



PBLS-D

PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT - DEFIBRILLATION
SUPPORTO DI BASE DELLE FUNZIONI VITALI E DEFIBRILLAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA

**Rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce
per soccorritori**



Materiale formativo ai sensi del Reg. 46/2019 della L.R. 83/2019

OBIETTIVO DEL CORSO

Acquisire:

- conoscenze teoriche
- abilità pratiche nell'esecuzione delle tecniche
- schemi di comportamento (sequenze) in accordo con le linee guida internazionali (ERC, ILCOR, IRC, AHA, ...)

STRUTTURA DEL CORSO

- lezione teorica
- addestramento pratico su manichino e simulazione

OBIETTIVO DEL PBLS-D

Ritardare i danni anossici cerebrali nel soggetto in arresto cardiaco



- Soggetto non cosciente
- Soggetto che non respira
- Soggetto che non ha circolo

Attraverso **MASSAGGIO CARDIACO** e **VENTILAZIONI ARTIFICIALI**



**RISTABILIRE
IL RITMO CARDIACO**

B



L

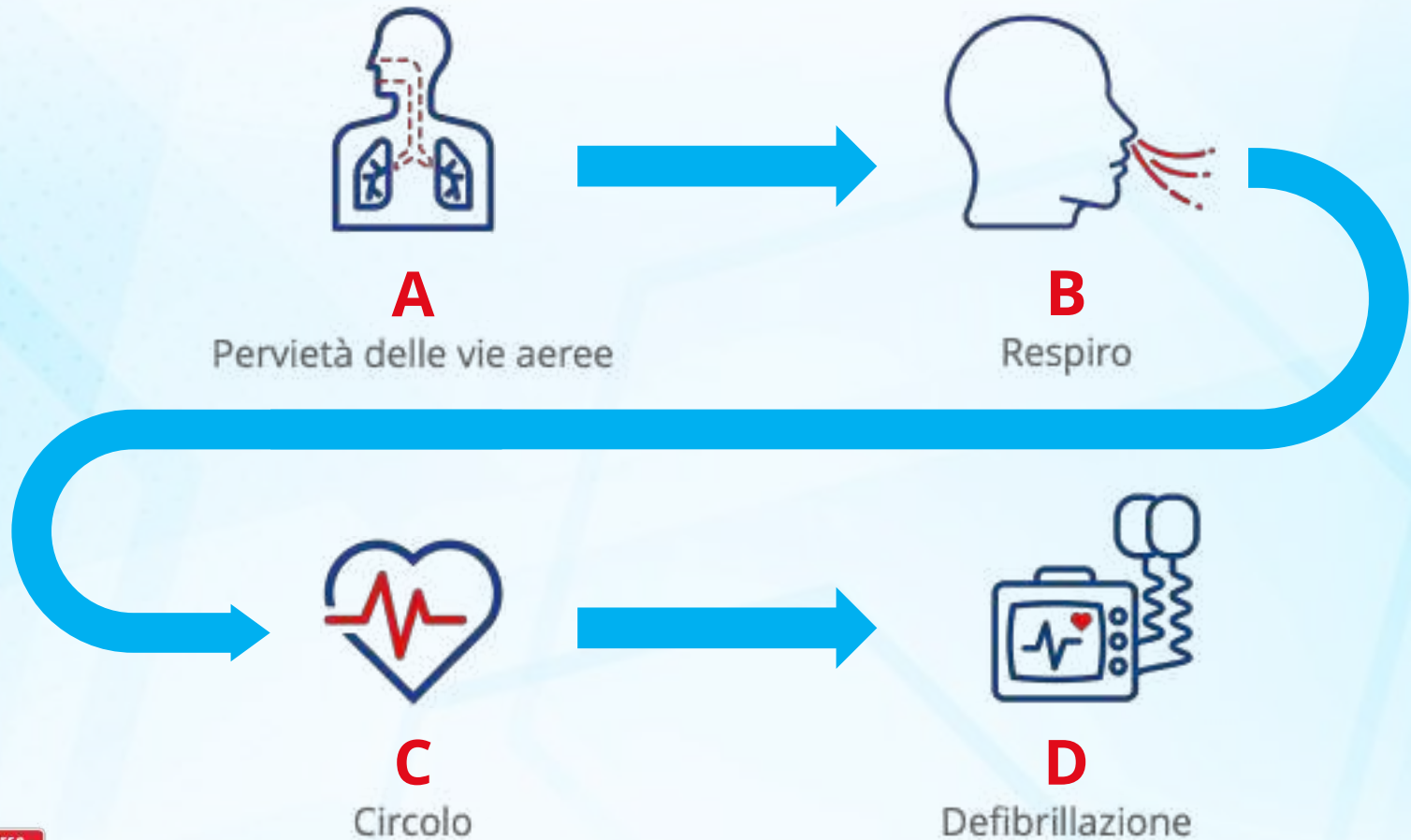
S

D



IL PBLS-D SI BASA SU:

valutazione e supporto:



