



MOTOSOCCORSO DI BASE

***Consigli sul primo soccorso, cosa fare e non fare
se ci si trova di fronte ad un infortunato. Utile per
tutti i giorni anche dentro le mura domestiche.***



WWW.motociclisti-incolumi.com

Realizzato da Daniele "Sincro", soccorritore esecutore in ambulanza da 4 anni per conto della Centrale Operativa 118 Area Brianza in Lombardia. Autista, capo servizio ed anche Operatore D.A.E., uno dei primi operatori certificati dalla regione autorizzato per la defibrilazione precoce.

Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, di testi previa l'autorizzazione dell'autore. Per contattarlo: sincro@virgilio.it.

Desktop publishing gene79. Per segnalare eventuali errori: gene79@libero.it

Associazione Motociclisti Inc...olumi
www.motociclisti-incolumi.com
info@motociclisti-incolumi.com



Indice

- Emorragie 5
- Lesioni spinali 8
- Stato di shock 10
- Trauma cranico 12

Emorragie

Il termine emorragia indica la perdita di sangue da un vaso sanguigno.

Le emorragie possono essere classificate sulla base:

- della *provenienza arteriosa o venosa* del sangue;
- alla *fuoriuscita del sangue* (emorragie esterne);
- alla sua *raccolta in cavità interne dell'organismo* (emorragie interne).

Emorragie esterne

- **EMORRAGIE ARTERIOSE:** Il sangue di colore rosso vivo fuoriesce a flotti, zampilli, sincroni con la contrazione cardiaca.
- **EMORRAGIE VENOSE:** Il sangue di colore rosso più scuro fuoriesce con un flusso costante.

L'*emostasi*, ovvero l'arresto di una emorragia, può essere attuata mediante le seguenti procedure:

1) PRESSIONE DIRETTA (nel caso di emorragie venose):

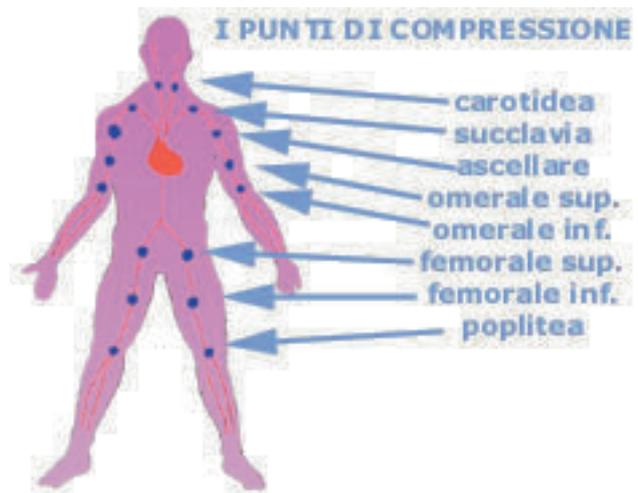
- Comprimerne la ferita ponendo su di essa una medicazione sterile compressiva;
- Esercitare una pressione sulla ferita, eventualmente fissare la medicazione con una fasciatura;
- Qualora la medicazione fosse intrisa di sangue, non rimuoverla! Sovrapponile una seconda garza!;
- Sollevare l'arto (se il paziente non è traumatizzato!).

2) PUNTI DI COMPRESSIONE (nel caso di emorragie arteriose):

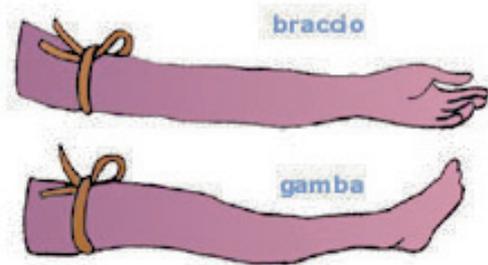
- Procedere con l'emostasi locale con la pressione diretta, come descritto sopra;
- Se non si riesce ad arrestare l'emorragia, esercitare una pressione con le dita della mano o con una mano chiusa a pugno sul punto a monte dalla lesione, dove l'arteria scorre superficialmente e in prossimità di un piano osseo contro il quale può essere compressa.

3) LACCIO EMOSTATICO (solo nel caso di emorragie arteriose in seguito ad amputazione):

- Ponete una medicazione sterile sul moncone dell'arto amputato;
- Applicate il laccio emostatico due dita sopra il margine dell'arto amputato, stringendolo bene;
- Scrivete sulla fronte del paziente l'ora esatta in cui avete applicato il laccio emostatico;
- Mantenete il laccio per un massimo di 15 minuti, trascorsi i quali dovrete allentare il laccio emostatico per almeno 10 minuti, al fine di consentire la ripresa della circolazione.



Nel caso di emorragie esterne, oltre a praticare l'emostasi il soccorritore dovrà prevenire lo stato di shock. (ecco perchè ne ho parlato nella seconda puntata).



