

Modulo Pediatrico per DAN Basic Life Support

Student book/IT



Modulo Pediatrico per DAN Basic Life Support

Editor: Massimiliano Stirparo
Autori: Guy Thomas, Massimiliano Stirparo
Collaboratori: Jeff Myers
Foto: Jenny Brover, Massimiliano Stirparo

© 2012 Divers Alert Network

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, registrata con qualsiasi sistema o trasmessa, in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, fotocopiata od in altro modo, senza la preventiva autorizzazione scritta da parte del Divers Alert Network, P.O. Box DAN, 64026 Roseto, Italy.

Paediatric Basic Life Support
Prima Edizione Italiana Europea pubblicata nel Gennaio 2013

Contatti del Divers Alert Network

DAN Europe, P.O. Box DAN, 64026 Roseto, Italy
Tel: +39-085-8930333
Fax +39-085-8930050
E-mail (generale): mail@daneurope.org
E-mail (training): training@daneurope.org
Sito Web: www.daneurope.org

Indice

MODULO PEDIATRICO DAN PER BASIC LIFE SUPPORT

Introduzione	3
Obiettivi del programma	3
Disclaimer	3
1. BLS Pediatrico	4
Descrizione dell'argomento	4
2. Rianimazione pediatrica	5
Ventilazioni	5
Uso della protezione facciale o della maschera di rianimazione oronasale	6
Compressioni toraciche	6
Quando chiedere aiuto	7
BLS Pediatrico – Soccorritore laico (Flow-chart)	8
Abilità pratiche Rianimazione del bambino	9
Abilità pratiche Rianimazione del lattante	13
3. Ostruzione vie aeree da corpo estraneo	19
Ostruzione vie aeree da corpo estraneo (Flow-chart)	19
Abilità pratiche	
Ostruzione vie aeree da corpo estraneo Bambino	20
Abilità pratiche	
Ostruzione vie aeree da corpo estraneo Lattante	22

La pubblicazione a fini didattici delle immagini dei bambini presenti in questo manuale è stata autorizzata dai genitori, nel rispetto delle norme vigenti in materia di privacy e di tutela dei minori.

Il DAN Training desidera ringraziare tutti coloro che, attraverso il proprio lavoro e la propria dedizione, hanno contribuito alla creazione, allo sviluppo e alla sperimentazione dei materiali didattici per questo programma.

Introduzione



Obiettivi del programma

La maggior parte delle emergenze mediche che riguardano bambini viene gestita da persone senza (o con una limitata) conoscenza medica. Molti bambini non ricevono affatto il supporto vitale di base (BLS), a causa della paura delle persone di fare qualcosa di sbagliato o di peggiorare la situazione, specie se non hanno seguito corsi specifici di primo soccorso pediatrico o di rianimazione.

Conoscere il BLS per lattanti e bambini, cosa che include imparare a gestire emergenze della respirazione, come il soffocamento, è un passo necessario verso la prevenzione di morti accidentali di lattanti e bambini. L'assistenza di base per emergenze cardiache e respiratorie di lattanti e bambini dovrebbe essere data fino all'arrivo e alla presa in carico del personale medico.

Coloro che partecipano al normale corso di Basic Life Support del DAN possono anche essere genitori o avere responsabilità su bambini. Per queste persone in particolare il modulo pediatrico sarà un'integrazione molto utile dei corsi standard. Il modulo è stato ideato per offrire agli adulti e agli operatori sanitari le conoscenze supplementari di cui hanno bisogno per essere più sicuri di sé quando prestano soccorso ed assistenza ai bambini.

Disclaimer

Questo materiale dovrebbe essere utilizzato solo in combinazione con un corso DAN BLS o BLSD. Non è ideato come programma autonomo, in quanto non vi è trattata la gestione di altre emergenze che comportano il pericolo di vita, come avviene invece per gli adulti. Il presente è quindi da considerarsi come materiale supplementare.