DIFFERENZE ANATOMICHE E FISIOLOGICHE TRA BAMBINI E ADULTI

- La **testa è grande** in rapporto alle dimensioni del corpo.
- Nel lattante sono presenti delle **zone molli** (fontanelle); state ATTENTI a non comprimerle durante l'RCP.
- Le **vie aeree** del lattante e del bambino hanno un **calibro minore** rispetto all'adulto.
- La lingua è molto grossa in rapporto alla bocca

TECNICHE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Si differenziano in base all'età.

LATTANTE



Sotto 1 anno
di età (inferiore
a 10 Kg)

BAMBINO



Da 1 anno di età
fino alla pubertà
(oltre i 40 Kg)

Pubertà

Cambiamenti fisici attraverso i quali il corpo di un bambino diviene un corpo adulto capace di riprodursi.

EMERGENZA SANITARIA: COSA FARE

PER PRIMA COSA VALUTA
SE NELL'AMBIENTE CI SONO PERICOLI



C.O. 118

CHIAMA!

FASE A

VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

- chiamare ad alta voce
- pizzicare tra la spalla e il collo bilateralmente



EVITARE SCUOTIMENTI!

Se il bimbo **NON È COSCIENTE:**

- posizionarlo su un piano rigido (es. per terra, supino (pancia in su) con capo, tronco e arti allineati
- scoprire il torace

FASE A

APERTURA DELLE VIE AEREE

Ispezione della bocca:

- si guarda in bocca per escludere la presenza di un corpo estraneo e/o secrezione
- rimuovere solo materiali ben visibili e facilmente estraibili

FASE A

APERTURA DELLE VIE AEREE



BAMBINO

Estensione del capo



LATTANTE

Posizione neutra del capo

Utile porre sotto le spalle uno spessore di circa 2 cm (es. lenzuolo)

FASE A

DIFFICOLTÀ NELL'APERTURA DELLE VIE AEREE O TRAUMA



Manovra alternativa

SOLLEVAMENTO DEL MENTO

FASE B

CONTROLLARE RESPIRO



G UARDA

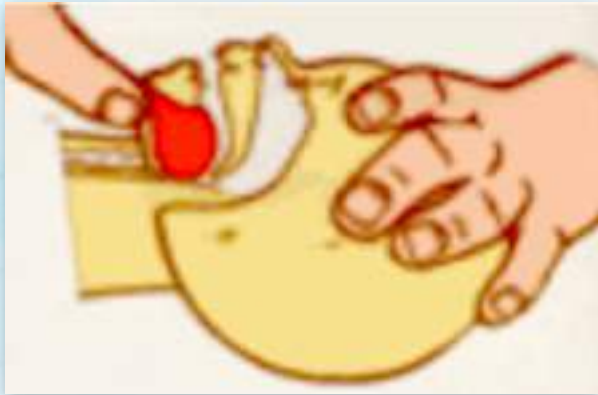
A SCOLTA

S ENTI

per 10 secondi

RESPIRO PRESENTE E NORMALE:

Mantenere la pervietà delle vie aeree.



RESPIRO ASSENTE O ANORMALE:

- **5 insufflazioni** lente e progressive della durata di 1-2 secondi ciascuna
- Verificare l'espansione del torace e dell'epigastrio
- Eventualmente riposizionare la testa e/o la maschera dopo ogni insufflazione inefficace



Almeno 2 insufflazioni su 5 devono essere efficaci.
Nel caso di insuccesso iniziare la **sequenza**
per l'ostruzione da corpo estraneo.



VENTILAZIONI: PALLONE-MASCHERA



Volume da insufflare: **adeguato al bambino**

Percentuale di O₂ insufflato:

- pallone da solo: 21%
- pallone + O₂: 50% circa
- pallone + O₂ + reservoir: 90% circa

VENTILAZIONI

CARATTERISTICHE DELLE INSUFFLAZIONI:

- durata di **1-2 secondi**
- efficace se determina il **sollevamento del torace**
- evitare insufflazioni brusche o eseguite senza mantenere una corretta pervietà delle vie aeree: possono provocare distensione gastrica con conseguente rischio di vomito