Emorragie interne

È piuttosto difficile riconoscere la presenza di una emorragia interna, ma si deve sospettare quando il paziente presenti i seguenti segni e sintomi:

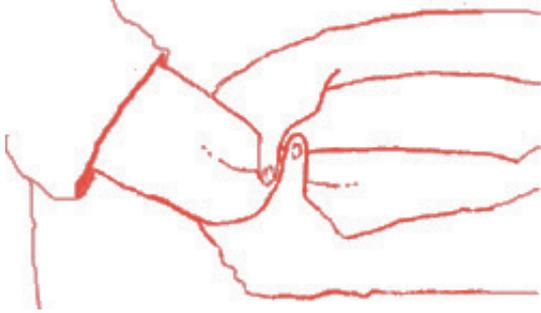
- Perdita di sangue dal naso (**epistassi**);
- Vomito ematico (**ematemesi**) o tosse mista a sangue (**emottisi**);
- Emorragie dal retto (**melena**) o dalla vagina (**metrorragia**);
- Sangue nelle urine (**ematuria**);
- Traumi addominali con addome dolente e contratto (**difeso**);
- Traumi toracici con contusioni o fratture costali;
- Fratture di bacino;

L'unico sintomo guida nella determinazione di una emorragia interna è lo *stato di shock*. Ovviamente il soccorritore non può fare nulla nel caso di una emorragia interna, se non prevenire lo stato di shock.

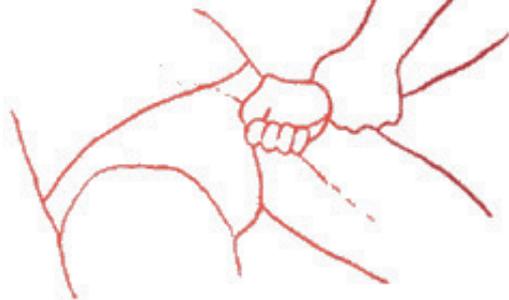
Punti di compressione



**compressione dell'arteria
omeroale inferiore**



**compressione dell'arteria
femorale superiore**



**compressione
dell'arteria femorale**



**compressione dell'arteria
poplitea**



Lesioni spinali

Questo è un argomento molto importante e (purtroppo) molto frequente negli incidenti che coinvolgono motociclisti.

Come si sa, la colonna vertebrale serve per fornire un supporto scheletrico alle parti molli del corpo e per proteggere il *midollo spinale*.

Quest'ultimo è contenuto all'interno del canale vertebrale, ed è costituito da un insieme di fibre che conducono gli impulsi dal corpo al cervello e viceversa.

Per questo se viene lesionata la colonna vertebrale si rischia di rimanere paralizzati; vengono recise le fibre nervose e si troncano i collegamenti con tutte le periferie del corpo.

È come far crollare un ponte, unica via di comunicazione con un paesino isolato. Però quel ponte *non potrà mai più essere ripristinato* purtroppo.



Meccanismi di lesione

- **Iperestensione** (Urto posteriore)
- **Iperflessione** (Urto frontale)
- **Stiramento laterale** (Urto laterale)
- **Compressione** (schiacciamento da caduta in piedi)
- **Rotazione**
- **Trazione**

Un eccessivo movimento può determinare *tre tipi di lesioni*:

- 1)** Le **fratture vertebrali** sono prodotte in seguito ad urti di notevole intensità, possono compromettere il midollo spinale direttamente tagliandolo oppure indirettamente attraverso una lesione vascolare.
- 2)** La **dislocazione** o **sub-lussazione vertebrale** è generalmente prodotta da un trauma importante alla testa o al collo, ciò determina un disallineamento di una vertebra che rimane bloccata in una posizione anomala.
- 3)** Una **lesione midollare senza danno strutturale osseo**.

Segni e sintomi

- **Dolore** al capo, al collo o alla schiena, motorio o non-motorio, sempre presente oppure provocato dalla palpazione (Iperestesia);
- **Deficit neurologici** come formicolio (parestesia), insensibilità, debolezza (astenia) o paralisi delle estremità (paresi);
- **Lesioni associate** alla testa, collo o schiena;
- **Perdita del controllo volontario** dell'intestino e della vescica;
- **Shock spinale: paziente ipoteso (bassa pressione arteriosa), bradicardico (frequenza cardiaca rallentata), con cute calda e secca.**

Trattamento

Prima di tutto chiamare il **118** specificando con molta calma ciò che è successo e dando + informazioni possibili che l'operatore di centrale vi chiederà.

Nel frattempo, attendendo l'arrivo dei soccorsi sanitari, **impedire al paziente di togliere il casco e di muoversi** (immobilizzare il rachide tenendo fermo il casco), **tranquillizzarlo** (molto importante il supporto psicologico).

Stato di shock

Prima di tutto sfatiamo il mito derivante dai telegiornali quando dicono “l'uomo è in stato di shock...”; quello si chiama shock emotivo ed è un'altra cosa.

Lo stato di shock rappresenta una condizione patologica determinata da **insufficienza circolatoria acuta** con **grave riduzione e ineguatezza della perfusione dei tessuti vitali** e con un'ampia gamma di conseguenze a livello di tutto l'organismo.

