

Formatore Istruttore V.d.S. Monitore
Infermiere

Croce Rossa Italiana

Comitato provinciale di Padova
Delegazione di Monselice

Guastella Giovanni

www.formatori.veneto.it

E-mail:

guastella@formatori.veneto.it

APPROCCIO E TRATTAMENTO
DEL POLITRAUMA.
TRAUMA DELLA COLONNA.
VALUTAZIONE DEL TRAUMATIZZATO.
GESTIONE DELLE VIE AEREE.
TRAUMA
TORACICO
ADDOMINALE
PENETRANTE.



Formatore Istruttore V.d.S. Infermiere

Guastella G.



**Approccio e
Trattamento del
Politrauma**

OBIETTIVO:

Di fronte ad un evento traumatico che abbia coinvolto una o più persone il Soccorritore alla fine della lezione deve essere in grado di:

- Autoproteggersi
- Valutare la scena che si presenta
- Valutazione della dinamica dell'evento traumatico
- la valutazione primaria BLS-D & A- B- C- D
- Effettuare la valutazione secondaria
- Triage
- Mobilizzazione e trasporto e monitoraggio

TRAUMA - DEFINIZIONE

Per trauma si intende l'azione di un agente fisico capace di determinare un danno all'integrità somato-psichica della persona.

La lesione traumatica rappresenta un'alterazione dello stato anatomico e funzionale dell'organismo prodotto dal trauma.

I traumi possono quindi essere:

Lesioni osteoarticolari

(p.e. distorsioni e lussazioni).

Lesioni muscolari

(p.e. stiramenti e strappi).

Lesioni di tessuti molli e cute

(p.e. contusioni, ematomi e ferite).

Il Politraumatizzato

è un ferito che presenta lesioni associate a carico di due o più distretti corporei

(cranio, rachide, torace, addome, bacino, arti)

con eventuali possibili compromissioni delle funzioni respiratorie e/o circolatorie a rischio incompatibilità con la vita

TRAUMA

Trauma Cranico - facciale

Trauma della colonna - cervicale

Trauma toracico

Trauma addominale

Trauma del bacino

Emorragie

Ferite

Ustioni

Congelamenti

Annegamenti





GOLDEN HOUR

SCOOP & RUN (U.S.A.)

Carica e vai

STAY & PLAY (EUROPA)

Fermati e fai

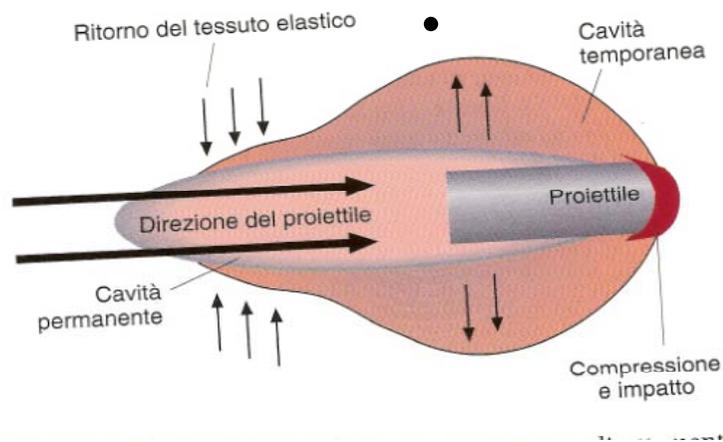
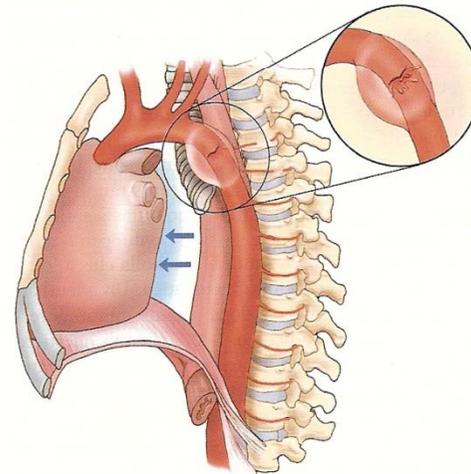
LOAD, GO & PLAY (Italia)

*Carica, Parti e tratta
mentre si effettua il trasporto*

Chiusi:

- collisioni con il terreno,
- cadute dall'alto, < 5 mt
- scontri tra autoveicoli,
- investimenti di pedoni.

Tipi di trauma



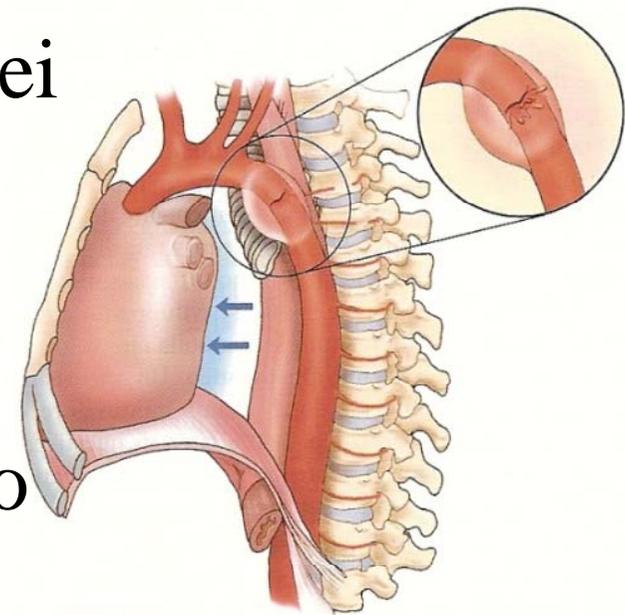
Penetranti

le lesioni sono prodotte dall'urto e dalla lacerazione dei tessuti penetrati

Trauma chiuso

Tutta l'energia che si scaglia in un corpo è concentrata su un'area ben delimitata senza che venga lacerata o interrotta la continuità della cute.

- Evento temporaneo che consiste nell'allontanamento dei tessuti dal punto di impatto.
- Si determinano lesioni da:
 - Lacerazione o strappamento
 - compressione



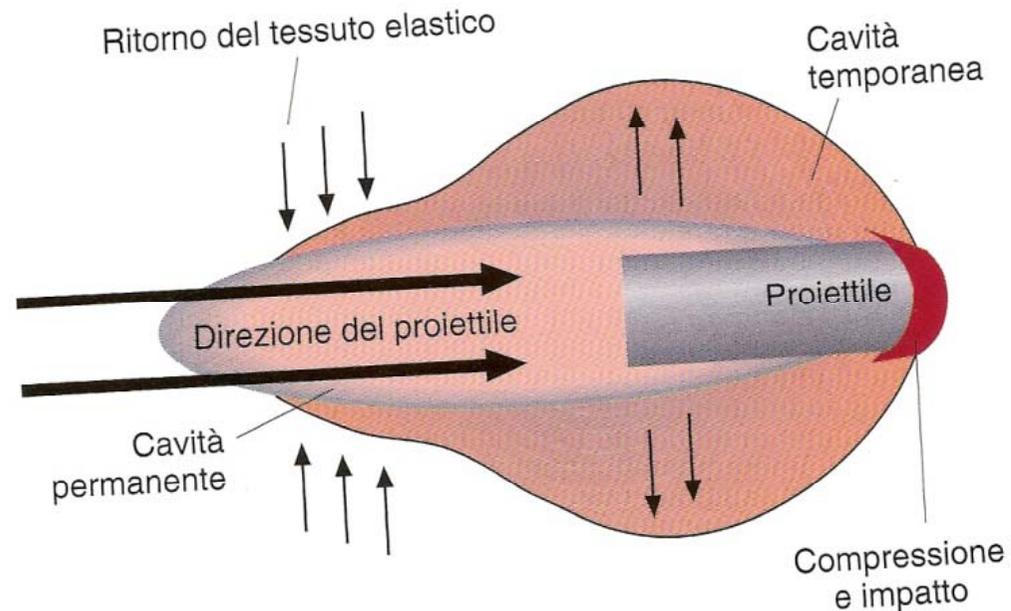
Trauma chiuso da strappamento

Si ha quando:

- Impatto frontale
- Tamponamento o impatto posteriore
- Impatto laterale
- Impatto con rotazione del veicolo
- Capottamento

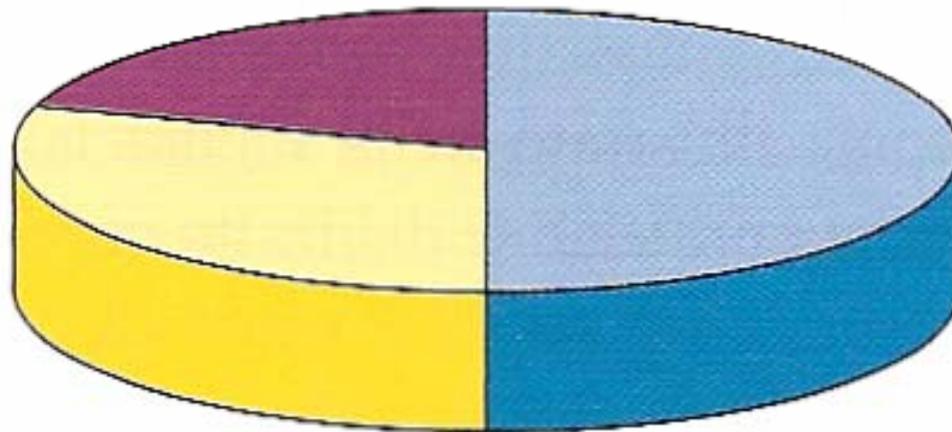
Trauma Aperto o penetrante

- **Evento temporaneo che consiste nell'allontanamento dei tessuti dal punto di impatto, sia in maniera temporanea che permanente**
- **Cavitazione**
- **Ferite**



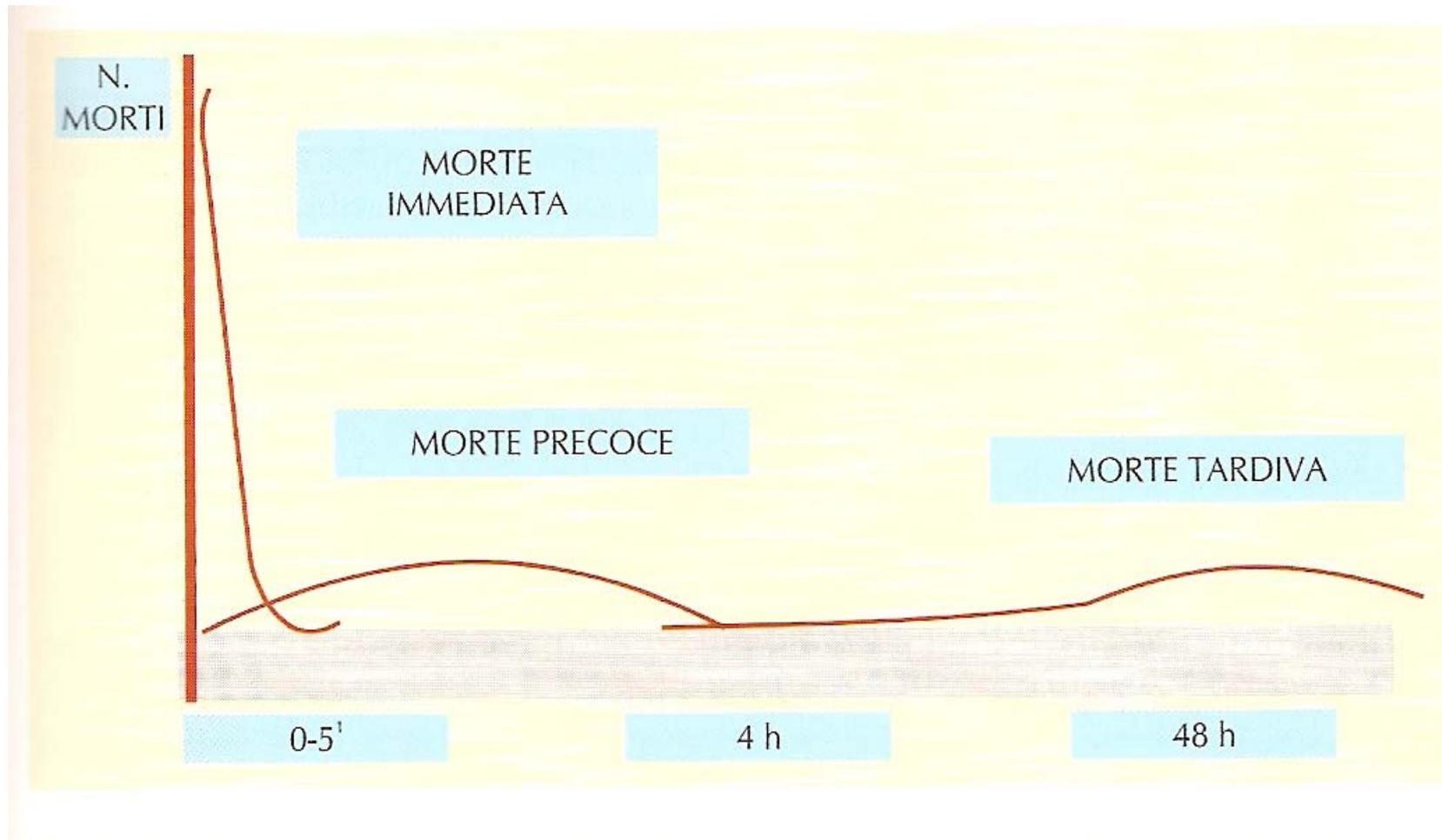
Valutiamo il problema

Quando i pazienti muoiono a causa di un trauma



- Immediate (50%)
minuti fino a 1 ora
- Precoci (30%)
prime 4 ore
- Tardive (20%)
da 2 a 5 settimane