VENTILAZIONE INEFFICACE O COMPLICANZE

IPOVENTILAZIONE

- Insufficiente apertura delle vie aeree
- Incompleta aderenza della maschera

DISTENSIONE GASTRICA - PNEUMOTARACE

- Insufflazione troppo brusca

FASE C

VALUTAZIONE SEGNI DI CIRCOLO



Dopo le 5 insufflazioni di soccorso è necessario valutare la presenza di **segni di circolo per 10 secondi**

MO VIMENTI

TO SSE, DEGLUTIZIONE

RE SPIRAZIONE REGOLARE



SEGNI DI CIRCOLO

PRESENTI

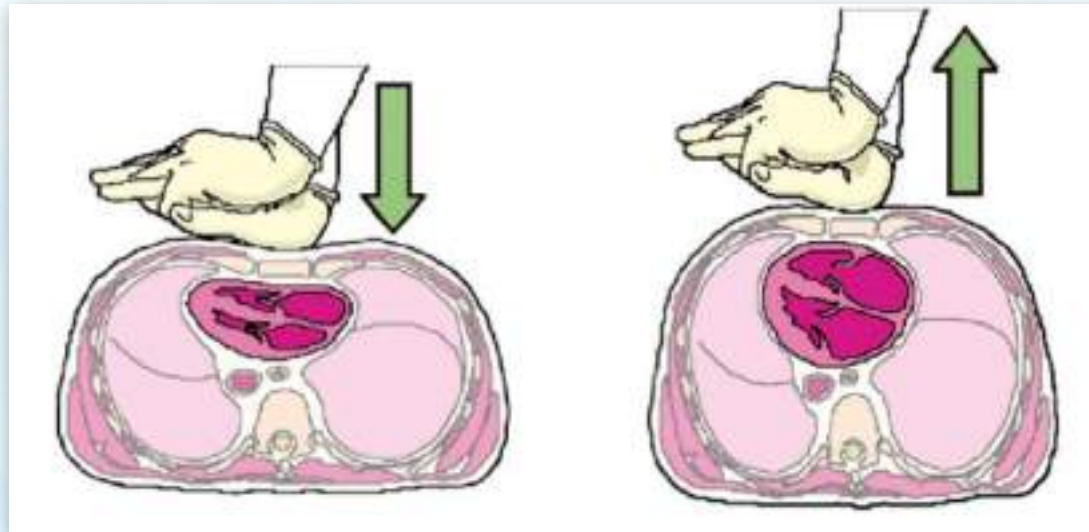
- Ventilazioni: 20 insufflazioni al minuto (1 ogni 3 secondi)
- Rivalutazione ogni minuto

ASSENTI

- Iniziare MCE con rapporto compressioni/ventilazioni di **15:2 per circa 2 minuti**



MCE DI ALTA QUALITÀ



- Punto di reperi: al centro del torace, sullo sterno
- Comprimere per 1/3 del torace (circa 5 cm)
- Frequenza di 100-120 compressioni al minuto



Ad ogni compressione deve seguire completo rilasciamento



MCE DI ALTA QUALITÀ: TECNICHE



AD UNA MANO

Sotto gli 8 anni circa



Preferita nel bambino piccolo



**Preferita
nel lattante**



**In ogni caso valutare
sempre la grandezza
del bambino e la capacità
fisica del soccorritore
e adeguare**

FASE D

DAE: DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO ESTERNO



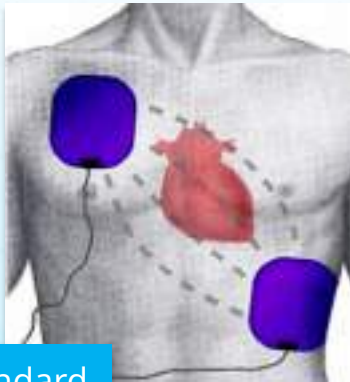
La **defibrillazione** semiautomatica esterna è indicata **soltanto nel bambino (età superiore ad 1 anno)** e se possibile con dispositivi predisposti per l'età pediatrica.



L'utilizzo del DAE è indicato sempre dopo 2 minuti di rianimazione cardiopolmonare (MCE+ventilazioni)



DAE: applicazione delle piastre adesive



Standard



Antero-posteriore
(sternale-interescapolare)



Biascellare

Se non sono disponibili le
piastre o i dispositivi per
l'attenuazione pediatrica,
utilizzare le piastre da adulto.

ALGORITMO PBLS-D





DOMANDE

OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

OSTRUZIONE PARZIALE

- con sufficiente passaggio d'aria
- con insufficiente passaggio d'aria

OSTRUZIONE COMPLETA

VALUTARE LA GRAVITÀ

TOSSE EFFICACE

- Incoraggiare la tosse.
- Continuare a controllare se compare assopimento, tosse inefficace o risoluzione dell'ostruzione.
- Se necessario somministrare ossigeno.

