

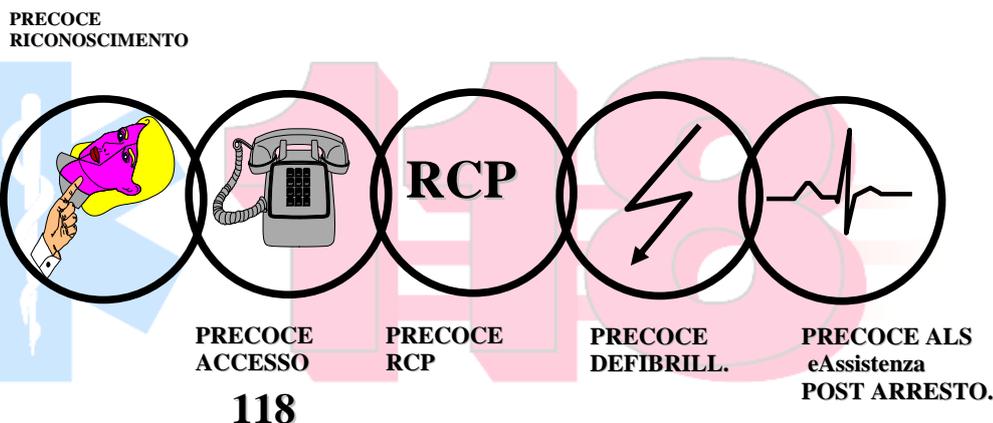
SINTESI DEI PUNTI PRINCIPALI DELLE LINEE GUIDA BLS ESPOSTI NEL CORSO DELLE LEZIONI TEORICHE RACCOMANDAZIONI INTERNAZIONALI ILCOR 2010 Per LAICI

Scopo del BLS (Basic Life Support) è:

- 1° *Prevenire l'arresto cardiaco e respiratorio;*
- 2° *Riconoscere prontamente un arresto cardiaco, un infarto e un ictus;*
- 3° *Supportare la ventilazione e la circolazione;*
- 4° *Effettuare una defibrillazione precoce con defibrillatore semiautomatico.*

I migliori risultati si ottengono se:

- 1° Il BLS con la RCP (Rianimazione Cardio Polmonare) è applicato **entro 4 minuti** dall'arresto cardio-circolatorio (ACC) anche da non sanitari; dopo 4 minuti di ACC inizia il danno cerebrale irreversibile
- 2° Il supporto vitale avanzato (ALS - Advanced Life Support , effettuato da sanitari esperti) inizia **entro 8 minuti** all'ACC.



Gli anelli della “CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA” identificano il percorso per ottenere il massimo risultato nell’assistenza di un paziente in sospetto arresto cardiocircolatorio. Ogni anello ha la stessa importanza e deve essere presente, per dare al paziente le maggiori possibilità di sopravvivenza a distanza in buone condizioni.

Nell'ACC improvviso non traumatico dell'adulto viene rilevata fibrillazione ventricolare (FV) nel 25% circa dei casi.

L'ostruzione delle vie aeree è la causa più frequente di ACC nell'età pediatrica

Il BLS supporta le funzioni vitali mancanti (circolo e respiro), ma solitamente non è in grado di “far ripartire” il cuore. L’ALS, ovvero il supporto vitale avanzato medico, ma anche la defibrillazione, servono a “far ripartire” il cuore. La defibrillazione deve essere considerata parte del BLS, ovvero BLS-D.

PREVENZIONE: tra gli scopi del BLS vi è anche quello di prevenire l'arresto cardiaco, diffondendo la *prevenzione* e la conoscenza dei *fattori di rischio* per la malattia aterosclerotica e l'infarto. I maggiori fattori di rischio sono: l'ipertensione, il colesterolo elevato, l'obesità, il fumo, lo stress, la scarsa attività fisica, le abitudini alimentari e di vita scorrette.

Deve anche essere ricordato che ai primi segni di attacco cardiaco (dolore, peso retrosternale o epigastrico), deve essere attivato il sistema di emergenza 118, per valutare l'opportunità che si tratti di un problema realmente cardiaco: il ritardo nella chiamata è spesso uno dei fattori determinanti nel trattamento di una sindrome coronarica acuta.

Una volta che il paziente ha un arresto cardiaco, cosa si può fare?

Il BLS può rallentare l'evoluzione da “morte clinica” (reversibile), a “morte biologica” (irreversibile)

Cause di arresto cardiaco e/o respiratorio:

Attacco cardiaco, annegamento, ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, inalazione di fumo, epiglottite, overdose da farmaci, elettrocuzione e folgorazione, soffocamento, traumi, infarto miocardico (IMA), ictus, coma ...