Curva primordiale del trauma



Indicatore dei traumi gravi

- Caduta da un'altezza $> 4-5$ metri,
- Grave deformazione dell'abitacolo
- Tempo di estricazione prolungato
- Morte di un altro passeggero del veicolo
- Proiezione esterna dal veicolo
- Pedone, ciclista o motociclista travolto
- Pedone, ciclista, motociclista proiettato lontano

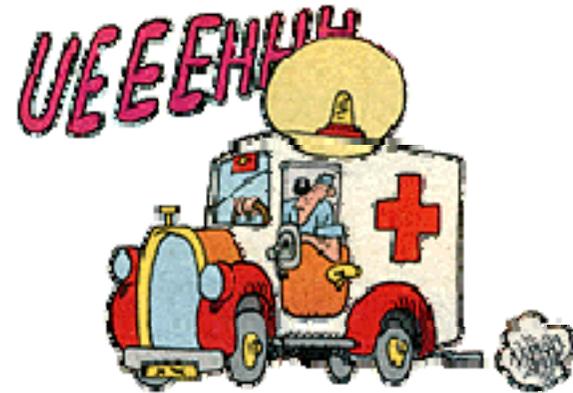
Prevenire

Cinture di sicurezza per tutti

Casco

Seggiolini per bambini

Rispetto del codice della strada



Domande ?



PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Obiettivi:

- ⊕ **Anticipazione:** preparazione della squadra all'intervento,
- ⊕ **Verifica:** delle strutture, check list.
- ⊕ **Sicurezza:** Precauzioni universali e specifiche, personali e di chi mi sta vicino.
- ⊕ **Triage:** dei feriti per priorità di trattamento

PRIMA

Check list

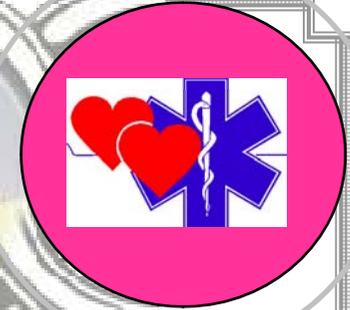
di partire per un'**emergenza**,
ma anche per i semplici servizi
non urgenti,

è assolutamente necessario controllare,
visto che, **nessuno ci garantisce** a priori
che l'**automezzo** è **dotato** di tutto
il materiale previsto dal regolamento
(compreso lenzuola, cinghie, collari...).

SICUREZZA MECCANICA DEL MEZZO DI SOCCORSO

- Controllo materiale SANITARIO
- Ripristino dei farmaci mancanti
- Ripristino degli attrezzi utilizzati
- Pulizia del mezzo e dei presidi
 - Disinfezione ordinaria
 - Disinfezione straordinaria





Anelli della catena del soccorso

- Allarme e dispatch
- Triage preliminare
- Trattamento preospedaliero.
- Triage dei feriti agli ospedali più idonei
- Trattamento ospedaliero





CONOSCERE INDIVIDUARE PER SAPER VALUTARE

Conoscere le **situazioni** e le **dinamiche** più frequenti vi consentirà di individuare e/o sospettare il 90% circa delle lesioni prima ancora di valutare **la persona** coinvolta.

Chiamata di Soccorso

Ipotizzare i possibili rischi in base al codice d'intervento

Preparare il materiale durante il tragitto verso il luogo del soccorso

Il leader assegna a ciascun componente dell'equipaggio un compito.

Operare in sicurezza

Il team leader della squadra di soccorso deve verificare rapidamente la presenza di fattori di rischio, e quindi decidere le opportune misure di sicurezza da adottare.

La scena

Va messa in sicurezza rispettando queste regole:

- Riconoscere i pericoli,
- Garantire la sicurezza ambientale,
- Allertare correttamente le organizzazioni di soccorso aggiuntivo,
- Avvicinarsi alle vittime solo dopo aver messo in sicurezza il perimetro d'intervento.

Arrivo sul posto:

- Collocare l'ambulanza in zona sicura a protezione del luogo dell'intervento.
- Controllo del luogo (individuare eventuali pericoli per l'equipaggio),
- Integrare se necessario la divisa con ulteriori protezioni.
- Valutazione della zona e le persone vittime dell'evento.

VALUTAZIONE DELLA SCENA

Si basa su tre fattori (**le tre S**):

- **Sicurezza:** Valutazione del rischio evolutivo e adeguata protezione
- **Scenario:** Numero dei veicoli coinvolti, danni, tipo di energia
- **Situazione:** Cos'è accaduto, perché, quante persone coinvolte

Intervento

- Eliminare i rischi minori (spegnere il motore, allontanare il materiale pericoloso, curiosi),
- Dinamica dell'evento
- Ipotizzare infortunio
- Rischi biologici
- Rischi chimici (benzina, gas ecc).



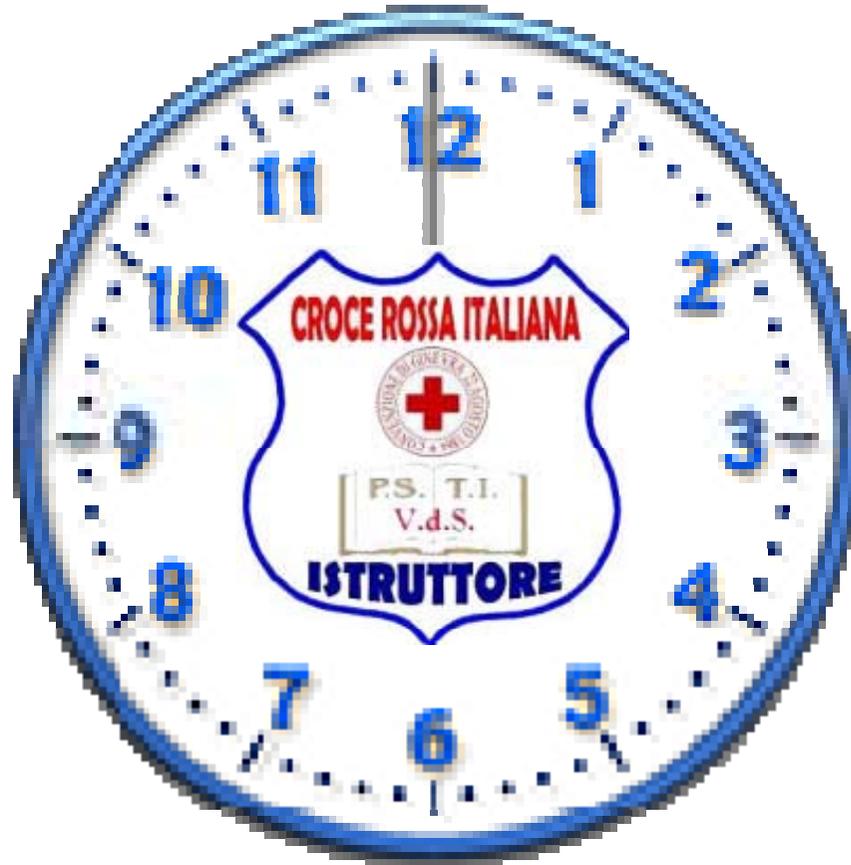
Schena sicura?



AUTOPROTEZIONE



Domande?



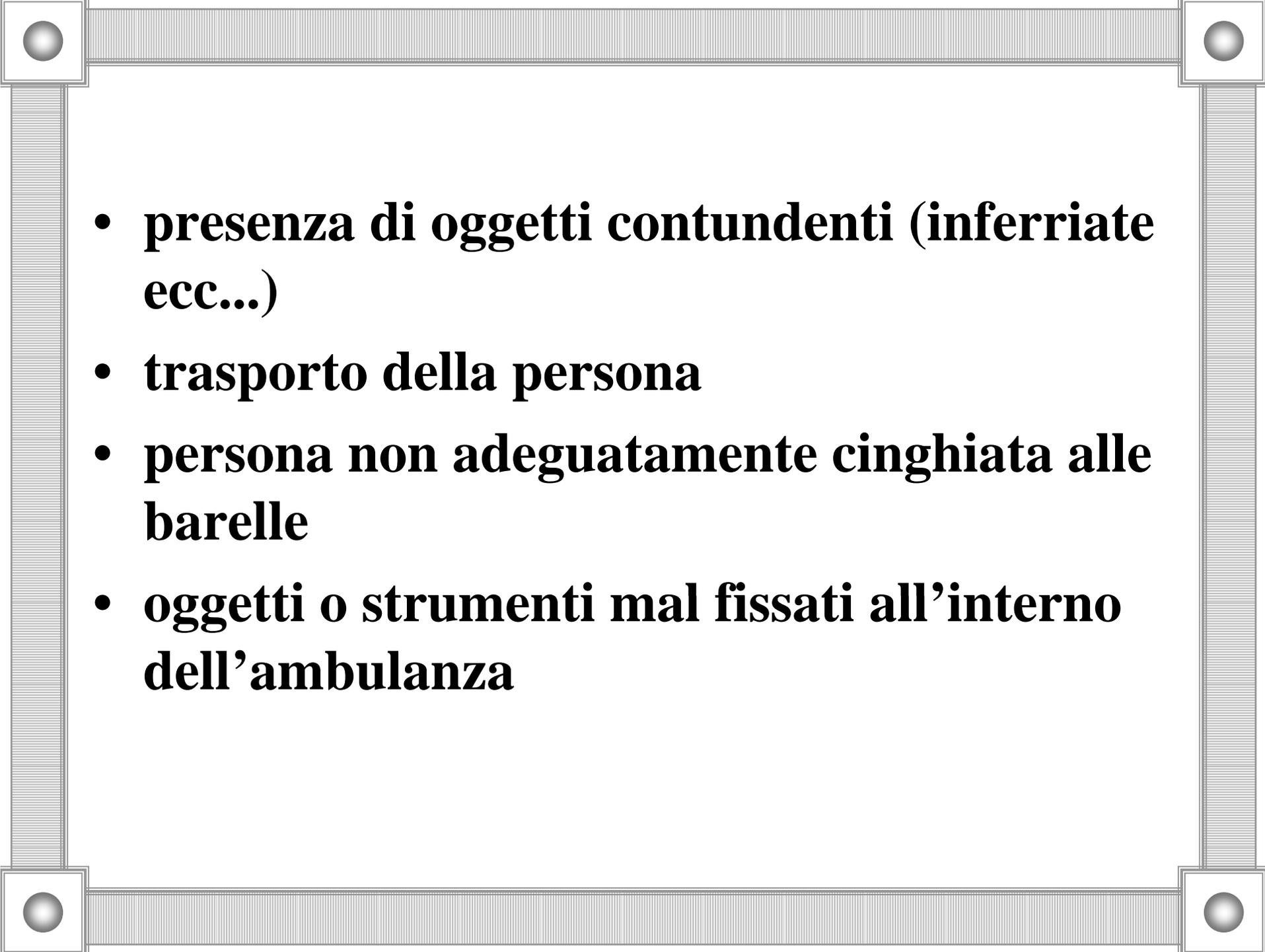
I Rischi Evolutivi Sanitari

- **Sanitari**
- **Non sanitari**

I Rischi Evolutivi Sanitari

sono legati principalmente a:

- **Presenza di liquidi o di altro materiale organico potenzialmente infetti**
- **Inadeguata igiene dell'ambulanza**
- **Ostacoli naturali e/o artificiali**
- **Scale e/o terreno accidentato**
- **Ostacoli nel percorso fino alla persona da soccorrere**
- **Trasporto della persona. (cinghie di sicurezza).**

- 
- **presenza di oggetti contundenti (inferriate ecc...)**
 - **trasporto della persona**
 - **persona non adeguatamente cinghiata alle barelle**
 - **oggetti o strumenti mal fissati all'interno dell'ambulanza**

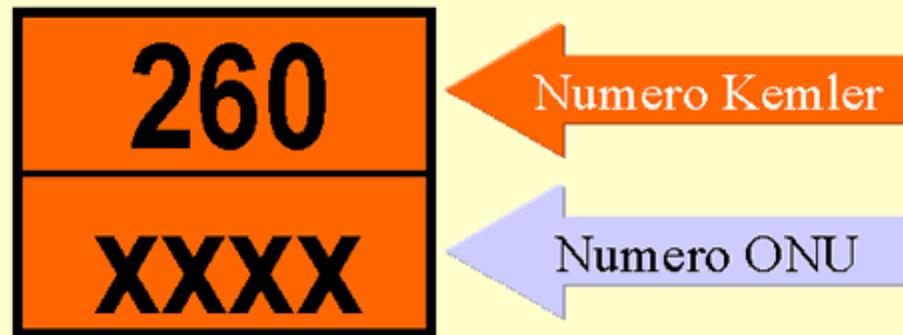
SITUAZIONI DI RISCHIO EVOLUTIVO NON SANITARIO

Incidenti stradali

- spegnete il quadro elettrico
- azionate il freno a mano
- attenzione all'airbag
- chiedete aiuto alla C.O.118
- spegnete incendi
- attendete VV.FF.
- comunicate alla C.O. 118 il codice Kemler-ONU
o etichette romboidali di pericolo

Tavole Kemler

- Il numero di Kemler è un indice di pericolo.
- Il numero ONU identifica in modo univoco la sostanza trasportata ed è composto da 4 cifre che non indichiamo.