BLS Pediatrico

1.1 Descrizione dell'argomento

Secondo una ricerca condotta in Finlandia dal Critical Care Medicine Research Group (Tampere University Hospital), gli arresti cardiaci extraospedalieri nei bambini si verificano più di frequente (88%) in un luogo non pubblico, come la residenza. La maggior parte (66-77%) degli arresti è senza testimoni, e gli astanti praticano la rianimazione cardiopolmonare (RCP) solo nel 23-35% dei casi. L'uso di un defibrillatore automatico esterno (DAE) da parte degli astanti è praticamente inesistente. Le cause di arresto segnalate come più comuni sono: la sindrome da morte improvvisa infantile, i traumi, le difficoltà respiratorie.



Il tasso di sopravvivenza alla dimissione dall'ospedale pediatrico dopo un arresto cardiaco preospedaliero è basso, con percentuali del 2,0-9,6%. La sopravvivenza alla dimissione ospedaliera è più comune tra i bambini e gli adolescenti che tra i lattanti.

Un'emergenza medica seria e potenzialmente mortale è fuori dal campo delle normali esperienze umane, e può facilmente sopraffare le normali capacità di una persona.

Il legame emotivo, molto probabilmente dei genitori, tra (potenziale) soccorritore e bambino aumenta di molto il grado di stress. Questo impatto emotivo può essere sufficiente a minare la capacità del soccorritore di intervenire adeguatamente. Gestire questo stress richiede conoscenza, fiducia in se stessi e l'essere qualificati. Non è difficile: una formazione di base, un aggiornamento regolare e tanta pratica saranno di aiuto.

I soccorritori ai quali è stato insegnato il solo BLS per adulti, e che non hanno alcuna conoscenza specifica di rianimazione pediatrica, possono usare la stessa sequenza degli adulti, perché le conseguenze saranno di gran lunga peggiori se non fanno nulla. A chi non è addestrato, ma desidera apprendere la rianimazione pediatrica perché ha responsabilità su bambini (ad esempio insegnanti, infermieri scolastici, bagnini e genitori), dovrebbe essere insegnato che è preferibile modificare il BLS degli adulti ed eseguire cinque insufflazioni iniziali seguite da - se si è soli - circa 1 minuto di RCP, prima di andare a cercare aiuto. Inoltre, si dovrebbero apprendere alcune tecniche di rianimazione per lattanti e bambini.

Rianimazione pediatrica

Bambini e lattanti sono certamente esseri ancora in via di sviluppo e devono essere trattati con cura. La conoscenza e l'esperienza acquisite nel corso BLS possono suggerirti che non è consigliato praticare una rianimazione a due mani su un bambino. I lattanti e i bambini non hanno la capacità polmonare degli adulti, così anche questa tecnica dev'essere adattata al loro livello.

Le differenze tra la sequenza di rianimazione pediatrica e quella dell'adulto sono in gran parte basate sulle diverse cause mediche. L'arresto cardiaco primario è più comune negli adulti, mentre i bambini sono più soggetti ad arresto cardiaco secondario. Ad esempio, l'arresto respiratorio abbassa drasticamente i livelli di ossigeno nelle arterie ed abbassa la pressione sanguigna, due fattori che conducono all'arresto cardiaco. I bambini sono molto sensibili alla mancanza di ossigeno e quindi devono ricevere 5 ventilazioni iniziali di soccorso prima di iniziare le compressioni toraciche. Un soccorritore dovrebbe somministrare solo 1 minuto di RCP prima di lasciare il bambino e chiedere aiuto.

Ventilazioni

2.1

La respirazione artificiale è il passo più importante per il salvataggio di un bambino o di un lattante che non respira. Se i ripetuti tentativi di respirazione di soccorso non riescono a riattivare il flusso d'aria nei polmoni, le vie aeree potrebbero essere ostruite.

Apri la bocca del bambino e rimuovi le eventuali ostruzioni visibili. Fai comunque attenzione a non spingere il blocco più in basso e non eseguire movimenti ciechi con le dita. Controlla l'inclinazione della testa ed il sollevamento del mento, ma anche che il collo non sia troppo esteso. Se dopo 5 tentativi non sei riuscito a fare ventilazioni efficaci, passa alle compressioni toraciche.

Ventila il bambino o il lattante per un tempo da 1 a 1,5 secondi, sufficienti per osservare l'espansione del torace. Ricorda che un lattante ha bisogno di meno aria di un bambino più grande o di un adulto. Si dovrebbe dosare la respirazione di soccorso di conseguenza. Tieni inoltre presente che anche se stai ventilando meno volume nel bambino o lattante, il tempo necessario è leggermente maggiore rispetto agli adulti (1 secondo), quindi procedi lentamente.