Indicazioni al BLS (laici):

Arresto cardiaco

L'arresto cardiaco (ACC) è definito come la cessazione improvvisa della funzione cardiaca di pompa, che insorge in un paziente che non ci si aspetta debba morire in quel momento.

La diagnosi di Arresto Cardiaco è **clinica e non elettrocardiografica**.

I segni clinici che indichino un possibile attacco cardiaco sono solitamente definiti come un dolore, un fastidio, un senso di oppressione etc. riferito al torace, alle spalle, al braccio sinistro, alla bocca dello stomaco o irradiato al collo. I pazienti *non cardiopatici noti* solitamente negano la possibilità che si tratti di un problema cardiaco, e chiamano mediamente *3 ore dopo* l'insorgenza dei sintomi. **NON TUTTI GLI INFARTI PORTANO ALL'ARRESTO CARDIACO**, anzi solo una piccolissima percentuale; ma stante che la maggior parte delle morti per arresto cardiaco avvengono fuori dall'ospedale entro 4 ore dall'insorgenza dei sintomi, è possibile che l'arresto avvenga durante il tragitto verso l'ospedale, e quindi **si deve evitare di portare con la propria vettura** il paziente in ospedale: **chiamare il 118**.

Scopo del BLS

Lo scopo principale del BLS è quello di provvedere a **supportare le funzioni vitali assenti** (circolo e respiro) con manovre esterne (massaggio cardiaco esterno e respirazione artificiale), per provvedere ad una **ossigenazione cerebrale di emergenza** e “ritardare” l'insorgenza dei danni cerebrali, fino all'arrivo del

defibrillatore o dell'équipe avanzata (ALS), in grado di effettuare le manovre di rianimazione con strumenti e farmaci.

Sequenza del BLS

Le raccomandazioni **ILCOR 2010** hanno introdotto la sequenza del BLS variando quella "classica" che si basava sull'**ABC** (in inglese **A**=Awake, sveglio e **A**irways, vie aeree **B**=Breathing, respiro **C**=Circulation, circolo), con quella più attuale che si basa sul **CAB**, ovvero si inizia con il massaggio cardiaco (compressioni toraciche esterne, CTE) dopo una breve valutazione della coscienza e del respiro.

Prima di fare qualunque manovra si deve valutare il paziente: prima valutare e poi fare.

La valutazione è essenzialmente clinica: guardare, ascoltare e sentire il paziente

VALUTARE IL PAZIENTE

Accertamento: determina l'assenza di risposta della vittima.

Il soccorritore, tocca, scuote e chiama ad alta voce la vittima chiedendo: "tutto bene?"



GUARDARE SE RESPIRA

ASCOLTARE LA RISPOSTA

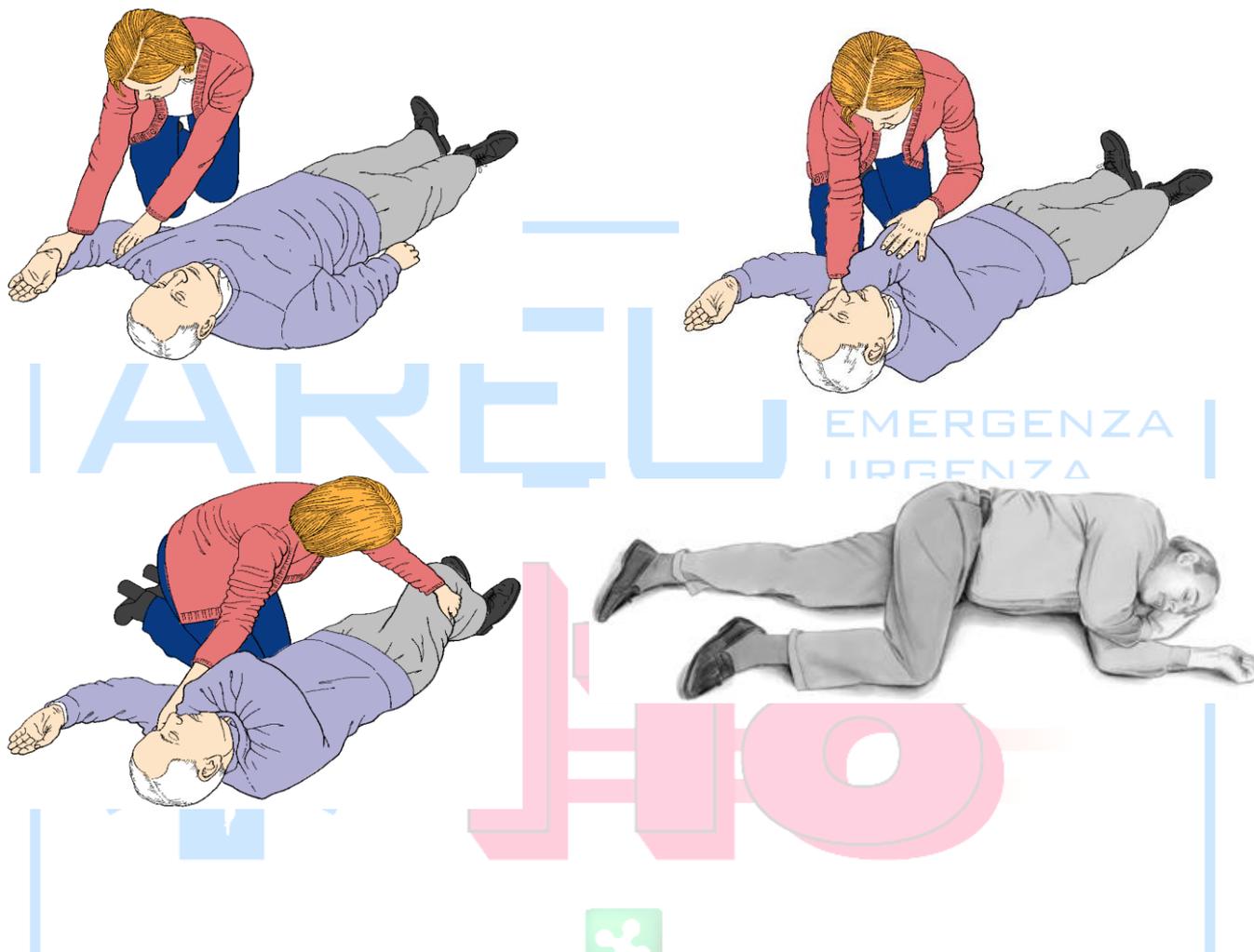
SENTIRE IL PAZIENTE, LO SI CHIAMA E LO SI STIMOLA LEGGERMENTE scuotendo *gentilmente* le spalle.