IN CASO DI VEICOLO INCIDENTATO

Non avvicinarsi

Allontanare i curiosi

Portarsi, rispetto al carro o alla cisterna, sopravvento

Non fumare

Non provocare fiamme, né scintille

Non toccare l'eventuale prodotto fuoriuscito

Non portare alla bocca mani o oggetti "contaminati"

Non camminare nelle pozze del prodotto liquido disperso

Contattare subito **il 115 (Vigili del Fuoco)**

La prevenzione



- indossare la divisa completa in ogni sua parte,
- l'uso di opportuni presidi antinfortunistici,
- camminare con cautela in terreni accidentati,
- aggrapparsi solo ad appigli saldamente fissati,
- non portare in tasca alcun oggetto appuntito o tagliente,

- fissare saldamente ogni attrezzatura a bordo dell'ambulanza,
- indossare le cinture di sicurezza se non si è impegnati in manovre di soccorso,
- mettere sempre le cinture di sicurezza alle persone trasportate,



Attenzione ai rischi evolutivi non sanitari!



- Incidente stradale,
- Incendio in abitazione,
- Fuga di gas
- Crollo di un edificio,
- Cavi elettrici o di alta tensione caduti,
- Valutazione della persona coinvolta (aggressione).

Valutazione della persona coinvolta

- se le persone indossavano le cinture di sicurezza
- se le persone sono state espulse dal veicolo
- se vi sono decessi tra i passeggeri
- se vi sono gravi danni ai veicoli
- a che velocità procedeva il veicolo e in quanti metri si è fermato

DOMANDE ?



La Valutazione Primaria

Inizia con un colpo d'occhio simultaneo o globale delle condizioni:

Neurologiche - Coscienza

Respiratorie - Ossigenazione

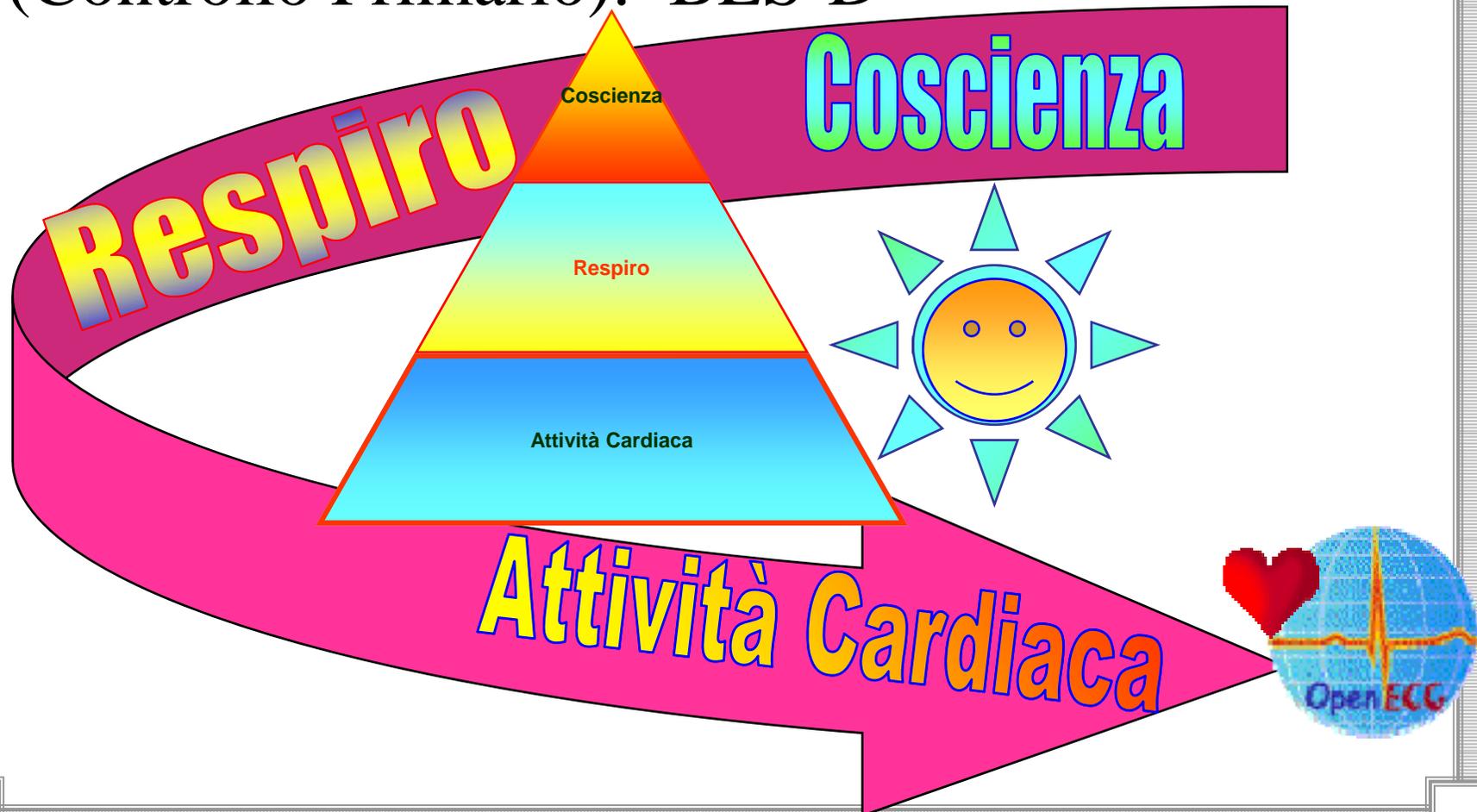
Circolatorie - Emorragie



Esaminare l'infortunato:

Controllo delle funzioni vitali

(Controllo Primario): BLS-D



VALUTAZIONE PRIMARIA

Airway – vie aeree e

Colonna Cervicale

Breathing – respiro ventilazione

Circulation – circolazione ed emorragie

Disability – stato neurologico

Expose/Environment – Esposizione e protezione dell'ipotermia.

D – DEFICIT NEUROLOGICI

1. **A** lert - vigile
2. **V** erbal - risponde agli stimoli verbali
3. **P** ain - risponde agli stimoli dolorosi
4. **U** nresponsive - non reagisce

Glasgow Coma Scale

- ❖ Apertura occhi
- ❖ Migliore risposta verbale
- ❖ Migliore risposta motoria

E – Esposizione/Protezione ambientale

Rimuovere gli abiti per trovare tutte le lesioni

Gli abiti possono assorbire il sangue e non essere facilmente rilevato

Valutato il paziente nella sua nudità bisogna
prevenire l'ipotermia ricoprendo la vittima.

Rivalutazione della scena

- Accertarsi che non venga dimenticato nulla sul luogo dell'intervento.
- Non lasciare materiale biologicamente infetto sparso per l'ambiente
- Non lasciare aghi, siringhe o altro in luoghi non sicuri
- Accertarsi che non vi siano altri feriti nascosti

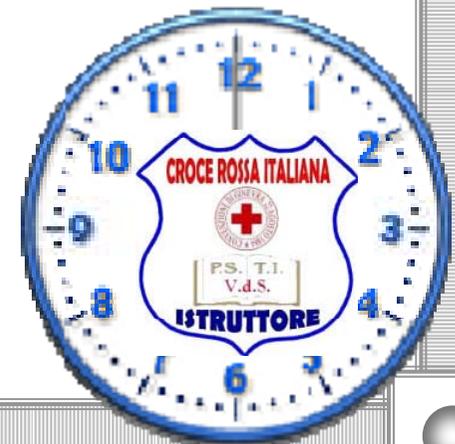


VALUTAZIONE SECONDARIA

1. **Osserva** – cute emorragie, lesioni dei tessuti molli, ustioni, contusioni, gonfiori, deformità...
2. **Palpa** – toccare ogni osso importante rilevandone deformità o rumori strani,
3. **Ascolta** – rumori respiratori, auscultazione del torace, suoni polmonari simmetrici, carotidi e arterie...

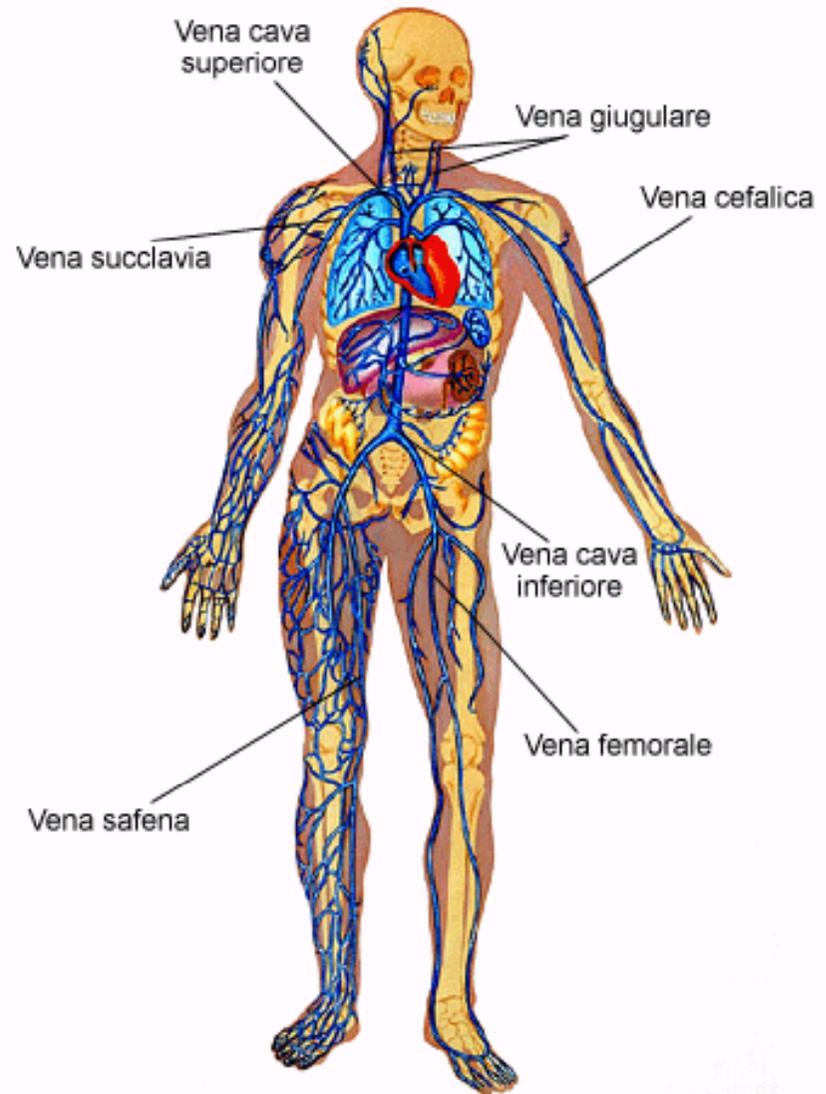
TRASPORTO

La centrale operativa in base al codice di rientro e ai dati forniti sull'infortunato decide l'ospedale più idoneo ad accogliere il politraumatizzato.



Controllo Secondario

Testa
Collo
Torace
Addome
Bacino
Dorso
Estremità



Che cosa devo ricercare

- Emorragie,
- Deformità
- Ferite aperte
- Ematomi
- Cianosi
- Cute fredda edematosa,
- Crepitii o rumori al contatto.