2.2 Uso della protezione facciale o della maschera di rianimazione oronasale

La protezione personale è importante. Anche se vi è un rischio minimo, non dovrebbe essere ignorato, soprattutto se si presta assistenza ad un bimbo sconosciuto.

Le maschere facciali sono molto compatte e possono essere facilmente portate con sé in ogni momento, ad esempio nel portachiavi. Dopo aver controllato che la respirazione è normale, posiziona la mascherina di plastica sul viso del bambino e assicurati che il filtro sia sopra la bocca. Inclina la testa all'indietro e solleva il mento. Chiudi il naso ed inizia a ventilare attraverso il filtro. Una maschera oronasale di rianimazione è più robusta e ha un filtro ed una valvola tramite cui ventilare. Posizionala sopra la bocca ed il naso, con la parte più stretta verso il corpo (quindi nella direzione opposta rispetto agli adulti). Apri le vie aeree ed assicurati che la maschera aderisca perfettamente alla pelle del bambino. Inizia ad insufflare attraverso il boccaglio.



Fig. 1:
Portachiavi con protezione facciale interna



Fig. 2:
Maschera di Rianimazione Oronasale

2.4 Compressioni toraciche

Le compressioni toraciche per bambini e lattanti dovrebbe essere eseguite nella parte inferiore dello sterno. Per evitare di comprimere la parte superiore dell'addome, individua il processo xifoideo trovando l'angolo in cui le costole basse si uniscono al centro, poi comprimili con due dita quel punto. Oppure posiziona due dita sulla linea immaginaria del capezzolo e comprimili il torace sotto questo dito.

Comprimi il torace per circa un terzo dell'altezza del petto. Non aver paura di spingere troppo: "Spingi in maniera forte e veloce". Lascia che il torace torni in posizione normale, ma tieni le dita, la mano o le mani a contatto con il petto.

Comprimi il torace ad una frequenza tra le 100 e le 120 compressioni al minuto.

Nei bambini più grandi e per i piccoli soccorritori, può essere consigliato l'utilizzo di entrambe le mani con le dita intrecciate, come già imparato per gli adulti.

In età pediatrica la profondità delle compressioni toraciche deve essere di almeno 1/3 del diametro anteroposteriore del torace (cioè circa 4 cm nel lattante e 5 cm nel bambino).

Quando chiedere aiuto

2.3



Fig. 3:

118 è il numero di telefono da comporre per contattare i servizi di emergenza sanitaria in Italia. 112 è il numero unico di emergenza dell'Unione Europea. È inoltre in uso in alcuni paesi non membri dell'UE (come la Svizzera).

Quando più di un soccorritore è disponibile

- Un soccorritore inizia a rianimare, l'altro cerca aiuto

Un solo soccorritore

- Usa il telefono cellulare o inizia la RCP per 1 minuto, prima di chiedere aiuto
- Riduci al minimo l'interruzione della RCP, potrebbe essere possibile portare un lattante o un bambino piccolo con te mentre cerchi aiuto

L'unica eccezione nell'effettuare 1 minuto di RCP prima di andare a cercare aiuto è nel caso un bimbo collassi improvvisamente di fronte ad un soccorritore che si ritrova solo. In questo caso, è probabile che l'arresto cardiaco sia causato da un'aritmia, e il bambino dovrà essere defibrillato. Cerca immediatamente aiuto se non c'è nessuno che può farlo al posto tuo.

BLS Pediatrico – Soccorritore laico (Flow-chart)



*Dopo 1 minuto di RCP allerta il Soccorso Medico di Emergenza,
poi continua la RCP*

Abilità pratiche

Rianimazione del bambino



- **Garantisci la sicurezza del soccorritore e del bambino**

Assicurati che sia tu che il bambino siate al sicuro, individua attrezzature di pronto soccorso, come DAE e protezione personale

- **Verifica se è cosciente**

Stimola delicatamente il bambino (Fig. 4) e chiedi ad alta voce: stai bene?