**ATTENZIONE:NON
SCUOTERE I
TRAUMATIZZATI**

SE NON E' COSCIENTE, GUARDARE PER ALCUNI SECONDI SE NON RESPIRA, O SE RISPIRA IN MODO "NON NORMALE".

Se la vittima NON E' COSCIENTE, ma respira in modo autonomo e normale, la si posiziona su di un fianco (posizione laterale di sicurezza) se non è traumatizzato. Controllare frequentemente l'attività respiratoria. Dopo 30 minuti girare sul fianco opposto.

Per mettere in posizione laterale di sicurezza, seguire i passi sotto illustrati:



Se la vittima è un TRAUMATIZZATO non deve essere posizionato in posizione laterale di sicurezza

CHIAMA IL
118



**SE IL PAZIENTE NON RIPONDE E NON
RESPIRA, O RESPIRA IN MODO “NON
NORMALE” (GASPING)**

**FAR CHIAMARE
ATTIVARE I SOCCORSI**

Attivazione S.S.U.Em. 118 (o sistema di emergenza interno all'ospedale, se si lavora in ospedale):

LA PERSONA CHE ATTIVA I

SOCCORSI DEVE DARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI (PER

SOCCORRITORI 118 IN SERVIZIO VEDI PROCEDURE SPECIFICHE):

- **LUOGO DELL'EVENTO**
(località frazione, via, numero civico, scala, piano, ditta, statale, autostrada,). Se possibile, mandare qualcuno in strada **incontro ai soccorsi**
- **TIPO DI EVENTO** (malore, incidente stradale, infortunio ecc.)
- **NUMERO DI PERSONE COINVOLTE**; numero di feriti
- **CONDIZIONI SANITARIE**: è cosciente? Si muove? Respira? Quanti anni (presunti) ha? Riferisce sintomi?
- **CHE AIUTO STATE DANDO**
- **ED OGNI ALTRA INFORMAZIONE RICHIESTA DALL'OPERATORE 118**
- **TENERE LIBERO IL TELEFONO!!!**



Non deve essere interrotta la comunicazione fino a quando non lo indica l'operatore, per seguire le eventuali istruzioni che vengono impartite (RCP guidata via telefono).

**GLI OPERATORI DEL 118 POSSONO GUIDARE LE MANOVRE DI
RIANIMAZIONE VIA TELEFONO!!**

SE INVECE SI E' DA SOLI, e non si può chiamare il 118 mentre si è vicini al paziente, CI SI ALLONTANA PER CHIAMARE AIUTO SUBITO DOPO AVER VALUTATO L'ASSENZA DI RESPIRO in tutte le situazioni di arresto cardiaco TESTIMONIATO nell'adulto, dove la causa più probabile di arresto cardiaco è la malattia coronarica, e quindi l'attivazione immediata dei soccorsi "avvicina" il defibrillatore, unico strumento che fa ripartire il cuore, e l'équipe ALS. Si va a chiamare aiuto negli arresti cardiaci dei bambini sotto gli 8 anni, solo se si assiste direttamente ad un evento improvviso, e si esclude un problema respiratorio (corpo estraneo etc.), ma tale situazione è molto rara.