Anamnesi AMPLE

Allergies - allergie

Medications - Terapia in corso

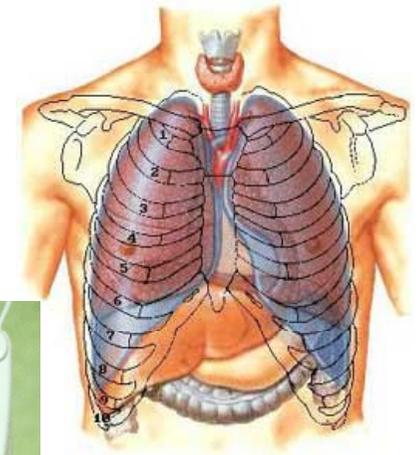
Past illness - Anamnesi patologica

Last meal - Ultimo pasto

Events - Eventi correlati alla lesione del trauma

Monitoraggio e rivalutazione

- Controllare la coscienza
- La saturazione e la capnemia
- Frequenza respiratoria
- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Temperatura corporea



Documentare tutto sulla scheda di viaggio



GESIRA

Il Triage

FRONT

No. 678406 TRIAGE TAG No. 678406
PART I
No. 678406
CALIFORNIA FIRE CHIEFS ASSOCIATION®
Leave the correct Triage Category ON the end of the Triage Tag

Move the Walking Wounded **MINOR**

No respirations after head tilt **DECEASED**

Respirations - Over 30 **IMMEDIATE**

Perfusion - Capillary refill Over 2 seconds **IMMEDIATE**

Mental Status - Unable to follow simple commands **IMMEDIATE**

Otherwise- **DELAYED**

MAJOR INJURIES:

HOSPITAL DESTINATION:
ORIENTED DISORIENTED UNCONSCIOUS

TIME	PULSE	B/P	RESPIRATION

DECEASED

IMMEDIATE No. 678406

DELAYED No. 678406

MINOR No. 678406

BACK

TRIAGE TAG
PART II
MEDICAL COMPLAINTS/HISTORY

ALLERGIES:

PATIENT R:

TIME	DRUG SOLUTION	DOSE	
	D/W	RL	NS

NOTES:

PERSONAL INFORMATION

NAME:

ADDRESS:

CITY: TEL. NO.:

MALE FEMALE AGE: WEIGHT:

DECEASED

IMMEDIATE

DELAYED

MINOR



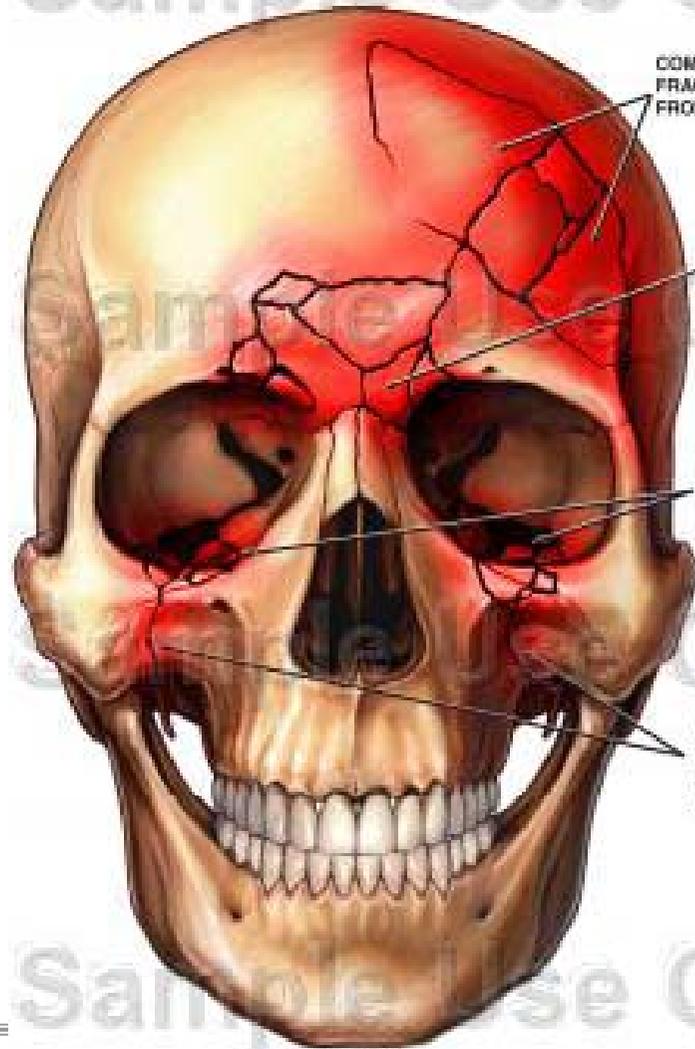


TRAUMA CRANICO

Post-accident Head Injuries

FRACTURES OF THE SKULL

BRAIN INJURIES



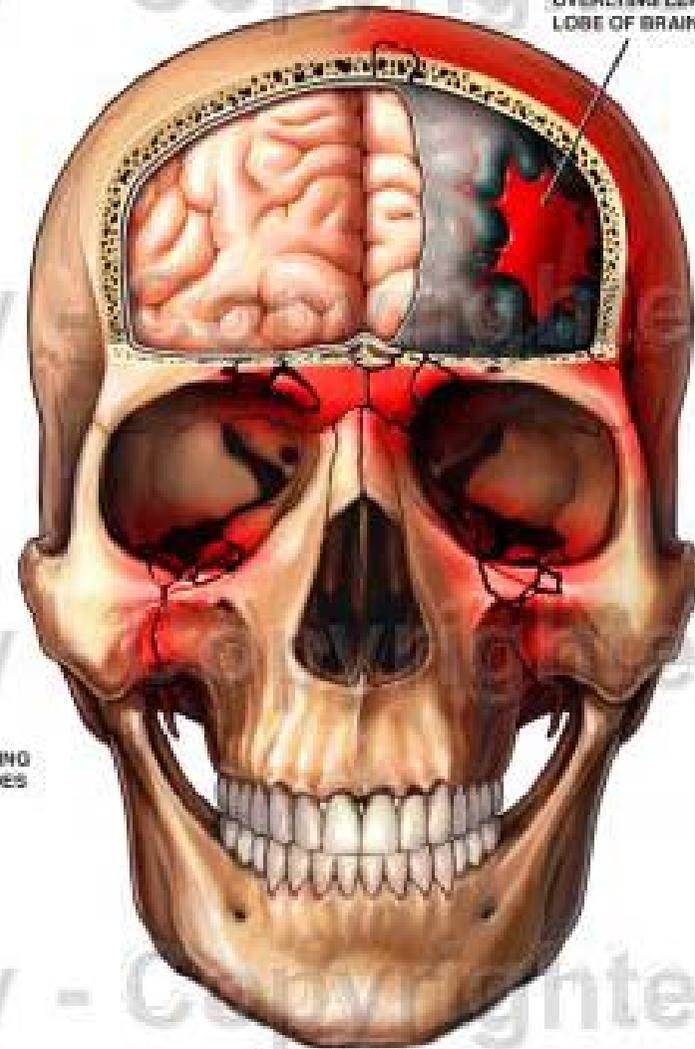
COMMINUTED FRACTURE OF LEFT FRONTAL BONE

COMMINUTED NASAL ORBITAL FRACTURES

ORBITAL FLOOR BLOW-OUT FRACTURES BILATERALLY

LEFORT TYPE II FRACTURE EXTENDING THROUGH BOTH SIDES OF THE MAXILLA

ANTERIOR VIEW

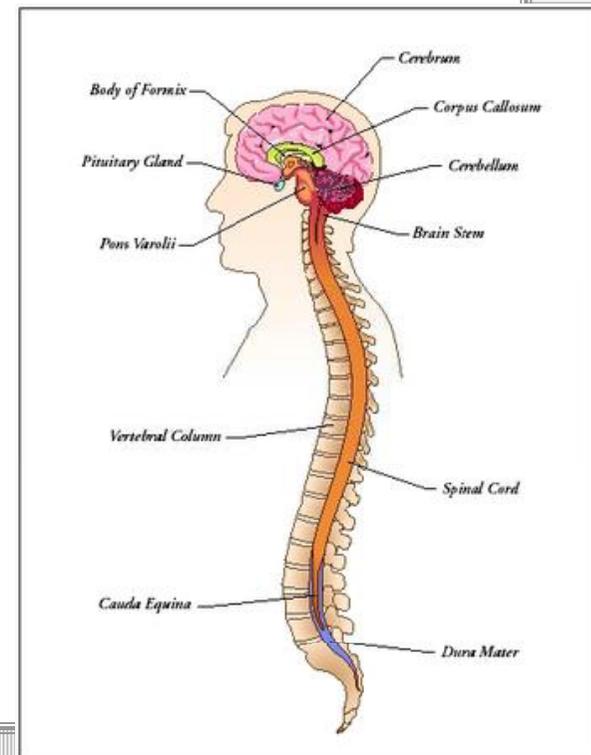


EPIDURAL HEMATOMA OVERLYING LEFT FRONTAL LOBE OF BRAIN.

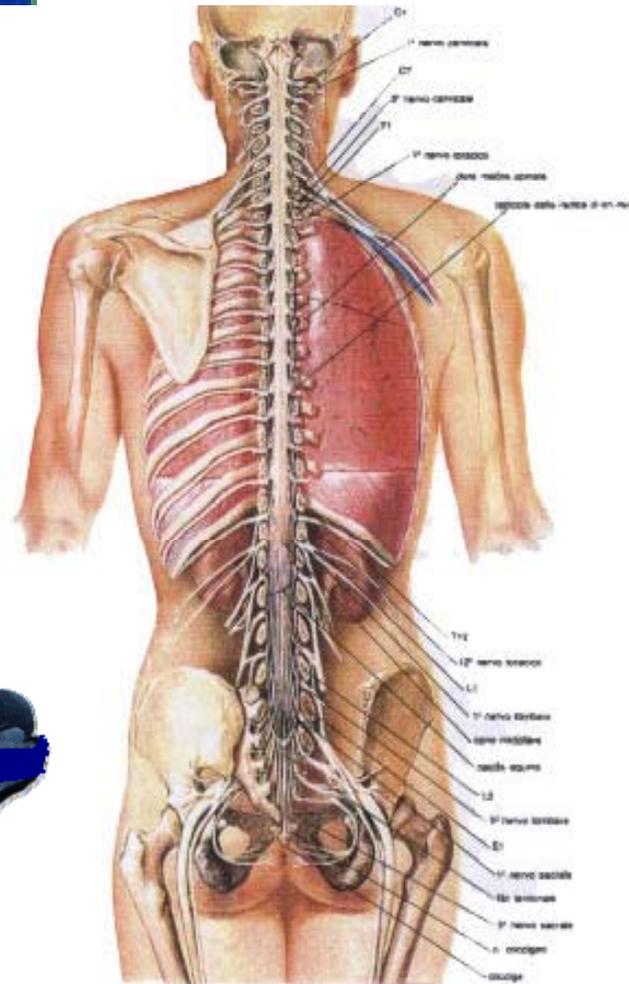
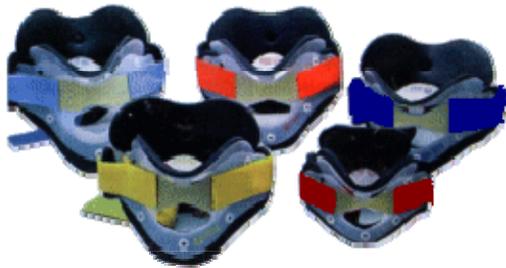
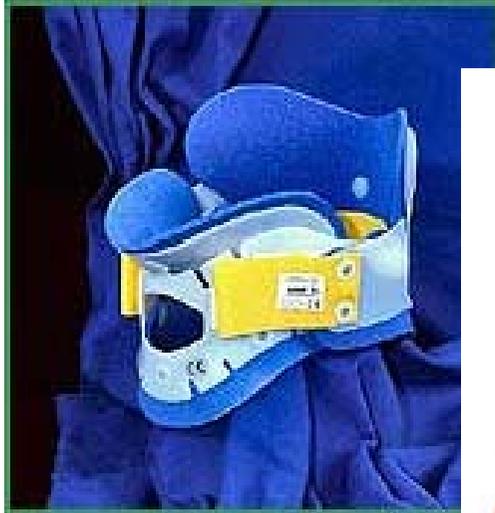
ANTERIOR CUT-AWAY VIEW

Le cause dei traumi cranici sono :

- incidenti stradali (48%)
- cadute accidentali ed incidenti domestici (25%)
- attività sportive (10%)
- incidenti sul lavoro (8%)
- aggressioni (4%)
- altro (5%)



Trauma del Rachide



TRAUMA VERTEBRO MIDOLLARE

Un trauma spinale deve sempre essere sospettato nei :

- pazienti con lesione cranica, soprattutto frontale e facciale
- pazienti con grossi traumi da schiacciamento
- pazienti con traumi multipli chiusi
- pazienti con traumi gravi da accelerazione/decelerazione
- pazienti con trauma al disopra della clavicola

Lesioni del Midollo Spinale a livello di **C6-C7 fino a T4**

- Producono disfunzioni dei muscoli intercostali.
- Il diaframma continua a funzionare regolarmente, quindi si può riconoscere un quadro respiratorio caratterizzato da :
- torace che cade durante l'inspirium, l'addome contemporaneamente risale.