- **SE IL BIMBO RISPONDE O SI MUOVE, REAGENDO AGLI STIMOLI**

- Lascialo nella posizione in cui lo hai trovato e fai in modo che non subisca ulteriori danni. Cerca di capire cosa c'è che non va e, se necessario, chiedi aiuto. Ricontrolla il bambino regolarmente

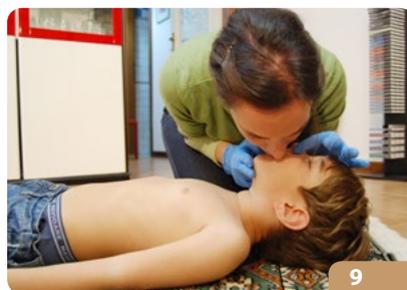
- **SE NON RISPONDE**

- Chiedi aiuto (Fig. 5). Gira il bambino infortunato sulla schiena, apri le vie aeree utilizzando il metodo del piegamento della testa e del sollevamento del mento
 - Metti la mano sulla fronte e reclin delicatamente la testa all'indietro (Fig. 6). Allo stesso tempo, vai con la punta delle dita o del dito sotto il mento del bambino e solleva il mento. Non spingere sui tessuti molli sotto il mento perché questo potrebbe ostruire le vie aeree. Dai un rapido sguardo all'interno della bocca (Fig. 7) e verifica la presenza di qualsiasi oggetto visibile o corpo estraneo che possa ostruire le vie aeree
 - In caso di difficoltà nell'apertura delle vie aeree o se si sospetta una

lesione al collo, prova la sublussazione della mandibola. Inserisci le prime due dita di ogni mano dietro entrambi i lati della mandibola del bambino e spingi la mandibola in avanti

- **Mantenendo le vie aeree aperte, osserva, ascolta e senti se respira**

- Osserva il movimento del torace. Ascolta i rumori respiratori dalla bocca del bimbo infortunato. Senti il contatto dell'aria espirata con la tua guancia. Stabilisci se la respirazione è normale, non normale o assente
- Guarda, ascolta e senti per non più di 10 secondi (Fig. 8) e stabilisci se il bimbo infortunato sta respirando normalmente. Se hai qualche dubbio che la respirazione sia normale, agisci come se non fosse normale



- **SE RESPIRA NORMALMENTE**

- Tieni il bimbo in posizione di sicurezza. Vai o manda qualcuno a chiedere aiuto/chiamare un'ambulanza. Controlla costantemente la respirazione

- **SE LA RESPIRAZIONE NON È NORMALE O ASSENTE**

- Assicura una posizione neutra della testa e il sollevamento del mento, lascia la bocca aperta, ma mantieni il mento sollevato. Tieni stretta la parte molle del naso e copri la bocca del bambino con la tua bocca, assicurando una buona tenuta
- Somministra cinque ventilazioni iniziali di soccorso bocca-a-bocca (Fig. 9), bocca-naso o bocca-a-bocca-naso, in base alla situazione. Fai attenzione a qualsiasi riflesso o colpo di tosse in reazione alla tua azione

- **Valutazione del circolo**

Impiegare non più di dieci secondi per:

- Ricercare i segni vitali (Fig. 10); questo include qualunque movimento, colpo

- di tosse o segno di un respiro normale (non gasping o respiri irregolari e rari)
- Se entro i dieci secondi si rileva con sicurezza la presenza di segni vitali:
 - Continuare la ventilazione, se necessario, finché il bimbo non inizia a respirare autonomamente
- Se non ci sono segni vitali:
 - Iniziare le compressioni toraciche
 - Associare ventilazioni e compressioni toraciche



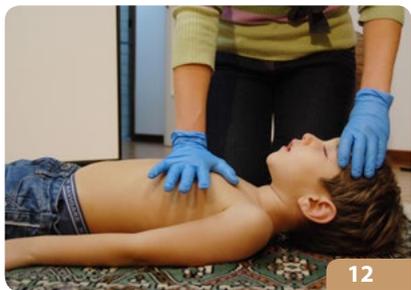
11

- **Comincia le compressioni toraciche**

Usa la tecnica più adatta

- **1-TECNICA DELLA MANO**

- Posiziona il palmo di una mano sulla parte inferiore del torace. Usa la linea immaginaria tra i capezzoli come riferimento (Fig. 11). Solleva le dita dal torace per assicurarti di non esercitare pressione sulle costole del bambino
- Posizionati verticalmente sopra il torace del bambino e, con il braccio dritto, comprimi il torace (Fig. 12)