OPPURE CHIAMA SOLO DOPO RCP: chiama dopo RCP di 1-2 minuti, nei casi in cui la causa è probabilmente respiratoria e non cardiaca, ovvero nei bambini, ove la causa respiratoria è molto frequente e negli adulti in caso di sospetto problema respiratorio, ovvero in caso di annegamento.

In caso di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo in paziente cosciente, personale addestrato effettua le manovre di disostruzione *prima* di attivare i soccorsi.

- POSIZIONARE IL PAZIENTE, la RCP si effettua sempre con paziente in posizione supina SU UN PIANO RIGIDO

Non è necessario spogliare completamente il torace del paziente: è sufficiente rimuovere anteriormente i vestiti pesanti, per trovare i punti di reperi. Se è possibile, mettere comunque a nudo la parte anteriore del torace per rilevare meglio il reperi e poter applicare eventualmente il defibrillatore semiautomatico (DAE), ma comunque non perdere tempo a scoprire il torace. **METTERE A TERRA SE E' A LETTO.**

In ambienti ristretti, è possibile effettuare la RCP posizionandosi anche al capo del paziente o sulle gambe a "cavalcioni".

VALUTARE C

SE IL PAZIENTE NON E' COSCIENTE, NON RESPIRA O HA UN RESPIRO "NON NORMALE" (gasping), CHIAMARE SOCCORSO (118) ED INIZIARE SUBITO IL MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO.

L'assenza contemporanea di coscienza e respiro, o la presenza di respiro "non normale" (presenza di gasping), è indicazione all'inizio delle COMPRESSIONI TORACICHE ESTERNE (CTE).

GASPING: il gasping (respiro insufficiente, lento, a volte profondo e a scatti) deve essere riconosciuto e considerato come ASSENZA DI RESPIRO e segno di arresto cardiaco. Molto spesso la chiamata al 118 riferisce la presenza di respiro in situazioni che poi si dimostrano essere di ACC; da parte degli operatori del 118 deve accuratamente essere indagata e riconosciuta la presenza di gasping. **PER QUESTO MOTIVO SI INIZIA IL MASSAGGIO CARDIACO ANCORA PRIMA DI UNA VALUTAZIONE ACCURATA DEL RESPIRO, OGNI VOLTA CHE IL PAZIENTE "NON RESPIRA" O HA UN RESPIRO "NON NORMALE" (gasping)!**

In caso di personale non esperto, non viene richiesta la palpazione del polso carotideo ed è sufficiente l'assenza di coscienza e respiro (o respiro non normale) per iniziare le compressioni toraciche esterne.

Le compressioni toraciche (massaggio cardiaco esterno) sono efficaci se eseguite su di un paziente che decomba su di un piano rigido, cosa che non sempre avviene se il

paziente è su di un letto. In questo caso la manovra più efficace è il veloce spostamento del paziente a terra. L'innalzamento degli arti inferiori non è vantaggioso, e come tale non è indicato.

Pur essendo possibile individuare il punto di reperi in diversi modi, le raccomandazioni 2010 suggeriscono di individuare il punto come nella parte intermedia della metà inferiore dello sterno, ovvero a livello della linea dei capezzoli. Il punto deve essere rapidamente individuato senza perdite di tempo, appoggiando direttamente la mano dominante (destra per i destrimani, sinistra per i mancini) con l'eminenza tenar ed ipotenar (parte carnosa della mano appena dopo il polso) al centro della metà inferiore dello sterno, appoggiando l'altra mano sopra il dorso della mano inferiore ed intrecciando le dita per non appoggiarle al torace.



- **Posizione del soccorritore:** il soccorritore che comprime il torace deve posizionarsi a lato del torace del paziente. Le braccia devono essere perpendicolari sopra lo sterno del paziente e le spalle devono sovrastare il torace del paziente. Inginocchiandosi a lato del paziente all'altezza del torace la posizione risulta corretta, se il paziente è a terra: talvolta può essere necessario inginocchiarsi direttamente anche sul letto del paziente al suo fianco, quando non è opportuno posizionarlo a terra (solo se letto rigido). In zone anguste, è possibile posizionarsi per il massaggio cardiaco dietro il capo del paziente o a cavalcioni sulle gambe.

IMPORTANTE !!!!!