Lesioni del Midollo Spinale

a livello **C3-C4-C5**

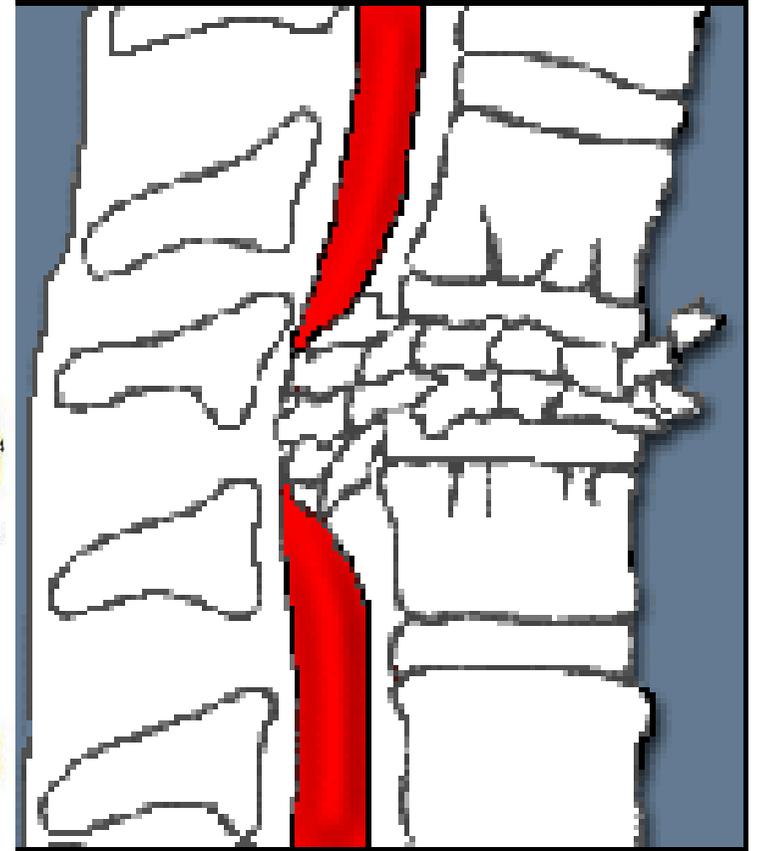
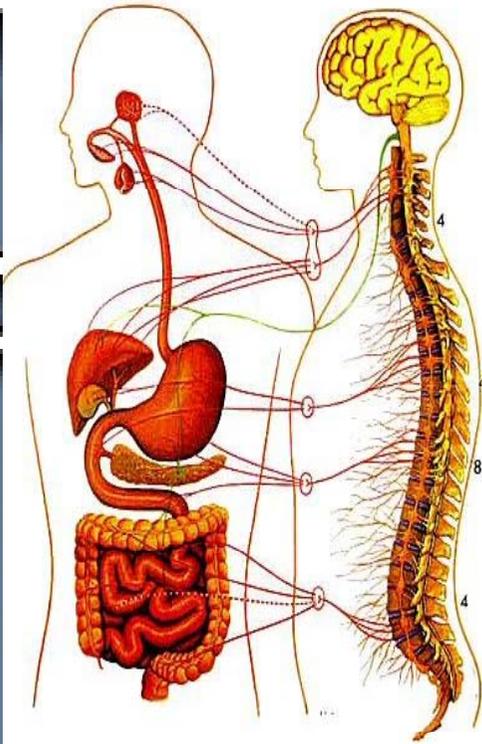
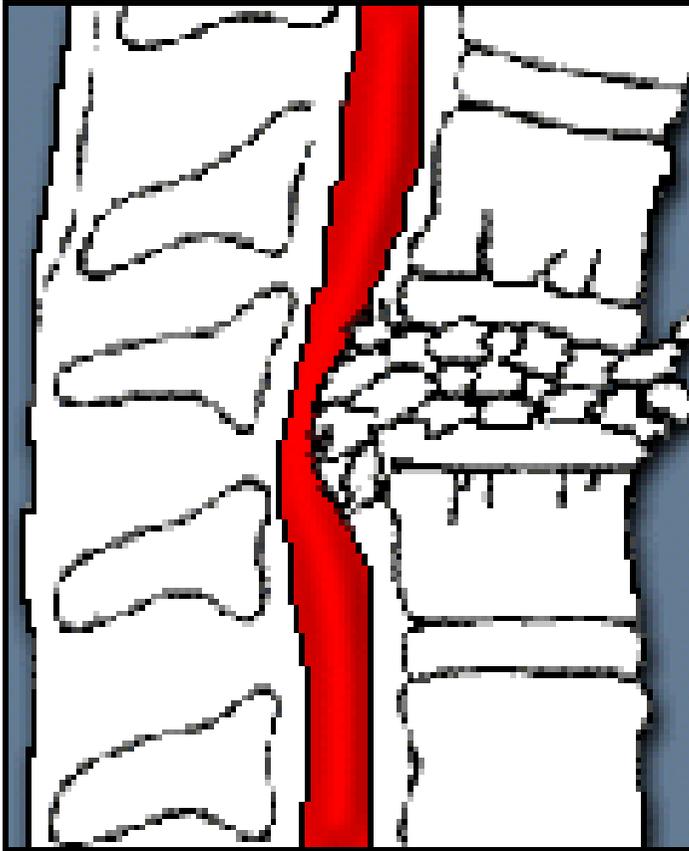
Il diaframma, principale muscolo della respirazione, è innervato principalmente da **C4** ma riceve contributi da **C3 e C5**.

Una lesione a questo livello comporta un mancato funzionamento del diaframma, degli intercostali, ne consegue una grave insufficienza respiratoria.

Lesioni del midollo spinale

al disopra di **C3**

- Gli unici muscoli funzionanti teoricamente sono quelli accessori della respirazione (scaleno, sternocleidomastoideo, del cingolo) che ricevono innervazioni dai nervi cranici e che riescono a produrre volumi correnti di 100 ml circa.
- **A questi pazienti, se non viene effettuata la RCP sul luogo dell'incidente, andranno incontro a decesso.**



Shock spinale

- E' una depressione transitoria riflessa al disotto della lesione, provocato dall'improvvisa cessazione delle influenze eccitatorie discendenti dai centri superiori, così come una persistente inibizione della lesione sottostante.
- Dato però che può non esserci una sezione neuronale completa, un certo grado di disfunzione può esser dovuta all'edema neuronale e dunque qualche funzione motoria e sensoriale (dolore, tatto, temperatura ecc.) può tornare successivamente.

- Lo shock spinale può anche comportare **una depressione o l'assenza del respiro** subito dopo l'incidente anche se le vie nervose per i muscoli della respirazione sono parzialmente o totalmente integre.
- Lo shock spinale può determinare una deafferentazione funzionale dei **diaframmi** che può durare anche diverse settimane ; durante questo periodo il paziente dovrà esser ventilato artificialmente.

Trattamento :

Immobilizzazione

(collare cervicale, barelle spinali, barelle a cucchiaio,)

- in caso di paziente incastrato : estricazione con il **KED** *Kendric Extrication Device*
- in caso di paziente incastrato ma in imminente pericolo di vita : estricazione veloce
- assistenza ventilatoria : ventilazione manuale con Ambu, O₂ ad alti flussi 12 l/m, intubazione, cricotiroidotomia

Mantenere il collo in posizione neutra

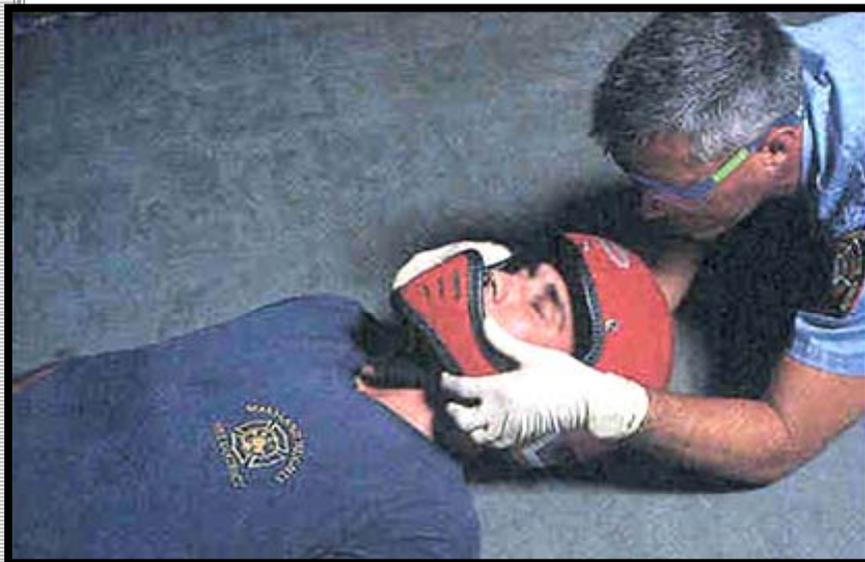
Trasporto :

va effettuato con molta cautela perché in caso di **shock spinale**, l'interruzione o eliminazione degli impulsi nervosi afferenti (la deafferentazione simpatica), con vasodilatazione rende molto più sensibile il paziente agli spostamenti della massa ematica consensualmente alle fasi di **accelerazione/decelerazione**.

Durante il trasporto

il paziente va monitorato e in ambulanza si continueranno i provvedimenti intrapresi sul campo (somministrazione di ossigeno, terapia infusiva), e prima di partire si comunicherà alla centrale operativa **il codice di rientro**.

Estrazione del Casco



Come si toglie il casco



Concludendo:

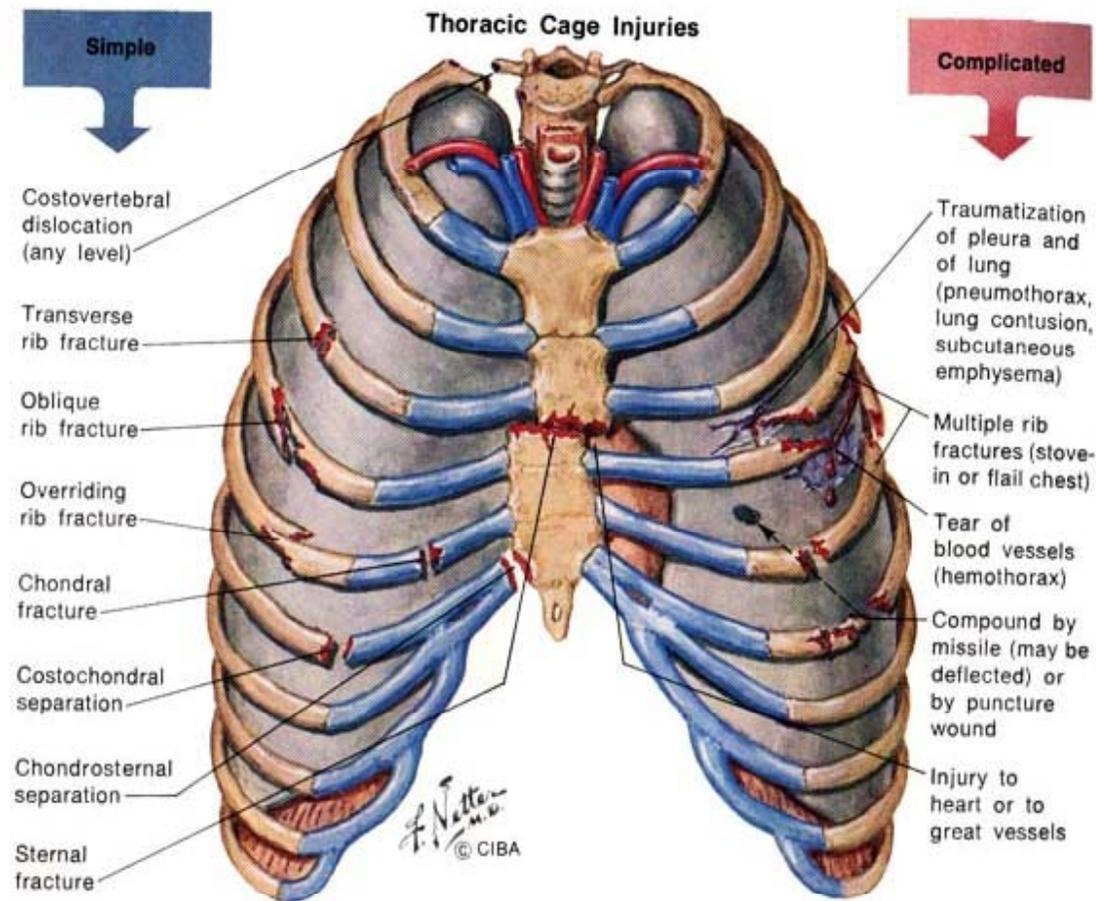
- Valutare i rischi dell'intervento
- Classificare il tipo di lesione e la sede.
- Eseguire una valutazione
- Tamponare eventuali emorragie senza comprimere. Prevenire lo shock
- Accostarsi al paziente immobilizzando subito la testa.
- Rimuovere il casco
- Proteggere il rachide
- Usare i presidi più idonei.