12

- **2-TECNICA DELLA MANO (PER BAMBINI PIÙ GRANDI O PER SOCCORRITORI PIÙ PICCOLI)** (Fig. 13)

- 30 compressioni toraciche
- Ad una velocità di almeno 100 compressioni al minuto (ma non superare le 120 al minuto)
- Alterna compressioni toraciche a ventilazioni 30:2
- Dopo 1 minuto, chiama i soccorsi
- Continua RCP 30:2 una volta che il servizio medico d'emergenza è stato attivato



13

Non interrompere la rianimazione fino a che

- personale specializzato arrivi e prenda il controllo, o
- il bambino comincia ad alzarsi, muoversi, aprire gli occhi e respirare normalmente, o
- sei esausto

Abilità pratiche

Rianimazione del lattante

- **Garantisce la sicurezza del soccorritore e del lattante**

Assicurati che sia tu che il lattante siate al sicuro, individuate attrezzature di primo soccorso, come DAE e protezione personale



14

- **Verifica se è cosciente**

Stimola delicatamente il lattante (*Fig. 14*), tocca o massaggia la pianta del piede e chiamalo per nome, per vedere se risponde. Non scuoterlo mai

- **SE RISPONDE, SI MUOVE O REAGISCE AGLI STIMOLI**

- Lascialo nella posizione in cui lo hai trovato e fai in modo che non subisca ulteriori danni. Cerca di capire cosa c'è che non va e, se necessario, chiedi aiuto. Ricontrolla la vittima regolarmente



15

- **SE NON RISPONDE**

- Chiedi aiuto. Gira il lattante sulla schiena, apri le vie aeree utilizzando il metodo del piegamento della testa e del sollevamento del mento
 - Metti la mano sulla fronte e reclin delicatamente la testa all'indietro (*Fig. 15*). Allo stesso tempo, vai con la punta delle dita o del dito sotto il mento del lattante e solleva il mento. Non spingere sui tessuti molli sotto il mento perché questo potrebbe ostruire le vie aeree. Dai un rapido sguardo all'interno della bocca e verifica la presenza di qualsiasi oggetto visibile o corpo estraneo (*Fig. 16*) che possa ostruire le vie aeree



16

- In caso di difficoltà nell'apertura delle vie aeree o se si sospetta una lesione al collo, prova la sublussazione della mandibola. Inserisci le prime due dita di ogni mano dietro entrambi i lati della mandibola del lattante e spingi la mandibola in avanti

- **Mantenendo le vie aeree aperte, osserva, ascolta e senti se respira**

- Osserva il movimento del torace. Ascolta i rumori respiratori dalla bocca del lattante infortunato. Senti il contatto dell'aria espirata con la tua guancia. Stabilisci se la respirazione è normale, non normale o assente
- Guarda, ascolta e senti per non più di 10 secondi e stabilisci se il lattante infortunato sta respirando normalmente (*Fig. 17*). Se hai qualche dubbio che la respirazione sia normale, agisci come se non fosse normale

- **SE RESPIRA NORMALMENTE**

- Tieni il lattante in posizione di sicurezza
- Cullalo tra le braccia, attaccato al corpo, con la testa leggermente inclinata verso il basso. Questo impedisce che soffochi a causa della lingua, o che del vomito possa passare nelle vie aeree alte
- Vai o manda qualcuno a chiedere aiuto/chiamare un'ambulanza. Controlla costantemente la respirazione

- **SE LA RESPIRAZIONE NON È NORMALE O È ASSENTE**

- Assicura una posizione neutra della testa (visto che la testa di un lattante di solito è flessa in posizione supina, questo può richiedere un pò di estensione) e il sollevamento del mento (*Fig. 18*)
- Posiziona il lattante su una superficie dura, ad esempio un tavolo. Questo faciliterà la rianimazione. Se non è disponibile una superficie rigida adatta, o se hai bisogno di andare a cercare aiuto, puoi prendere i bimbi piccoli in posizione supina sul braccio inferiore. Posiziona il braccio libero lungo la schiena del bimbo e circonda la parte posteriore della testa con la mano





