

**SERVIZIO OPERATIVO SANITARIO**  
**COMMISSIONE FORMAZIONE**  
**SONA - VR**

**CORSO PER SOCCORRITORI**

**ASSISTENZA AL MEDICO**



## **ATTENZIONE**

**Questo manuale deve essere associato ad uno specifico corso teorico e pratico, quindi quanto in esso riportate ed illustrate non deve essere eseguito o messo in pratica, senza aver preventivamente frequentato un corso di primo soccorso, tenuto da istruttori qualificati, dove vengano insegnate le nozioni e le tecniche, anche con simulazioni e prove pratiche utilizzando idonei presidi didattici (manichini ecc.....)**

**L'Associazione S.O.S. Sona in merito, declina ogni responsabilità dell'eventuale non corretto utilizzo del manuale.**

## ASPIRAZIONE DI SECRETI



L'aspirazione è una manovra finalizzata alla rimozione di materiale liquido (sangue, vomito o altre secrezioni) che rimanendo nelle vie respiratorie potrebbero entrare in trachea causando gravi complicanze (ostruzione completa delle vie aeree, polmonite ab ingestis).

E' di competenza del soccorritore l'aspirazione delle prime vie aeree superiori.

Un sistema di aspirazione consiste in una pompa di aspirazione, un contenitore di raccolta, filtri, tubi e sondini per aspirazione. Esistono sistemi fissi (ambulanze, ospedale) e portatili.

Nel soccorso extraospedaliero si utilizza principalmente l'aspiratore portatile.

La tecnica di aspirazione è così definita:

in primo luogo si deve scegliere la sonda di aspirazione, utilizzare sonde con diametro di grandi dimensioni, di conseguenza si deve identificare la corretta lunghezza della sonda da inserire in bocca. Questa misura è data dalla distanza tra l'angolo della bocca e il lobo dell'orecchio (sullo stesso lato del viso).

Una volta scelta la sonda, nel calibro e nella lunghezza, si procede all'aspirazione delle prime vie aeree:

- Azionare l'aspirazione sull'uscita della sonda dalla bocca (MAI in entrata);
- Valutare l'efficacia dell'aspirazione rispetto al bisogno di ossigeno del paziente, questo perché durante l'aspirazione si devono sospendere le manovre di ventilazione artificiale o l'erogazione di ossigeno tramite maschera.
- Se presenza di riflessi faringei, interrompere l'aspirazione o retrainare la sonda di qualche centimetro.
- Pulire la sonda con acqua, per mantenere la pervietà del lume della sonda.
- Al termine dell'utilizzo, smaltire la sonda e il materiale aspirato nei rifiuti infetti. Pulire e disinfettare l'aspiratore. Mettere sotto carica l'aspiratore utilizzato!

# L'INTUBAZIONE ENDOTRACHEALE

## INDICAZIONI E SCOPI

L'intubazione endotracheale è una manovra di competenza medica che ha lo scopo di introdurre un tubo all'interno delle vie aeree (trachea), in modo tale da realizzare una diretta connessione tra queste ultime e l'aria ambiente, oppure con miscele di gas ad elevata percentuale d'ossigeno.

Gli scopi che si raggiungono tramite l'intubazione endotracheale sono:

1. Consentire un'assoluta *PERVIETA' DELLE VIE AEREE*, prevenendo eventuali ostacoli alla ventilazione che possono realizzarsi in vari modi (caduta della lingua, ostruzione laringea, ingombro secretivo tracheo-bronchiale);
2. Impedire la penetrazione nelle vie aeree di materiale ristagnante in faringe o di provenienza gastro-enterica, determinando una netta distinzione tra la via respiratoria e la via digestiva;
3. Creare le condizioni ottimali per una corretta ventilazione, sia spontanea che artificiale;
4. Permettere un'accurata aspirazione delle secrezioni tracheo-bronchiali.

## MATERIALI PER L'INTUBAZIONE TRACHEALE

Qualora il paziente non sia in coma e quindi abbia ancora presenti tutti i riflessi che possono provocare opposizione all'introduzione del tubo tracheale, il medico deciderà di somministrare farmaci a scopo sedativo e/o analgesico prima dell'intubazione. Pertanto bisognerà prepararsi con il materiale adeguato per l'aspirazione dei farmaci richiesti e naturalmente con l'apposito fialario.