CONTINUA...



Stiamo *vicini* *vicini*
AURORABLU.IT

TRAUMA TORACICO



Valutazione

I segni e i sintomi di trauma toracico:

- **la dispnea, (difficoltà a respirare)**
- **la tachipnea (respiro accelerato),**
- **il dolore toracico.**
- **Colorito bluastrò della cute e mucose.**
- **Valori di saturazione $\leq 90\%$**
- **Sudorazione**
- **Polso accelerato**

Osservazione.

1. Un esame visivo completo del torace può essere condotto in meno di 30 secondi.
2. **Il Collo e del Torace** può rivelare la presenza di abrasioni, lacerazioni, distensione delle vene del collo, deviazione della trachea, enfisema sottocutaneo, ferite aperte del torace, asimmetria del movimento toracico o respiro paradossoso.
3. **La cianosi** è spesso un segno tardivo di ipossia. Assai più Importante è notare un progressivo
4. incremento della **frequenza respiratoria**, che può significare ipossia e alterazione della respirazione.

Palpazione.

Il collo e il torace andrebbero palpati accuratamente alla ricerca di dolorabilità,

- **crepitii ossei,**
- **enfisema sottocutaneo**
- **segmenti instabili della parete toracica,**

Auscultazione.

I polmoni devono essere auscultati:

Rilevare la presenza o l'assenza dei suoni respiratori,

il volume inspirato e la simmetria dei movimenti aerei.

La diminuzione o l'assenza dei suoni respiratori su un solo lato del torace di un paziente traumatizzato può indicare la presenza di:

- Aria = pneumotorace
- Sangue = Emotorace nello spazio pleurico.

Thoracic Cage Injuries

Simple

Complicated

Costovertebral dislocation (any level)

Transverse rib fracture

Oblique rib fracture

Overriding rib fracture

Chondral fracture

Costochondral separation

Chondrosternal separation

Sternal fracture

Traumatization of pleura and of lung (pneumothorax, lung contusion, subcutaneous emphysema)

Multiple rib fractures (stove-in or flail chest)

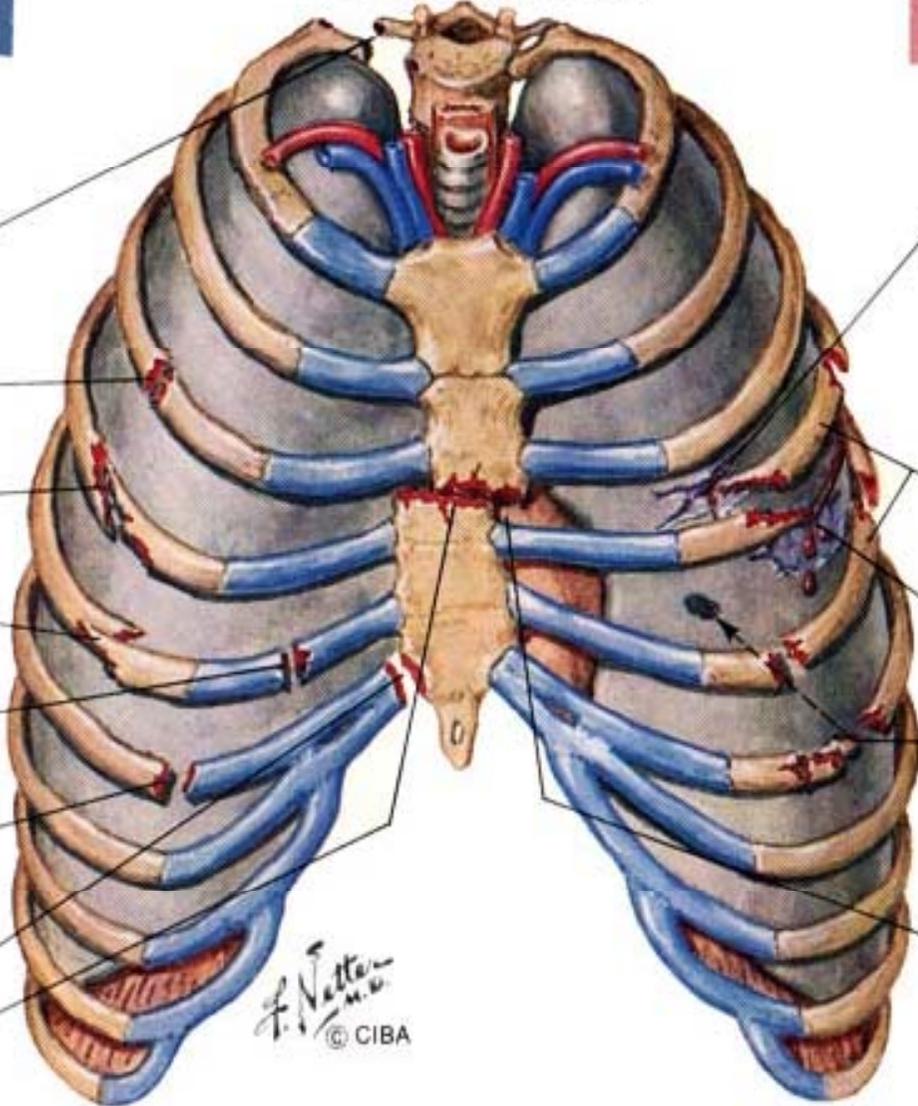
Tear of blood vessels (hemothorax)

Compound by missile (may be deflected) or by puncture wound

Injury to heart or to great vessels

TORACCICO

TRAUMIA



F. Netter M.D.
© CIBA

IL PNEUMOTORACE

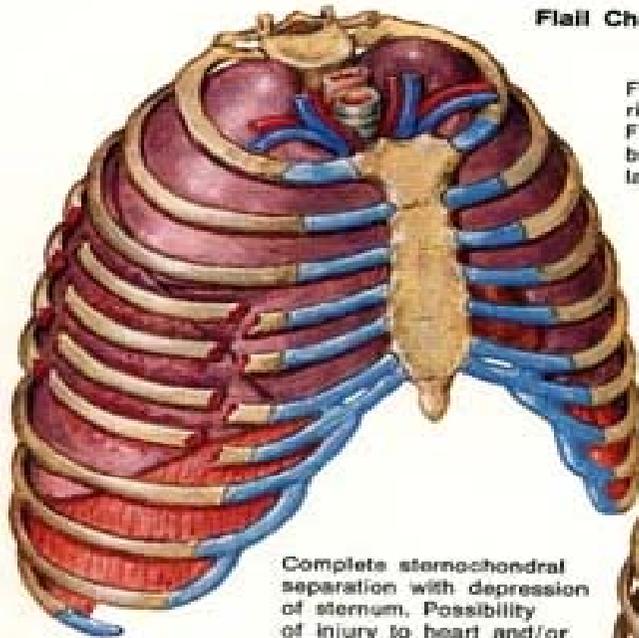
Patologia caratterizzata da occupazione aerea del cavo pleurico secondaria a numerose cause.

Si distingue

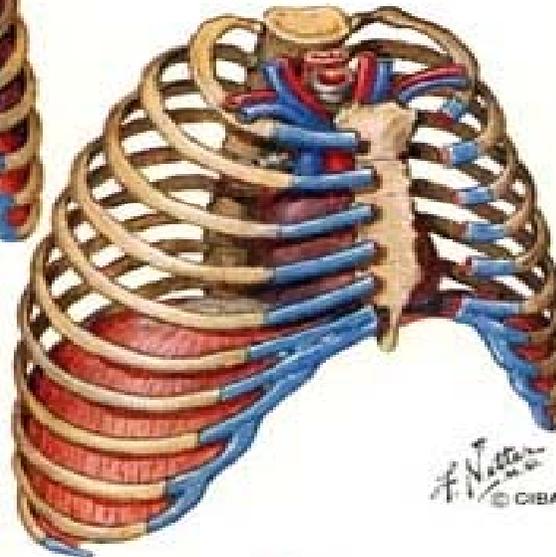
- **PNX SPONTANEO O IDIOPATICO**
- **PNX POST-TRAUMATICO:**
 - **Chiuso**
 - **Aperto= proiettile coltello. Corpo estraneo**
- **PNX SECONDARIO A PATOLOGIE Polmonari**

Flail Chest

Fracture of several adjacent ribs in two or more places. Flail may be complicated by lung contusion or laceration.

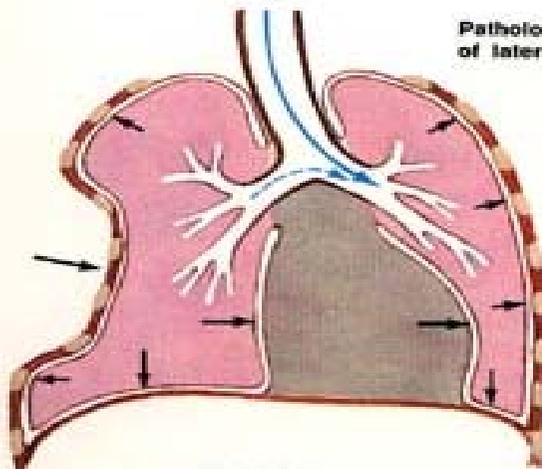


Complete sterno-chondral separation with depression of sternum. Possibility of injury to heart and/or great vessels must also be considered.

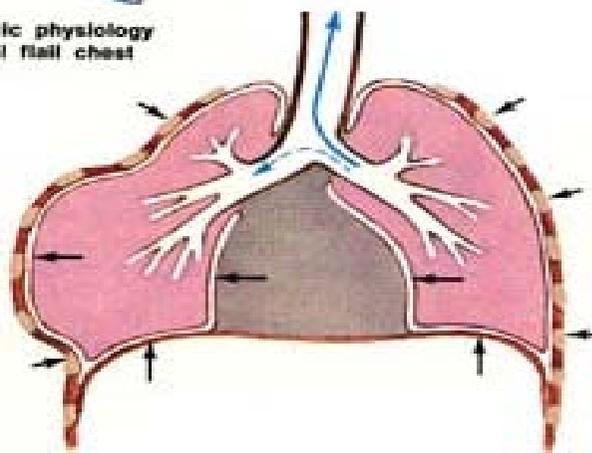


F. Netter M.D.
© GIBA

Pathologic physiology of lateral flail chest



Inspiration

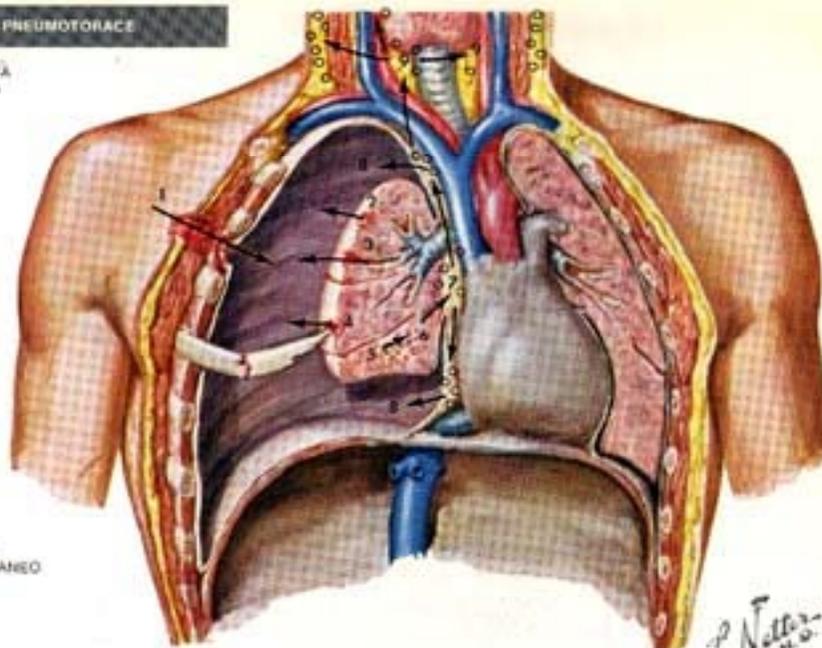


Expiration

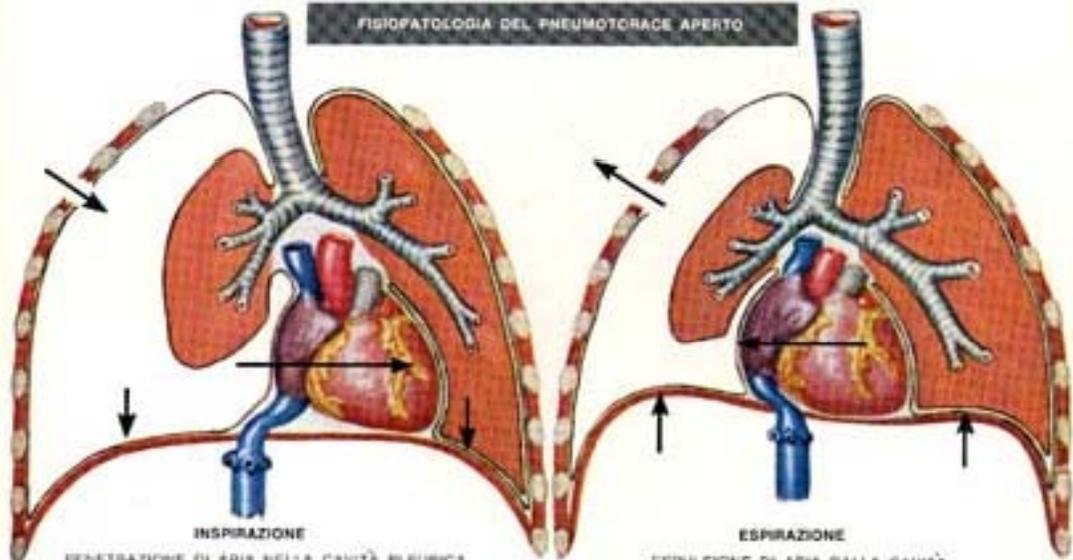
Le fratture costali "a lembo"