- Effettua cinque ventilazioni iniziali di soccorso bocca-a-bocca, bocca-naso o bocca-a-bocca-naso, in base alla situazione (Fig. 19). Fai attenzione a qualsiasi riflesso o colpo di tosse in risposta alla tua azione
- Fai un bel respiro e copri la bocca ed il naso del lattante con la bocca, garantendo una buona tenuta durante la respirazione bocca-a-bocca-naso. Se ciò non è possibile, si può scegliere di coprire solo il naso (assicurarsi che le labbra siano chiuse per evitare fughe d'aria), oppure si può scegliere la normale respirazione artificiale bocca a bocca
- Mantieni la posizione della testa e il sollevamento del mento, e mentre sollevi il tuo capo e prendi un altro respiro per continuare la respirazione artificiale, osserva il petto del bimbo che si abbassa

• Valutazione del circolo (segni vitali)

Impiegare non più di dieci secondi per:

- Ricercare i segni vitali (Fig. 20); questo include qualunque movimento, colpo di tosse o segno di un respiro normale (non gasping o respiri irregolari e rari)
- Se entro i dieci secondi si rileva con sicurezza la presenza di segni vitali:
 - Continuare la ventilazione, se necessario, finché il bimbo non inizia a respirare autonomamente
- Se non ci sono segni vitali:
 - Iniziare le compressioni toraciche
 - Associare ventilazioni e compressioni toraciche

• Comincia le compressioni toraciche

Usa la tecnica appropriata, come descritto

■ TECNICA A DUE DITA

- Comprimi il torace con la punta di 2 dita (*Fig. 21*)
- Metti tre dita al centro del torace del bimbo, il dito superiore su una linea immaginaria tra i capezzoli. Solleva il dito superiore e comprimi con le due dita inferiori, mentre l'altra mano è posizionata sulla testa per mantenere la posizione neutra



■ TECNICA A DUE POLLICI

- Se vi sono due o più soccorritori, la tecnica a due pollici è un'opzione. Il posizionamento della mano e del pollice può richiedere del tempo, quindi non è efficace quando si è da soli
- Posiziona entrambi i pollici l'uno accanto all'altro sulla parte bassa del torace (*Fig. 22*) (stesse posizioni della tecnica a due dita), le punte rivolte verso la testa del lattante. Dilata il resto di entrambe le mani con le dita poste insieme per circondare la parte inferiore della gabbia toracica, con le punte delle dita che tengono la schiena del lattante



- 30 compressioni toraciche
- Ad una velocità di almeno 100 compressioni al minuto (ma non superare le 120 al minuto)
- Alterna compressioni toraciche a ventilazioni 30:2
- Dopo 1 minuto vai a cercare aiuto (*Fig. 23*)
- Continua la RCP 30:2 quando il servizio medico di emergenza (SME) è stato attivato



Non interrompere la rianimazione fino a che

- personale specializzato arrivi e prenda il controllo, o
- il lattante infortunato comincia ad alzarsi, muoversi, aprire gli occhi e respirare normalmente, o
- sei esausto

Senti che Corso...



DAN BLS-D Adulto/Pediatrico:

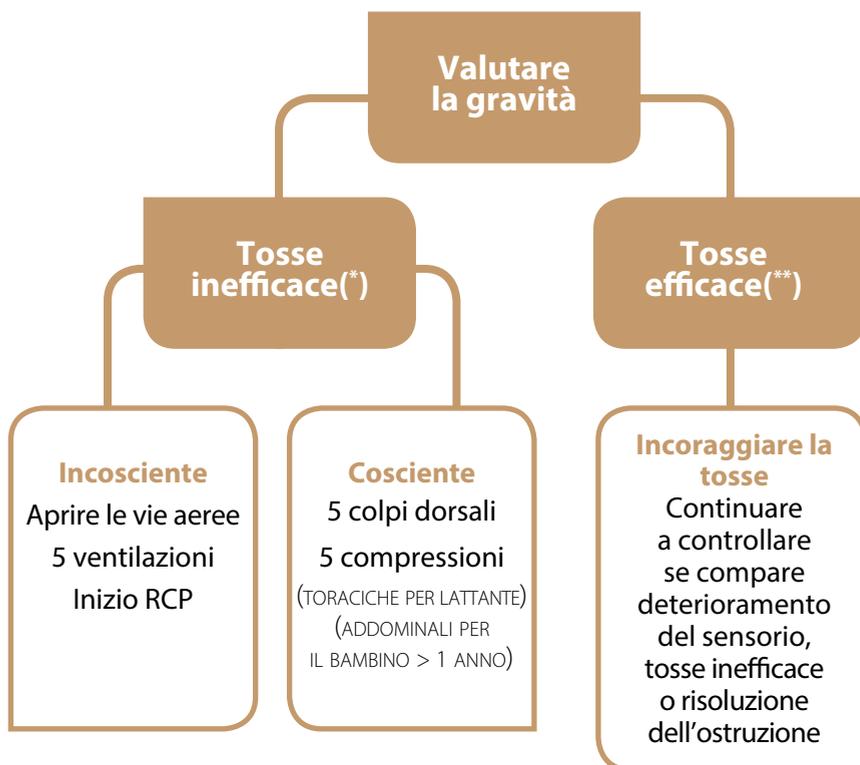
Fallo conoscere a tutti!

Ostruzione vie aeree da corpo estraneo

La sequenza del trattamento di bambini con un'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo è la stessa che negli adulti. Trovi informazioni più dettagliate nel manuale studenti del corso DAN Basic Life Support.

Le tecniche utilizzate sono leggermente diverse.

Ostruzione vie aeree da corpo estraneo (Flow-chart)



(*) Non emette suoni, non tossisce, il torace non si espande, cianosi, deterioramento del livello di coscienza

(**) Pianto o risposta verbale alle domande, tosse sonora, possibilità di fare un respiro prima di tossire, completamente reattivo

Abilità pratiche

Ostruzione vie aeree da corpo estraneo

Bambino

Valutare la gravità

- **Tosse efficace**
 - Pianto o risposta verbale alle domande, tosse sonora, possibilità di fare un respiro prima di tossire, completamente reattivo
 - Incoraggia la tosse (Fig. 24)
 - Controlla se compare assopimento, tosse inefficace, oppure risoluzione dell'ostruzione
- **Tosse inefficace**
 - Non emette suoni, non tossisce, il torace non si espande, cianosi, deterioramento del livello di coscienza
- **Cosciente**
 - **5 COLPI DORSALI**
 - I colpi sulla schiena sono più efficaci se il bambino è posizionato a testa in giù (Fig. 25). Un bambino piccolo può essere adagiato sul grembo del soccorritore come nel caso del lattante. Se ciò non è possibile, inginocchiati dietro al bambino, sostienilo in posizione reclinata in avanti e dai fino a 5 colpi alla schiena da dietro (Fig. 26). Evita che il bambino cada a faccia in giù





- Dai fino a cinque colpi decisi alla schiena, con il palmo della mano al centro della schiena, tra le scapole. L'obiettivo è di disostruire con ogni colpo, piuttosto che dare tutti e cinque i colpi
- Se i 5 colpi alla schiena non riescono a rimuovere l'oggetto e il bambino è ancora cosciente, utilizza le compressioni addominali (manovra di Heimlich)
 - **5 COMPRESSIONI ADDOMINALI**
 - Chinati o inginocchiati dietro al bambino, metti le tue braccia sotto le braccia del bambino, a circondare il tronco (Fig. 27). Se stai dritto e ti pieghi in avanti, il peso del bambino e la gravità aumenteranno la forza della spinta addominale. La somministrazione di spinte addominali nei bambini è simile agli adulti, ma viene fatta con meno forza
- Dopo 5 colpi alla schiena e 5 spinte, fai una rivalutazione del bambino. Se l'oggetto non viene espulso e il bambino è ancora cosciente, continua la sequenza di colpi alla schiena e le spinte addominali. Chiama aiuto, o manda qualcuno a farlo, se non è ancora disponibile. Non lasciare il bambino in questa fase
- Se l'oggetto viene espulso correttamente, valuta le condizioni del bambino. Parte dell'oggetto può rimanere nel tratto respiratorio e causare complicazioni
- Le spinte addominali possono causare lesioni interne e tutti coloro che le hanno ricevute dovrebbero essere visitati da un medico
- **Incosciente**
 - Apri le vie aeree
 - 5 ventilazioni
 - Inizia RCP

