



Università degli
Studi di Ferrara



Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non

Edward Cesnik & Enrico Granieri

edward.cesnik@unife.it

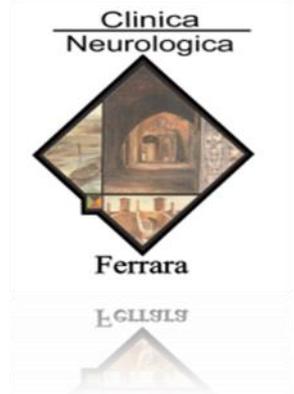
enrico.granieri@unife.it

Corso di Laurea Educatore Professionale Sanitario
Università di Ferrara sede di Rovereto



Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non



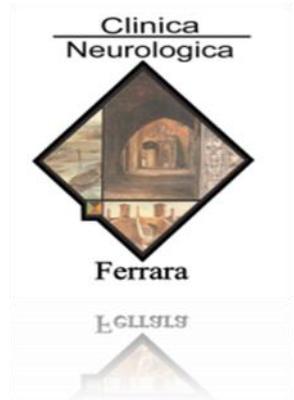
Programma

1. Nozioni di primo soccorso
 - 7 parti (Nozioni generali, BLS, disordini dello stato di coscienza, intossicazioni, disordini del comportamento)



Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non

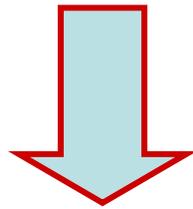


Parte 1:

DEFINIZIONI GENERALI

Definizione di primo soccorso

- Il **primo soccorso** consiste in una serie di manovre da applicare nel caso una persona sia colpita da un malore (di qualsiasi natura) o da un trauma.



preservare la vita del soggetto che si soccorre o migliorarne le condizioni generali o comunque evitarne il peggioramento

Definizione di primo soccorso

L'addetto al primo soccorso deve porsi nelle condizioni di :

1. effettuare l'approccio adeguato alla persona infortunata
2. salvaguardare se stesso
3. salvaguardare l'infortunato
4. chiamare il soccorso esterno
5. soccorrere l'infortunato

La catena del Soccorso

La sequenza di operazioni di soccorso ad una persona in difficoltà per motivi di salute può essere rappresentata da una serie di **anelli uniti in una catena**;

se uno o più anelli sono assenti o allungati, il soccorso non sarà adeguato e la persona avrà maggiori conseguenze di salute

La catena del Soccorso

Davanti a un'emergenza è importante :

- Mantenere la calma
- Osservare molto bene la situazione
- Riflettere e agire con tempestività ed efficacia.

Fasi della catena:

1. Fase 1: **COMPRENDERE**
2. Fase 2: **LA CHIAMATA**
3. Fase 3: **IN ATTESA DEI SOCCORSI**
4. Fase 4: **L'ARRIVO DEI SOCCORSI**

La catena del Soccorso

Fase 1: COMPRENDERE

- Bisogna sempre ricordarsi che davanti a un malore o a un incidente per prima cosa bisogna **osservare e capire cosa sta succedendo.**
- Per rendersi conto della situazione, naturalmente, ci vuole un po' di tempo, ma non è tempo sprecato è un'operazione fondamentale!

La catena del Soccorso

Fase 1: COMPRENDERE

- Il primo soccorso è efficace se si individuano tempestivamente le **lesioni**, le loro **cause** e se si distinguono le **lesioni che mettono in immediato pericolo la vita**.
- Solo dopo questa prima indagine si possono chiamare i soccorsi.

La catena del Soccorso

Fase 2: LA CHIAMATA

Modalità di allerta della Centrale Operativa 118



La catena del Soccorso



Fase 2: LA CHIAMATA



- È bene specificare il **nome di chi chiama**, se è possibile **lasciare un recapito telefonico**, **specificare cosa è accaduto e dove**, fornendo tutte le notizie che possono essere utili, per esempio quanti feriti ci sono, **quando è avvenuto il fatto**, quali sono le loro condizioni, **pericoli presenti** (ambientali, sostanze tossiche, infiammabili etc.)

La catena del Soccorso



Fase 2: LA CHIAMATA



- È molto importante, riferire cosa sta succedendo: in tal modo i soccorritori arriveranno con la giusta urgenza e con la giusta strumentazione, evitando successive perdite di tempo.
- Comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione delle condizioni della vittima o dell'evento
- La richiesta di soccorso deve essere precisa.

La catena del Soccorso



Fase 2: LA CHIAMATA



- Tutte queste informazioni sono preziosissime per migliorare la qualità e la tempestività del soccorso, non sono una lungaggine burocratica o una perdita di tempo.
- Il recapito telefonico è prezioso nel caso i dati del luogo dell'infortunio non siano chiari o siano fraintesi, in questo modo i soccorritori possono richiamare per ulteriori precisazioni.

La catena del Soccorso



Fase 2: LA CHIAMATA



- Il più delle volte, invece, chi chiama i soccorsi è agitato e confuso, dimentica di specificare il luogo, non sa esprimere cosa succede, si limita a dire di fare presto perché c'è qualcuno che sta male, indicazioni, queste, troppo generiche per poter dare al soccorritore gli elementi per arrivare preparato e con la giusta attrezzatura.