LA TECNICA DI COMPRESSIONE E' ESTREMAMENTE IMPORTANTE AFFINCHÉ IL MASSAGGIO STESSO SIA EFFICACE: UNA TECNICA SCORRETTA RENDE INEFFICACE TUTTA LA RCP.



Tecnica di compressione:

- 1- Il **tempo di compressione** e rilasciamento deve essere uguale (**50%** compressione), ed il movimento deve essere fluido ed armonico, non a scatti
- 2- Il torace deve essere **rilasciato completamente** dopo ogni compressione, permettendo di ritornare ogni volta alla posizione di riposo: rimanere appoggiati al torace è un grave errore che non consente un adeguato ritorno di sangue al cuore

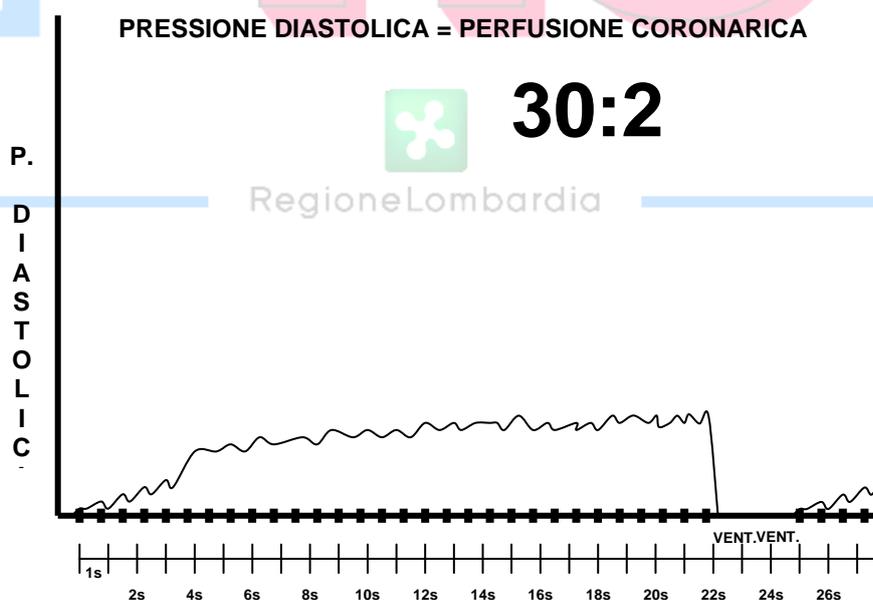
- 3- Le mani **non devono staccarsi** dal torace dopo ogni compressione, e devono mantenersi sul punto di reperi
- 4- I gomiti e le braccia devono essere rigidi e le spalle devono sovrastare perpendicolarmente il paziente
- 5- il torace deve essere **compresso di ALMENO 5 cm, NON PIU' DI 6 cm** e rilasciato completamente facilitando il ritorno elastico. Nei bambini la compressione deve essere di circa 1/3 del torace (vedi PBL5)
- 6- la compressione deve essere effettuata ad una frequenza di **ALMENO 100/minuto, non più di 120**, con un movimento continuo ed armonico.

- **Meccanismo di flusso:** secondo modelli sperimentali, il flusso di sangue durante la RCP è determinato dall'incremento della pressione intratoracica (meccanismo di pompa toracica - "spremitura") e dalla compressione delle camere cardiache (meccanismo di pompa cardiaca - "classico"). Nell'uomo al momento mancano dati conclusivi circa il reale meccanismo.

La gittata cardiaca sotto massaggio è pari a circa il 25% di quella normale.

RAPPORTO COMPRESSIONI/VENTILAZIONI 30:2

Il rapporto 30 compressioni e 2 ventilazioni consente di ridurre al minimo le interruzioni del massaggio. Il massaggio cardiaco è stato dimostrato essere la maggiore determinate della sopravvivenza, ed ogni interruzione riduce la probabilità di buon risultato senza deficit. Mantenendo un basso volume delle ventilazioni (500-600 ml) con un tempo impiegato per la ventilazione di 1 secondo, si dispone un tempo sufficiente per le compressioni toraciche.



Ogni 2 minuti (5 cicli 30:2) se i soccorritori sono più di 1, deve essere **cambiato colui che comprime**, per evitare che la stanchezza renda meno efficace le

compressioni toraciche. **GRANDE ENFASI ALLE COMPRESSIONI TORACICHE ED ALLA LORO CORRETTA ESECUZIONE.**

LE RACCOMANDAZIONI IL COR INSISTONO MOLTO SULLA RIDUZIONE DELLE INTERRUZIONI DELLA RCP SIA COME NUMERO, CHE COME DURATA.

