

233. "Primo soccorso"



Perché occuparci del **Primo Soccorso**? Perché possedere le conoscenze di base - teoriche e pratiche - sulla **rianimazione** e sul **pronto soccorso** significa acquisire una padronanza sui piani di potenza che sono molto prossimi alla **morte**, il che può essere estremamente utile nel nostro cammino di Ritorno, soprattutto nel caso in cui dovessimo decidere di vivere in una dimensione comunitaria più o meno autarchica. L'esperienza personale di chi si scrive (medico-chirurgo) passa anche da vari anni di **volontariato nell'emergenza-urgenza sanitaria** e tale esperienza ha permesso di acquisire serenità e padronanza in molte situazioni di vita (*una padronanza che gli anni di formazione universitaria - prevalentemente teorici - non hanno certamente fornito*).

Cosa significa **mettere un controllo sui piani profondi**? E' possibile comprendere questo concetto se pensiamo al senso di tranquillità che donerebbe fare un viaggio in posti inesplorati e selvaggi assieme ad un medico, poiché sapremmo che, se dovesse succedere una qualsiasi **urgenza sanitaria**, ci sarebbe sempre chi può gestirla: questo significa "mettere un controllo".

E' pur vero che in un lavoro di gruppo possono esserci anche una o più persone che detengono il controllo per tutti, ma è certo che una gestione sanitaria di urgenza è necessaria e se le nozioni di base sono condivise dalla maggioranza degli appartenenti al gruppo è ancora meglio.

Per apprendere le basi di **Primo Soccorso** è indispensabile un corso teorico-pratico completo, talvolta organizzato dal Comune, dal 118 o dalle locali Associazioni di Volontariato. Di seguito vediamo solo schematicamente alcune **linee guida** per i principali problemi che si possono incontrare.

TRAUMI - le lesioni di più frequente riscontro nel quotidiano sono i traumi dell'apparato osteomuscolare che possono determinare **distorsioni, lussazioni o fratture**; le misure fondamentali immediate sono: tamponamento di eventuali emorragie - **immobilizzazione** dell'arto - ghiaccio subito - se possibile mettere la parte colpita in elevazione (*mentre la persona va sdraiata anche per evitare il rischio di shock*) - chiamare 118.

FERITE - le ferite possono suddividersi in base alla **gravità** e alla **modalità** di lesione (superficiali, profonde, penetranti, trasfesse - da taglio, da punta, da arma da fuoco, lacere, contuse, lacero-contuse) ed in base ai vasi interessati (arteriose, venose, capillari, miste), il trattamento è grossomodo analogo: la tecnica principale di arresto dell'emorragia è la **compressione**, diretta sopra la ferita o a distanza se si conoscono i **punti di compressione** arteriosa - la ferita andrebbe messa a nudo e lavata abbondantemente - se l'emorragia riguarda un arto non fratturato il tenerlo sollevato può essere una tecnica molto efficace per ridurre il sanguinamento - portare in ospedale se la ferita non è superficiale o se la persona non è vaccinata contro il tetano. In caso di un'emorragia interna non si può tamponare, per cui la cura consiste sostanzialmente nel prevenire lo stato di shock (ved. oltre la **posizione anti-shock**) e in un rapido trasporto in ospedale.

USTIONI - la gravità di un'ustione si collega fundamentalmente alla sua estensione (*regola del nove di Wallace: 9% per testa - collo - ciascun arto superiore - 18% per torace ed addome - schiena - ciascun arto inferiore - 1% la regione genitale*), ma dipende anche dall'età e dalle condizioni cliniche della vittima. Il 1° grado di ustione è detto **eritema** (arrossamento), il 2° grado presenta le bolle (**flittene**), il 3° grado la morte dei tessuti (**necrosi**) ed il 4° grado la completa **carbonizzazione**.