Cause:

1) Perdite di liquidi organici:

- emorragie interne ed esterne;
- ustioni;
- sudorazione importante, vomito e diarrea.

2) Dilatazione improvvisa del letto circolatorio:

- dolore ed emozione violenta;
- traumi toracici ed addominali, schiacciamento e sfracellamento di arti.

3) Danni dell'apparato cardio-respiratorio:

- arresto cardiaco;
- insufficienza ed arresto respiratorio.

Segni e sintomi:

- 1) **La cute** del volto e di tutto il corpo è pallida, fredda e sudata;
- 2) **Le labbra**, dita e unghie sono cianotiche ovvero bluastre;
- 3) **Respirazione:** rapida e superficiale (20-40 atti al minuto anziché 14-16);
- 4) **Polso:** flebile (difficile da rilevare) e frequente (120-140 battiti al minuto);
- 5) Il paziente normalmente è cosciente, ma talvolta si **riduce la sensibilità al dolore** e può comparire uno **stato di torpore** o di agitazione.

Trattamento:

- 1) Ovviamente la prima cosa da fare è **bloccare comprimendo un'eventuale emorragia**;
- 2) **Impedire che il paziente perda calore** corporeo coprendolo con coperte o giornali;
- 3) Porre il paziente in **posizione antishok** (SE NON È TRAUMATIZZATO) con i piedi verso l'alto in modo da facilitare l'affluire del sangue a cervello e cuore;
- 4) Non dare **mai da bere**.

posizione antishock
con l'ausilio di una sedia



E ora una chicca: un metodo per rilevare uno stato di shock è il **test del riempimento capillare**. È sufficiente premere per qualche secondo il letto ungueale (schiacciare un'unghia) del paziente e valutare il tempo necessario perchè il colorito torni roseo, se questo è superiore a 2 secondi il paziente è in shock.

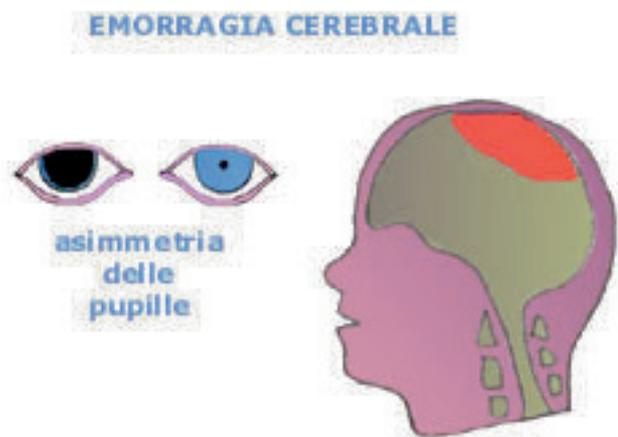


Trauma cranico

Ci si trova di fronte ad un **trauma cranico** quando una qualsiasi tipo di forza colpisca la scatola cranica, pur senza lesioni esterne visibili, in grado di provocare gravi danni o anche la morte. È bene quindi trasportare tutti i traumatizzati cranici in ospedale per controllo medico, ma il soccorritore può già rendersi conto della presenza di una lesione celebrale quando compaiono i seguenti segni:

- 1) **Vomito;**
- 2) **Agitazione psicomotoria o torpore;**
- 3) **Polso pieno e lento (40-50 battiti al minuto);**
- 4) **Stato confusionale, perdita della memoria;**
- 5) **Perdita di coscienza;**
- 6) **Anisocoria o asimmetria delle pupille.**

Anisocoria: nel caso in cui foste in possesso di una torcia elettrica, tenendo l'occhio del paziente aperto, lo stimolate con la luce. Le pupille normalmente si dilatebbero entrambe, se una delle due rimane impassibile alla stimolazione, allora si è di fronte ad un caso di trauma cranico con la lesione in corrispondenza del lato che non reagisce (vedi figura a lato).



- 7) **OTTORAGIA:** Sangue dall'orecchio;

RINORRAGIA: Sangue dal naso;

OTTORREA: Liquido biancastro dall'orecchio;

RINORREA: Liquido biancastro dal naso.

In questo ultimo caso ci si trova di fronte ad un **GRAVE TRAUMA CRANICO**. **NON fate l'errore di bloccare la fuoriuscita di questi liquidi tappando naso e orecchie, anzi, favorite l'uscita delle sostanze inclinando MOLTO DOLCEMENTE il capo.**

Ma qual è il vero problema del trauma cranico?

La pressione intracranica.

Quando si verifica un trauma cranico all'interno della calotta cranica si creano dei versamenti di sangue, emorragie, ed essendo il cervello protetto in una scatola rigida, non espandibile, la pressione all'interno della calotta cranica inizia a crescere, riflettendosi sul cervello che ne soffre, fino a perdere le sue funzioni e riportando gravi danni. Appunto per questo bisogna favorire la fuoriuscita dei liquidi, per evitare che si innalzi ulteriormente la pressione intracranica.