Per le valutazioni ed i cambi devono essere impiegati non più di 5-10 secondi alla volta, riducendo al minimo tali interruzioni.

**E' INDISPENSABILE CHE LE MANOVRE
DI RIANIMAZIONE SIANO APPLICATE IN TEMPI BREVI ED IN RAPIDA
SEQUENZA: RICORDARSI CHE E' INDISPENSABILE PER IL PERSONALE
FORMATO FARE SIA LA VENTILAZIONE CHE IL MASSAGGIO.
PRATICARE SOLO UNO DEI DUE RENDE MENO EFFICACI LE
MANOVRE !!!**

**SIA CHE IL SOCCORRITORE SIA SOLO, CHE SE I
SOCCORRITORI SIANO IN 2, DEVONO ESSERE
EFFETTUATE 30 COMPRESSIONI E 2
VENTILAZIONI NELL'ADULTO**



RENDERE PERVIE LE VIE AEREE

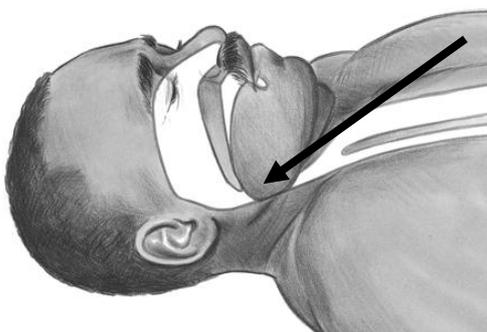
La caduta della lingua è la maggior causa di ostruzione delle vie aeree, soprattutto nei pazienti non coscienti.

Una ostruzione delle vie aeree non trattata può portare ad arresto cardiaco in 7-8 minuti

In caso di perdita di coscienza rendere pervie le vie aeree.

Posizione della vittima: la vittima è già in posizione supina in quanto si è effettuato il massaggio cardiaco (30 compressioni).

Posizione del soccorritore: il soccorritore si pone a lato della vittima, se c'è posto.



Caduta della lingua: la lingua ed il palato molle possono occludere il faringe, l'epiglottide e l'aditus laringeo in assenza di tono muscolare. L'ostruzione delle vie aeree che ne consegue può impedire la ventilazione.



Estensione della testa - sollevamento del mento: una mano è posta sulla fronte della vittima ed in modo fermo applica una pressione con il palmo in modo da estendere la testa. Per completare la manovra, con l'altra mano, posizionare le dita sotto il mento sollevando la mandibola.

Quando è indicata la ventilazione bocca-naso, la mano che solleva il mento si sposta a chiudere le labbra.



Nei traumatizzati, per rendere pervie le vie aeree è possibile:

Sollevamento della mandibola: può essere effettuato posizionandosi alla testa della vittima ed uncinando gli angoli della mandibola con entrambe le mani sublussandola anteriormente.

Se le labbra si chiudono occorre abbassare il labbro inferiore con i pollici.

Se la vittima è un TRAUMATIZZATO non si dovrebbe estendere la testa

NO



MA SE NON SI RIESCE A RENDERE PERVIE LE VIE AEREE, ANCHE NEL TRAUMATIZZATO SI PROVA AD ESTENDERE DELICATAMENTE IL CAPO nel tentativo di risolvere l'ostruzione.

L'ASSENZA DI RESPIRO E' PEGGIO DI UN POTENZIALE RISCHIO AL RACHIDE CERVICALE!!

Cercare comunque nel limite del possibile di NON estendere il rachide nel traumatizzato.

In caso di ACC in un traumatizzato, se possibile immobilizzare manualmente il rachide durante la RCP, invece di posizionare il collare cervicale.

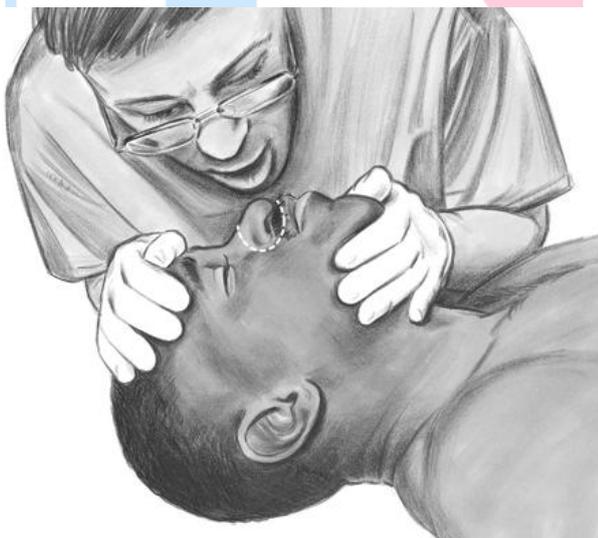
ESPLORAZIONE E SVUOTAMENTO CAVO ORALE

Si effettua solo se sono evidenti corpi estranei in bocca o vi è una storia suggestiva per corpo estraneo. Se in bocca è presente vomito od altro materiale liquido rimuoverlo utilizzando l'aspiratore o due dita (indice e medio) avvolte da un pezzo di garza; se il materiale è solido può essere rimosso usando un dito come uncino. Un'eventuale protesi dentale deve essere rimossa solo se risulta non fissa e stabile, poiché può aiutare nell'appoggio della maschera durante ventilazione.