TOSSE INEFFICACE

COSCIENTE

- **LATTANTE**

5 colpi dorsali
alternati
a 5 compressioni toraciche



- **BAMBINO**

5 colpi dorsali
alternati
a 5 compressioni
addominali

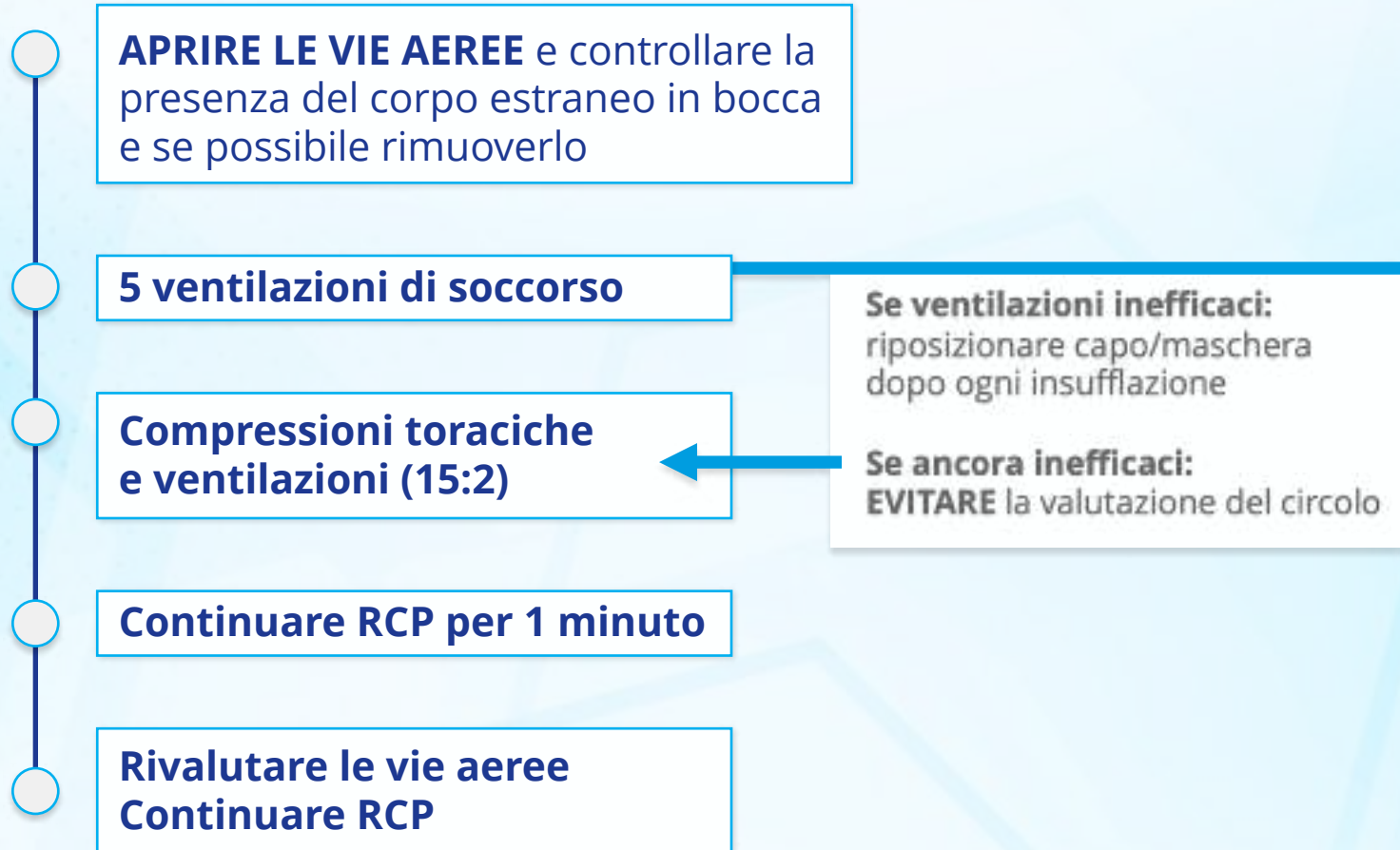


INCOSCIENTE

- Apri le vie aeree
- Controlla il cavo orale
- 5 ventilazioni (non efficaci)
- Inizia RCP 15:2



LATTANTE O BAMBINO **INCOSCIENTE**





DOMANDE



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