PATOGENESI DEL PNEUMOTORACE

- 1: SOLUZIONE DI CONTINUITÀ NELLA PARETE TORACICA
- 2: LACERAZIONE DEL POLMONE
- 3: PERFORAZIONE DI UN BRONCO O DELLA TRACHEA
- 4: LACERAZIONE DEL POLMONE AD OPERA DI UN FRAMMENTO DI COSTA
- 5: ROTTURA DI ALVEOLI DA TRAUMA CILINDRICO O DA STIRAMENTO
- 6: ENFISEMA POLMONARE INTERSTIZIALE
- 7: ENFISEMA MEDIASTINICO
- 8: PNEUMO-TORACE 9: ENFISEMA SOTTOCUTANEO



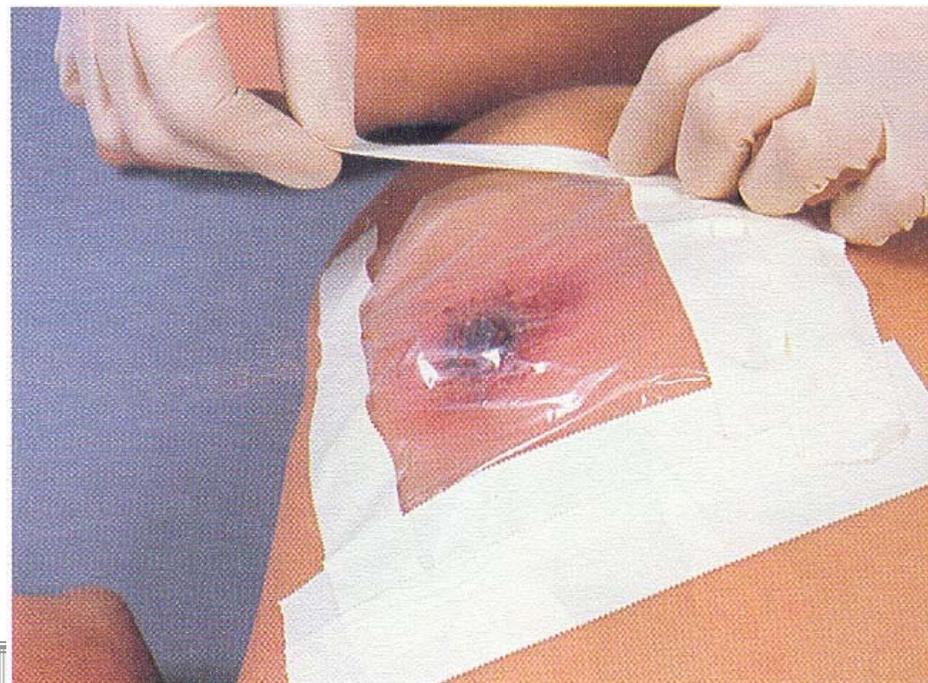
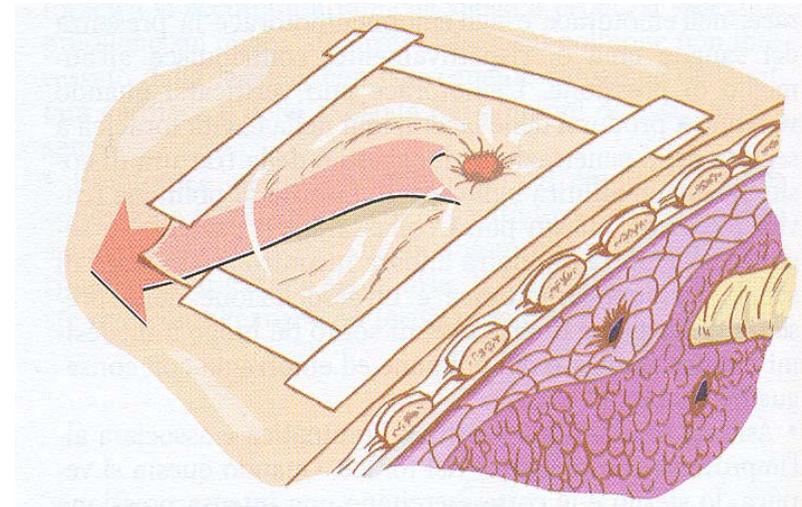
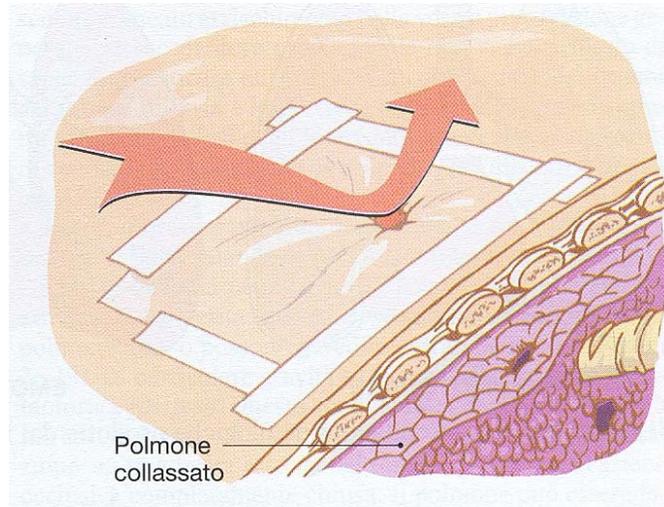
FISIOPATOLOGIA DEL PNEUMOTORACE APERTO



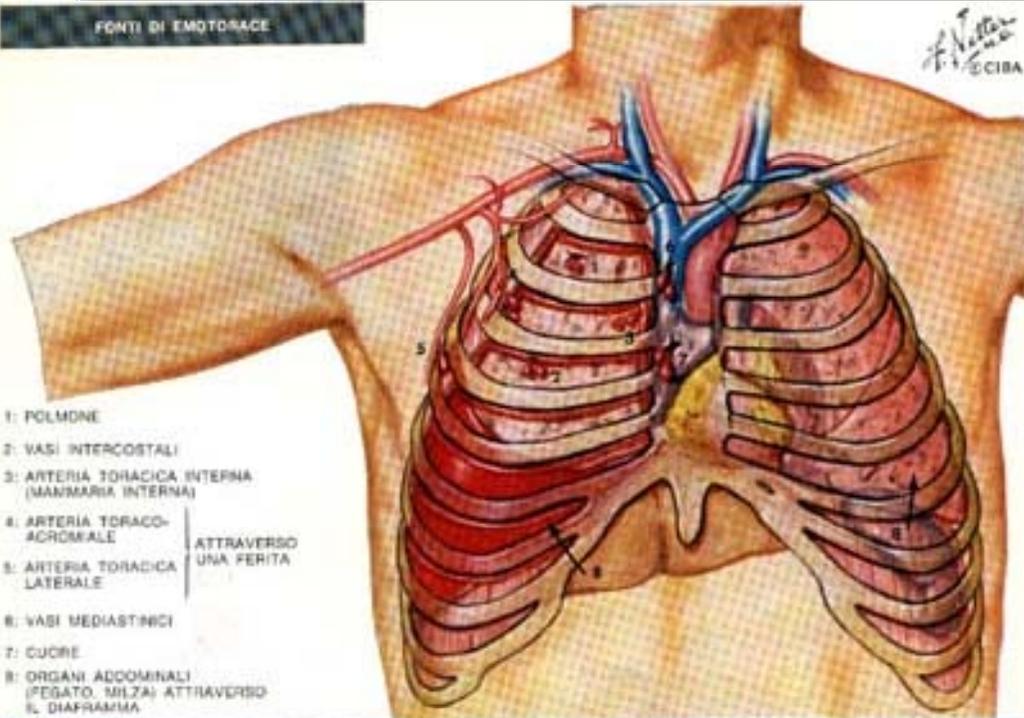
INSPIRAZIONE
 PENETRAZIONE DI ARIA NELLA CAVITÀ PLEURICA. DIMINUIZIONE O ANNULLAMENTO DELLA PRESSIONE NEGATIVA. COLLASSO POLMONARE OMOATERALE. IMPEDIMENTO DEL RITORNO VENOSO AL CUORE. SPOSTAMENTO DEL MEDIASTINO VERSO IL POLMONE CONTROLATERALE, CHE VIENE COMPRESSO E OSTACOLATO NELLA SUA ESPANSIONE.

ESPIRAZIONE
 ESPULSIONE DI ARIA DALLA CAVITÀ PLEURICA. SPOSTAMENTO DEL MEDIASTINO VERSO IL LATO AFFETTO. LA FLUTTUAZIONE DEL MEDIASTINO, IPERCLUTENOSI SULLE VENE CAVE, RIDUCE ULTERIORMENTE IL RITORNO VENOSO AL CUORE.





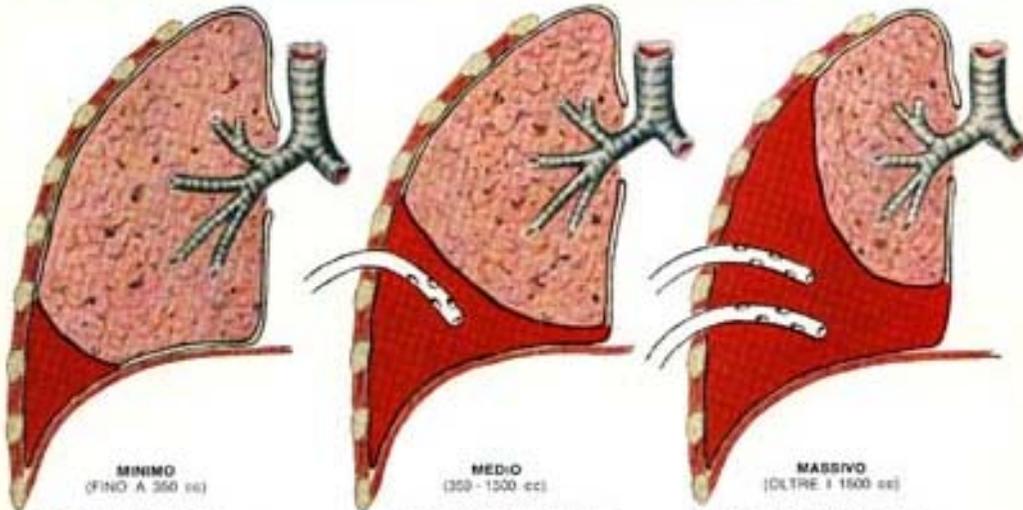
FONTI DI EMOTORACE



- 1: POLMONE
- 2: VASI INTERCOSTALI
- 3: ARTERIA TORACICA INTERNA (MAMMARIA INTERNA)
- 4: ARTERIA TORACO-ACROMIALE
- 5: ARTERIA TORACICA LATERALE
- 6: VASI MEDIASTINICI
- 7: CUORE
- 8: ORGANI ADDOMINALI (FEGATO, MILZA) ATTRAVERSO IL DIAFRAMMA

ATTRAVERSO UNA FERITA

TRATTAMENTO DELL'EMOTORACE



MINIMO
(FINO A 350 cc)

IN GENERALE IL SANGUE È RIASSorbito SPONTANEAMENTE: SOLTANTO IN RARI CASI È RICHIESTA LA TORACOCENTESI

MEDIO
(350 - 1500 cc)