FARE B

Se la vittima non respira praticare la respirazione artificiale

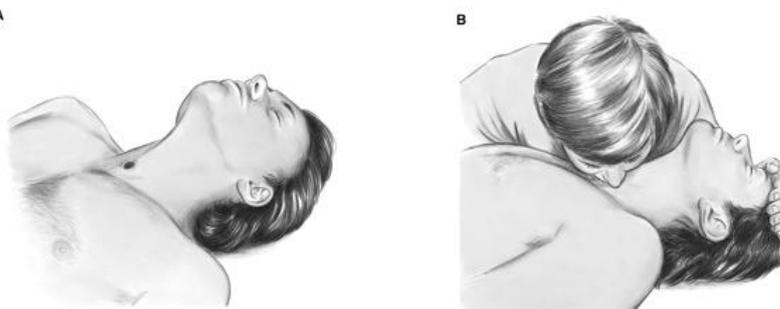
Bocca - bocca: mantenendo le vie aeree pervie con la manovra dell'*estensione della testa - sollevamento del mento*, il soccorritore mantiene chiuso il naso pinzandolo tra il pollice e l'indice della mano posta sulla fronte, al fine di prevenire la fuoriuscita dell'aria insufflata. Il soccorritore fa un respiro *normale*, e ponendo le proprie labbra a tenuta sulla bocca della vittima esegue due lente insufflazioni.



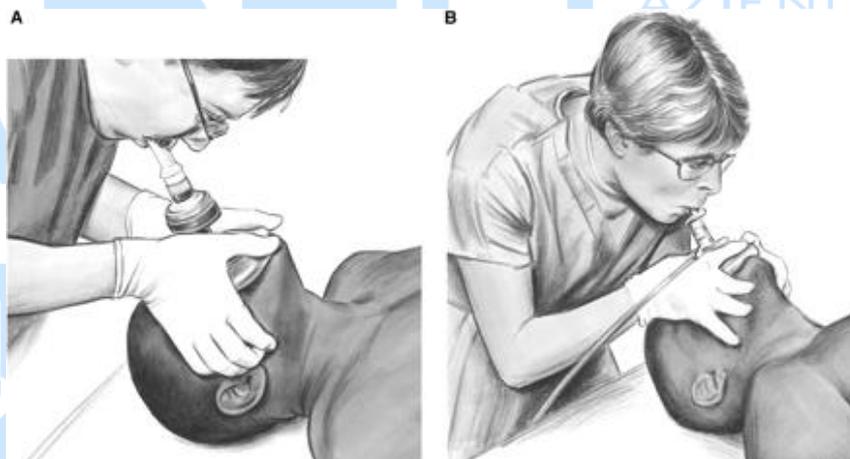
Bocca - naso: si esegue quando non è possibile ventilare la vittima attraverso la bocca (trisma, traumi, ecc.). Il soccorritore mantiene la testa estesa con una mano e con l'altra solleva la mandibola chiudendo le labbra; quindi fa un respiro *normale*, e ponendo le proprie labbra a tenuta attorno al naso della vittima esegue un'insufflazione.

Bocca - stoma: in portatori di tracheostomia permanente il soccorritore esegue un respiro *normale*, e pone le proprie labbra attorno allo stoma insufflando fino ad

espansione toracica avvenuta. Nel caso l'aria fuoriesca dalla bocca o dal naso, chiuderli con la mano mentre si insuffla.



- **Uso di maschere protettive:** per evitare trasmissione di malattie esistono maschere, anche con valvola unidirezionale, da interporre tra la bocca del soccorritore e quella della vittima. Le maschere consentono un effetto barriera, in quanto sono dotate di una valvola unidirezionale che impedisce all'aria espirata dal paziente di ritornare verso il soccorritore.



Raccomandazioni per la respirazione artificiale: le insufflazioni devono durare circa 1 secondo e devono provocare l'espansione del torace. Attenzione a non insufflare troppa aria o in modo troppo violento provocando la distensione dello stomaco. **L'insufflazione gastrica è molto frequente e comporta gravi rischi:** infatti facilita il rigurgito e la conseguente inalazione polmonare di vomito, eleva il diaframma e rende difficile la ventilazione. L'insufflazione gastrica deve essere evitata rendendo ben pervie le vie aeree e insufflando lentamente in non meno di 1 secondo con un volume non eccessivo (non più di 500-600 ml)

Si devono poi alternare le ventilazioni alle compressioni toraciche, con un rapporto **30:2**, come già illustrato.