- Il materiale da preparare per l'esecuzione dell'intubazione endotracheale comprende:
  - Laringoscopio con relativa lama (la misura è indicata dal medico: piccola-media-grande);
  - Tubo tracheale (la misura è indicata dal medico: solitamente vanno dal più piccolo di calibro 2.5, al più grande di calibro 8.5);
  - Pinza di Magill (non sempre è richiesta dal medico ma è opportuno tenerla a portata di mano per l'eventuale richiesta);
  - Guida flessibile per il tubo, mandrino (non sempre è richiesta dal medico);
  - Lubrificante per il tubo (solitamente è utilizzato il Luan);

- Cannula di Guedel della misura del paziente da posizionare dopo l'intubazione;
- Aspiratore portatile con sondini d'aspirazione di calibro opportuno per aspirare le secrezioni oro-faringee o tracheo-bronchiali;
- Ambu, filtro, catetere mount, bombola O2, raccordo;
- Siringa da 10 cc. per cuffiare il tubo una volta posizionato il tubo in trachea;
- Cerotto per il fissaggio del tubo;
- Fonendoscopio per auscultare il corretto posizionamento del tubo. L'auscultazione va eseguita mentre un soccorritore effettua la ventilazione manuale.



Tenere a portata di mano anche una maschera facciale per le eventuali insufflazioni d'aria da eseguire con il pallone autoespansibile (Ambu) nei casi in cui la manovra risulti di difficile esecuzione.

### LA TECNICA DELL'INTUBAZIONE ORO-TRACHEALE

Posizionare il malato in posizione supina e comoda per effettuare la manovra.

Dopo aver aspirato le eventuali secrezioni faringee presenti, passare al medico il laringoscopio con la lama richiesta e successivamente (dopo aver controllato la cuffia) il tubo lubrificato. Se la manovra risulta esser difficoltosa il medico può richiedere l'utilizzo della guida flessibile (mandrino) o della pinza di Magill. Una volta introdotto il tubo, si procederà al gonfiaggio della cuffia, quindi si potranno aspirare le eventuali secrezioni tracheo-bronchiali. Il medico controllerà poi il posizionamento corretto del tubo tramite l'utilizzo del fonendoscopio auscultando i campi polmonari e valutando la simmetria della ventilazione. Si andrà quindi a fissare il tubo con opportuni cerotti in prossimità della rima

buccale, introducendo anche una cannula di Guedel, al fine di evitare che il paziente possa accidentalmente mordere ed occludere il tubo.

## MATERIALE PER ACCESSO VENOSO

In molti casi il personale sanitario (medico o infermiere) decide di reperire uno o più accessi venosi per poter somministrare farmaci o per infondere liquidi per il reintegro della volemia.

Compito del soccorritore è quello di preparare il materiale occorrente ad eseguire la manovra.

Mentre il personale sanitario mette il laccio venoso per valutare quale accesso reperire, è bene che il soccorritore prepari la flebo richiesta.

Le flebo si differenziano tra loro per:

- **quantità:** 100 ml, 250 ml, 500 ml;
- **tipologia della soluzione:** Soluzione Fisiologica (la più usata), Soluzione Bilanciata, Soluzione Glucosata (utilizzata prevalentemente nelle crisi ipoglicemiche), Emagel e Voluven (utilizzati per il reintegro della volemia);
- **confezione:** in vetro (non si possono spremere, possono rompersi, peso maggiore), in sacca (possibilità di spremere, molto pratiche, si rompono solo se vengono bucate),plastica.



**Alla flebo va collegato il deflussore il quale va riempito. Al personale sanitario è opportuno passare:**

- **l'agocannula richiesta (ogni colore corrisponde ad un calibro ed a una lunghezza diversa),**
- **una garza imbevuta di disinfettante per pulire la zona da pungere**
- **i cerotti tagliati per il fissaggio dell'agocannula.**

**Dopo che il personale sanitario ha incannulato la via venosa bisogna essere pronti a passare il deflussore precedentemente preparato facendo attenzione all'ago che verrà tolto dalla cannula in plastica. E' opportuno avere a portata di mano un porta aghi.**

**L'ECG E DEFIBRILLATORE (PHILIPS MRX)**



**POSIZIONE DEGLI ELETTRODI**

**ROSSO**

**GIALLO**



**VERDE**