Trattamento: allontanare la persona dall'agente ustionante - non tentare di togliere dalle ferite eventuali lembi di abiti rimasti adesi (togliere invece i vestiti se l'ustione è dovuta a liquidi bollenti) - usate l'acqua per raffreddare la zona in caso di ustioni termiche o per lavarla in caso di ustioni chimiche - se possibile ricoprire la ferita con garze imbevute di amuchina diluita - se necessario avvisare i soccorsi o portare in ospedale.

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA - l'I.R.A. è dovuta ad un mancato apporto di ossigeno all'organismo ed alla ritenzione dell'anidride carbonica, nel caso estremo di totale cessazione degli atti respiratori segue, dopo poco, l'arresto cardiaco.

Le cause principali sono 1) ostruzione delle vie aeree superiori 2) traumi del torace 3) malattie (*asma, edema polmonare acuto, ecc...*). Nel primo caso se l'individuo ha **ingerito un corpo estraneo**, ma l'ostruzione è solo parziale fategli respirare lentamente e tossire con forza, se il corpo non esce andate alle sue spalle, inclinatelo in avanti e date delle pacche tra le scapole in serie di quattro (un bimbo può anche essere messo a testa in giù, tenuto per i piedi), se l'ostruzione è completa ci si pone alle spalle, si abbraccia il paziente, una mano a pugno va subito sotto lo sterno e l'altra la afferra, si esegue una serie di quattro compressioni decise verso l'interno e un po' verso l'alto (manovra detta di **Heimlich**, pericolosa negli obesi e nelle donne gravide). Nei traumi toracici, in attesa di soccorsi adeguati, il paziente va messo in **posizione semiseduta ed inclinato sulla parte lesa** (per permettere al polmone sano di espandersi).

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO - lo **stato di shock** è uno stato di alterazione del sistema circolatorio dominato sempre da un abbassamento della pressione; le cause sono molteplici, ma l'individuo si presenta sempre *con volto pallido (labbra cianotiche), polso flebile ma accelerato, cute sudata e fredda, respirazione debole ma frequente ed alterazione della coscienza*. In attesa di adeguati soccorsi adottate la **posizione antishock** sdraiando il paziente e tenendogli sollevate le gambe (eventualmente copritelo con una coperta).

La situazione cardiocircolatoria più grave che si può presentare è l'**arresto cardiocircolatorio**, in cui abbiamo: paziente **non cosciente** (*non reagisce neppure ad uno stimolo doloroso - come un pizzicotto*) torace e addome immobili/ niente rumori respiratori/ **non si percepisce la fuoriuscita di aria** da naso e bocca/ pelle, labbra ed unghie sono cianotiche, di un colore blu-grigio pallido/ il **polso è assente** (si testa ponendo due dita ai lati del pomo d'Adamo, dove passa la carotide)/ **pupille dilatate** (midriasi) e non reattive alla luce.

L'**ABC** della rianimazione - *dopo aver accertato l'arresto cardiorespiratorio* - consiste in **A) [Airway] Apertura vie aeree - B) [Breathing] Ventilazione artificiale - C) [Circulation] Massaggio cardiaco esterno**. Il punto A consiste nell'accertarsi che non vi siano liquidi o solidi che ostruiscano le vie aeree e nell'iperestendere la testa per impedire la caduta della lingua; per il punto B accostiamo le nostre labbra a quelle del paziente, chiudiamo il suo naso e insuffiamo dolcemente con una frequenza di 12 atti/ minuto nell'adulto, 20 nel bimbo e 40 nel neonato (*inspiriamo nuova aria girando la testa e tenendo l'orecchio vicino alla bocca per percepire la fuoriuscita dell'aria*). Infine il massaggio cardiaco si attua posizionando le due mani sovrapposte sulla metà inferiore dello sterno del paziente (solo la base del palmo aderisce al torace) ed effettuando delle compressioni nette con le braccia ben dritte ed usando il peso del corpo (per trovare la giusta frequenza di una compressione al secondo contare ad alta voce: "Milleuno, milledue, ..."). Da soli si alterna un ritmo compressioni/insufflazioni di **2:10**, in due il ritmo è di **1:5**.

Per approfondire: www.silvianet.it/primo_soccorso.htm - www.eumed.org