Se non si riesce a ventilare il paziente, potrebbe essere presente un'ostruzione delle vie aeree: in questo caso si deve proseguire con il massaggio cardiaco 30:2 alternando i tentativi di ventilazione.

Nel caso in cui il soccorritore non se la senta di ventilare bocca a bocca, mantenere pervie le vie aeree e proseguire le compressioni toraciche senza interruzioni.

RIVALUTAZIONE

I soccorritori laici non effettuano rivalutazioni fino a che il paziente non respira o dà segni di vita; però durante il cambio di chi massaggia, si può rapidamente osservare il paziente per valutare se è tornato cosciente o respira normalmente.

Le manovre di RCP non devono essere interrotte per più di 10 secondi per la rivalutazione o lo spostamento del paziente.

I segni di ripresa di circolo spontaneo possono essere rappresentati da:

- ripresa di coscienza, anche parziale
- ripresa di respiro normale

Le manovre di RCP devono essere continuate da un soccorritore non medico fino a che:

- giunge un medico
- un medico ordina di sospenderle
- il soccorritore è esausto
- la vittima mostra segni di vita

LA MIDRIASI (pupilla dilatata) NON E' UN SEGNO DA TENERE PRESENTE PER INIZIARE O PER SOSPENDERE LE MANOVRE DI RIANIMAZIONE



Regione Lombardia



OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE

OSTRUZIONE MODERATA DELLE VIE AEREE

In caso di **ostruzione MODERATA** delle vie aeree da corpo estraneo, il paziente respira, tossisce vigorosamente, è subcianotico e vi ancora BUON passaggio di aria nelle vie aeree. Alla domanda **“STAI SOFFOCANDO?”**, il paziente è in grado di rispondere. **NON FARE NULLA, TENERE SOTTO OSSERVAZIONE ED ATTIVARE IL 118 SE LA SITUAZIONE NON SI RISOLVE.**

OSTRUZIONE GRAVE DELLE VIE AEREE

In caso di **ostruzione GRAVE** delle vie aeree da corpo estraneo, il paziente non respira, non tossisce, è cianotico, può esserci ancora un minimo passaggio di aria, ma non sufficiente a parlare e quindi non c'è un passaggio sufficiente di aria nelle vie aeree. Solitamente fa il **SEGNALE UNIVERSALE** di ostruzione delle vie aeree: il paziente si presenta con gli occhi sbarrati, la bocca aperta nel tentativo di respirare, le mani alla gola, cianotico. Alla domanda **“STAI SOFFOCANDO?”**, il paziente non è in grado di rispondere.



In questo caso, dopo aver provato a disostruire la vie aeree controllando in bocca, si effettuano 5 colpi sul dorso: il soccorritore si pone a lato dell'infornato, pone una mano sul torace, fa inclinare in avanti la vittima ed effettua cinque colpi energici sul dorso al centro delle scapole. Si controlla in bocca se è stato espulso il corpo estraneo.

Se le manovre risultano inefficaci, effettuare la manovra di Haemlich: se il paziente è in piedi e cosciente, ci si pone posteriormente, mano a pugno con il pollice all'interno, si posiziona il pugno tra xifoide (parte inferiore dello sterno) e



ombelico, senza comprimere le arcate costali. Si effettuano 5 compressioni dal basso verso l'alto e poi si controlla in bocca. Alternare 5 colpi dorsali a 5 compressioni addominali, fino a che si risolve o fino a quando il paziente diviene incosciente.

Se invece il paziente è privo di coscienza o lo diviene ed è a terra, il paziente deve essere adagiato delicatamente a terra, devono essere attivati i soccorsi (118) e iniziate immediatamente le compressioni toraciche esterne, alternandole a 2 ventilazioni dopo le prime 30 compressioni toraciche (30:2). Effettuare 30 compressioni e 2 ventilazioni alternate.



CHIAMA AIUTO

In caso di sospetta inalazione di corpo estraneo, il soccorritore esperto effettuerà le manovre di disostruzione e **CHIAMERA' DOPO** il 118. Il personale non esperto che non sa fare le manovre **CHIAMERA' SUBITO IL 118**, che via telefono aiuterà ad effettuare le manovre di disostruzione.

AREU

AZIENDA
REGIONALE
EMERGENZA
URGENZA



118



Regione Lombardia

SEQUENZA BLS LAICI