Abilità pratiche

Ostruzione vie aeree da corpo estraneo

Lattante

Valutare la gravità

- **Tosse efficace**

- Pianto o risposta verbale alle domande, tosse sonora, possibilità di fare un respiro prima di tossire, completamente reattivo
- Incoraggia la tosse
- Controlla se compare assopimento, tosse inefficace, oppure risoluzione dell'ostruzione

- **Tosse inefficace**

- Non emette suoni, non tossisce, il torace non si espande, cianosi, deterioramento del livello di coscienza

- **Cosciente**

- **5 COLPI DORSALI**

- Posiziona il lattante a faccia in giù, su mano e avambraccio, tronco del corpo a cavalcioni sul tuo braccio. Sostieni la testa e il collo posizionando il pollice all'angolo della mandibola, e due dita nello stesso punto sul lato opposto (Fig. 28). Non comprimere i tessuti molli sotto la mascella, in modo da non aggravare l'ostruzione delle vie aeree
- Sostieni il lattante a testa in giù, in posizione prona. Questo consente alla gravità di favorire la rimozione del corpo estraneo. Un soccorritore seduto o in ginocchio dovrebbe essere in grado di sostenere nel proprio grembo il lattante in tutta sicurezza
- Effettua fino a cinque colpi decisi alla schiena, con il palmo della mano al centro della schiena, tra le scapole. L'obiettivo è di disostruire con ogni colpo, piuttosto che darli tutti e cinque
- Se i 5 colpi alla schiena non riescono a rimuovere l'oggetto, usa le compressioni toraciche





■ 5 COMPRESSIONI TORACICHE

- Tieni il lattante tra le braccia e giralo sulla schiena con la testa più bassa del tronco, rivolta verso l'alto. Verso il basso, in posizione supina, circonda l'occipite con la mano. Posiziona il braccio verso il basso o lungo la tua coscia.
- Identifica il punto di reperi per le compressioni toraciche (nella parte inferiore del torace) e dai cinque colpi al petto (*Fig. 29*), simili a compressioni toraciche, ma più decisi e somministrati ad un ritmo più lento.

Non usare la spinta addominale (manovra in Heimlich) nei lattanti

- Le compressioni toraciche possono provocare lesioni interne e tutti coloro che le ricevono dovrebbero essere visitati da un medico
- **Incosciente**
 - Apri le vie aeree
 - 5 ventilazioni
 - Inizia RCP

Bibliografia

- ♦ *DAN Basic Life Support Student Manual*
- ♦ *DAN Automated External Defibrillation Student Manual*
- ♦ *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 6. Paediatric life support*
- ♦ *Kamarainen A. Out-of-hospital cardiac arrests in children. J Emerg Trauma Shock 2010; 3: 273-6*
- ♦ *FR2 Infant / Child Attenuated Defibrillator Pads. Philips Medical Systems: November 2002.*
- ♦ *Paediatric Defibrillation: Frequently Asked Questions. Philips Medical Systems: August 2002.*
- ♦ *Samson et al. ILCOR Advisory Statement: Use of Automated External Defibrillators for Children: An Update July 2003.3.*



Visita il sito
DAN e scopri
tutti i vantaggi
riservati ai
Provider:



nuovi corsi,
materiali sempre
aggiornati, pratici
servizi online e
tante altre utili
informazioni.

www.daneurope.org

DAN Courses



Oxygen First Aid for Scuba Diving Injuries



Advanced Oxygen First Aid



On-Site Neurological Assessment for Divers



Medical Oxygen Rebreather



Oxygen First Aid for Aquatic Emergencies



Basic Life Support



Automated External Defibrillation



First Aid



First Aid for Hazardous Marine Life Injuries



Dive Medicine For Divers



Diver Medical Technician

DAN Europe Foundation

Continental Europe Office

P.O. Box DAN, 64026 Roseto, Italy

Phone +39 085 893 0333

Fax +39 085 893 0050

Skype: dan_europe_foundation

training@daneurope.org

www.daneurope.org



 **DAN**® Training