare una barella sotto il corpo del paziente

4.11.7 Estricazione d'emergenza

Viene messa in atto quando è presente un rischio evolutivo così elevato da trasformare il recupero in un vero e proprio salvataggio.