GENERALMENTE È SUFFICIENTE LA TORACOCENTESI E/O IL TUBO DI DRENAGGIO (QUEST'ULTIMO È IL TRATTAMENTO D'ELEZIONE)

MASSIVO
(OLTRE I 1500 cc)

INSERIZIONE DI DUE TUBI DI DRENAGGIO. NELLA EVENTUALITÀ CHE UNO POSSA OSTRUIRSI, TALVOLTA È NECESSARIA LA TORACOTOMIA IMMEDIATA O PRECOCE

Emotorace

Riassumendo

- Valutare:
 - **O**sservazione,
 - **P**alpazione,
 - **A**uscultazione
- Aiutare il traumatizzato a respirare meglio.
- Assistenza psicologica al traumatizzato se cosciente.
- Controllare i parametri vitali spesso.
- Collaborare con il personale specializzato
- **NON** dimenticare mai l'autoprotezione

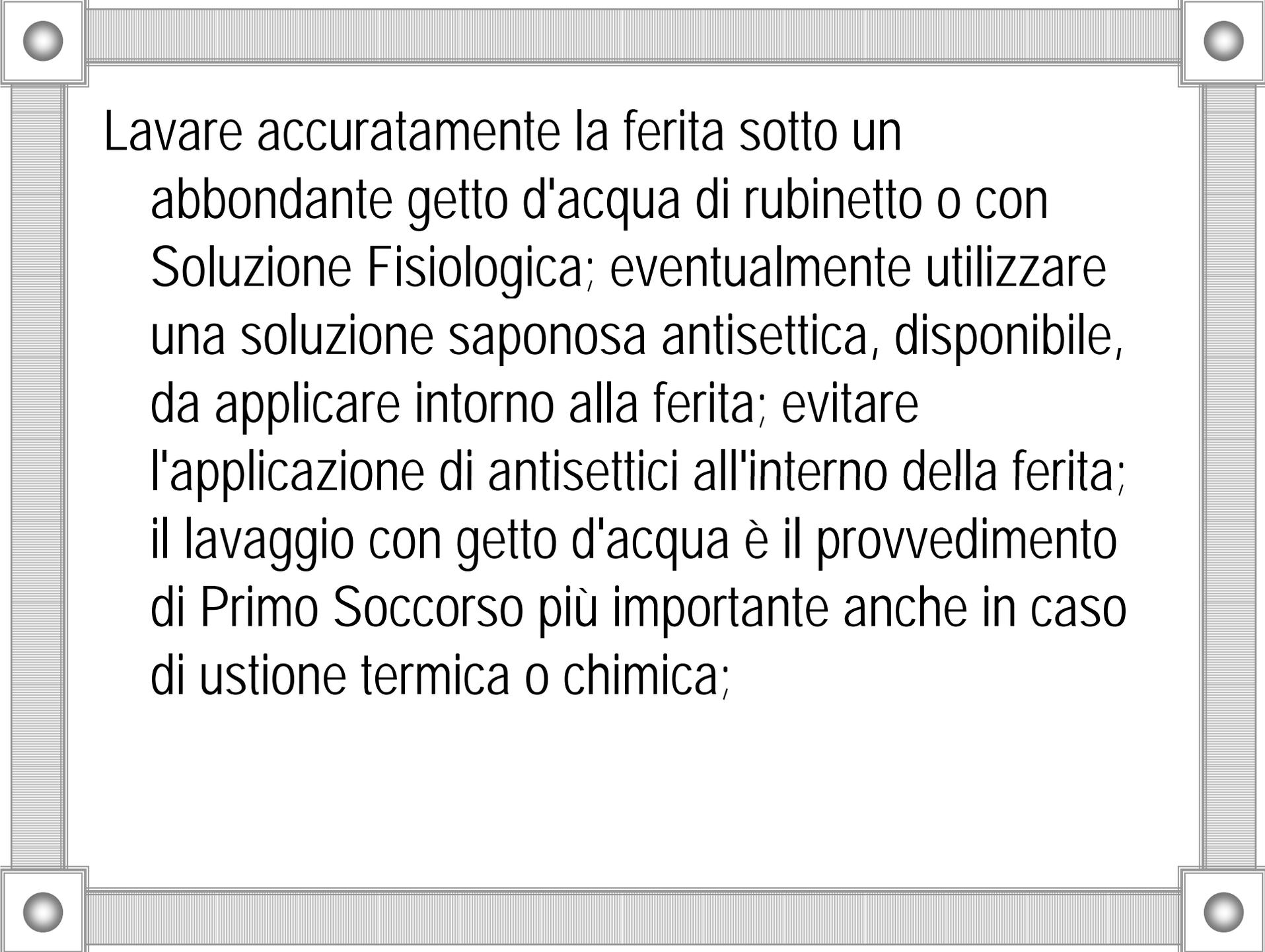
TRAUMI DEGLI ARTI

Ferita

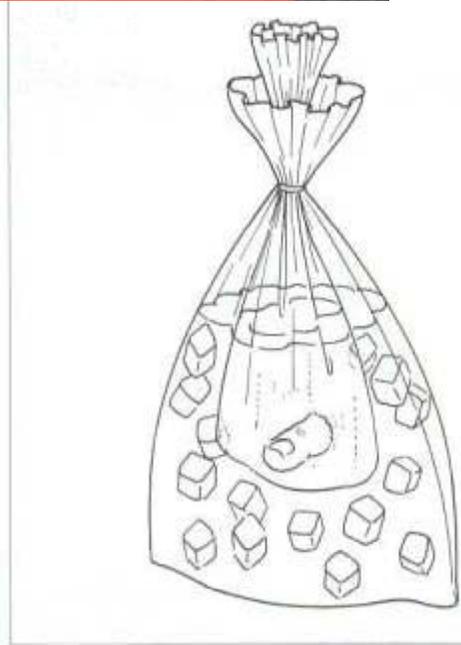
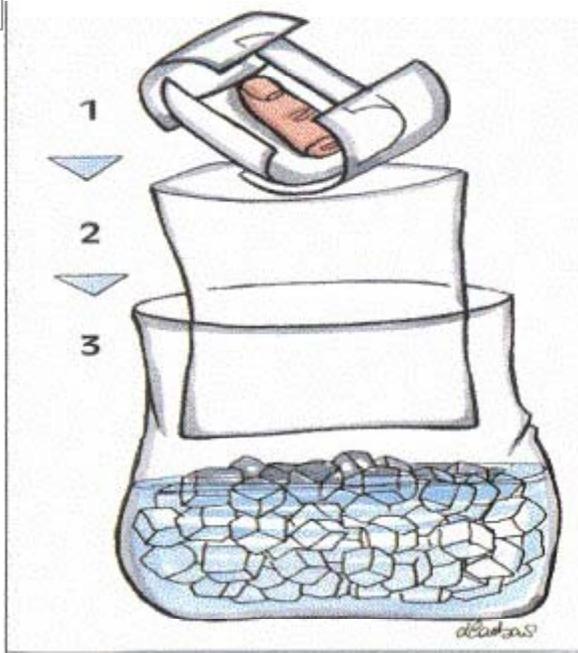
Per **ferita** si intende una lesione di continuo delle strutture molli del corpo prodotta, con varie modalità, da un agente vulnerante.

In relazione alla localizzazione le ferite possono essere distinte in:

- *superficiali* se interessano soltanto lo strato cutaneo o sottocutaneo
- *profonde* quando oltrepassano lo strato superficiale e coinvolgono le strutture sottostanti
- *penetranti* quando mettono in comunicazione l'esterno con una delle grandi cavità: cranica, toracica, addominale
- *interne* quando sono a carico di organi interni (fegato, milza, polmone, ecc.) con o senza coinvolgimento delle strutture parietali che li contengono.



Lavare accuratamente la ferita sotto un abbondante getto d'acqua di rubinetto o con Soluzione Fisiologica; eventualmente utilizzare una soluzione saponosa antisettica, disponibile, da applicare intorno alla ferita; evitare l'applicazione di antisettici all'interno della ferita; il lavaggio con getto d'acqua è il provvedimento di Primo Soccorso più importante anche in caso di ustione termica o chimica;



Concludendo

Pensare prima di agire e porsi sempre la domanda su cosa sto facendo e soprattutto se ciò che sto facendo ha un senso.

Se trovo la risposta allora sto procedendo bene.

Se non trovo la risposta bisogna che mi consulti con uno più esperto di me.

Bisogna sempre essere critici di ciò che facciamo per operare bene.

Riassumendo

Sapere: Conoscere le teorie mediche

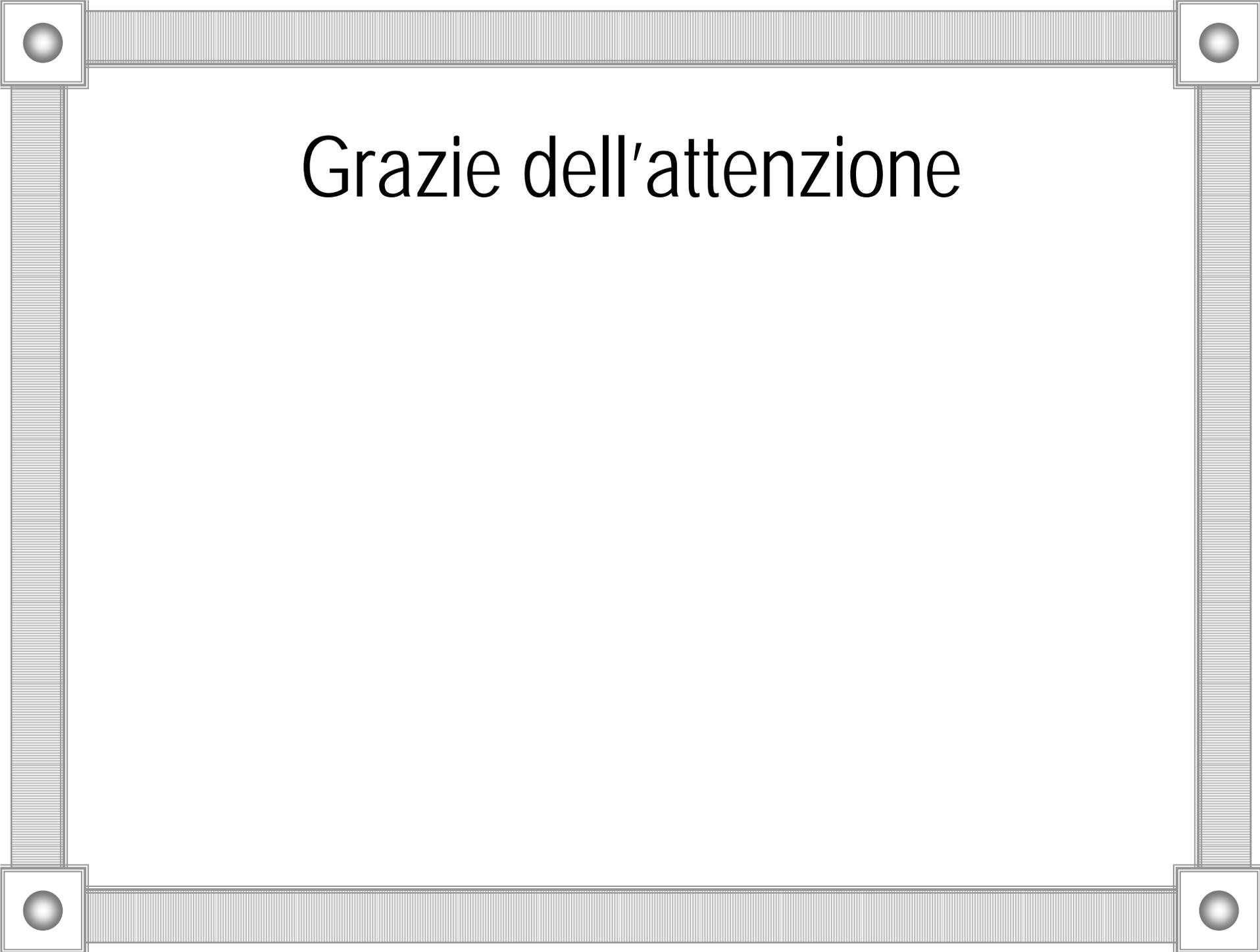
Saper fare: acquisire la giusta manualità

Saper essere: Professionale, Responsabile. Efficace.

Saper divenire: Avere la capacità di lavorare secondo obiettivi modificando sempre con l'aggiornamento continuo le conoscenze.

Bibliografia

1. Soccorso preospedaliero – manuale pratico per operatori sanitari soccorritori: centro scientifico editore, 2007
2. Emergenza extraospedaliera: UTET, 2002
3. P.T.C. – I.R.C.- nuove linee guida
4. PHTLS – 2007
5. Urgenze ed emergenze: Chiaranda, 2007



Grazie dell'attenzione