Infatti a seguito della chiamata il 118 può inviare:

- Auto con soccorritori
- Auto con infermiere
- Auto medicalizzata
- Trasporto con anestesista e rianimatore



La catena del Soccorso

Fase 3: IN ATTESA DEI SOCCORSI

- In attesa dei soccorsi qualificati e dotati della giusta strumentazione, il soccorritore sul luogo può finalmente **procedere alla fase di assistenza e di applicazione delle manovre di primo intervento** che servono a preservare la vita dell'infortunato, a migliorarne le condizioni generali o comunque a evitarne il peggioramento.

La catena del Soccorso



Fase 3: IN ATTESA DEI SOCCORSI



COSA NON FARE:

- MAI mettere in piedi o seduto l'infortunato o chi ha ripreso da poco conoscenza
- MAI somministrare bevande o cibi a infortunato o a chi ha turbe della coscienza (tranne che non sia documentata da paziente o familiari storia di crisi ipoglicemiche)
- MAI far vomitare l'intossicato con alterazione della coscienza
- MAI spostare l'infortunato in modo inadeguato o caricarlo in auto
- MAI togliere il casco di protezione ai motociclisti se unico soccorritore
- MAI togliere scarpe o pantaloni
- MAI mettere cose nè oggetti sotto la testa delle persone non coscienti

La catena del Soccorso

Fase 4: L'ARRIVO DEI SOCCORSI

- All'arrivo dei soccorsi qualificati si devono **fornire tutte le informazioni richieste e utili per delineare cosa è successo.**
- L'infortunato sarà quindi consegnato alle cure del personale di un'ambulanza che lo trasporterà nel migliore dei modi in un pronto soccorso.



La tutela del soccorritore

- Nelle situazioni di emergenza bisogna fare attenzione, a volte il soccorritore può andare incontro a dei rischi.
- Il primo principio che il soccorritore deve costantemente tenere presente è di cercare di intervenire **SENZA PERDERE LA PROPRIA INCOLUMITA'**.



CAMION FUORI STRADA, SOCCORRITORE INVESTITO

Lunedì, 07 Gennaio 2013 19:30

Incidenti a catena questa mattina sulla statale della Valsugana all'altezza di Selva di Grigno. Un camion, complice il fondo ghiacciato, si è ribaltato finendo fuori strada. Stessa sorte per un'auto che lo seguiva. Marco Tessaro, operatore ecologico 40enne di Pieve Tesino, fermatosi a soccorrere l'autista, è stato travolto da una Punto bianca. Il conducente in stato di chock prima è rimasto immobile per qualche minuto, quindi è fuggito, per poi costituirsi ai carabinieri di Borgo.

Omissione di Soccorso

- Di fronte a un malore o a un incidente, è **obbligo del cittadino intervenire**, altrimenti compie un reato di **omissione di soccorso**, punibile penalmente con la reclusione.
- In base *all'articolo 593* del codice penale il cittadino non è obbligato a intervenire direttamente, soprattutto se non è esperto, ma **deve avvertire le autorità preposte**: il numero per le emergenze sanitarie è il 118, e in alternativa si possono sempre chiamare il numero di pronto intervento 113, i carabinieri, i vigili del fuoco, il servizio ambulanze, il medico, e così via.

Omissione di Soccorso

Articolo 593

Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa (1), omette di darne immediato avviso all'Autorità (2) è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a duemilacinquecento euro (3).

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato (4), ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo (5), omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità (6).

Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata [64]; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata (7).

Note

- (1) Nonostante l'espressione "chiunque" si ritiene che si tratti di un reato proprio, in quanto il soggetto attivo deve trovarsi in una particolare condizione ovvero deve avere trovato il soggetto passivo in uno stato di abbandono, sia morale sia materiale, oppure in uno stato di smarrimento, situazione in cui il soggetto appare incapace di orientarsi.
- (2) Si tratta di una condotta omissiva che si considera integrata quando l'avviso non è giunto immediatamente a qualsiasi autorità più velocemente raggiungibile.
- (3) Tale comma è stato così modificato ex art. 1, della l. 9 aprile 2003, n. 72, che ha aumentato il trattamento sanzionatorio prima previsto nella della reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila.
- (4) Deve trattarsi di **una persona viva**, in quanto se fosse morta si configurerebbe un reato impossibile.
- (5) Affinchè possa dirsi integrato il reato in esame **deve trattarsi di un pericolo serio e concreto**.
- (6) Tale condotta omissiva si realizza **quando non viene prestata una delle forme di aiuto e intervento necessarie con riguardo al caso concreto**.
- (7) Tradizionalmente vengono ritenute circostanza aggravanti del reato in esame, tuttavia alcuni autori ritengono si tratti di ipotesi autonome di reato di natura preterintenzionale.

Lo stato di necessità

- L'intervento deve essere **PROPORZIONALE** al pericolo che corre il soggetto soccorso.
 - Se in caso di soffocamento, per esempio, il soccorritore lede le vie aeree dell'infortunato nel tentativo di farlo respirare, difficilmente sarà punibile.
- *L'articolo 54* del codice penale stabilisce che non è punibile chi provoca un peggioramento o un decesso dell'infortunato, se opera in **STATO DI NECESSITA'**.

Lo stato di necessità

Articolo 54

Non è punibile chi ha commesso il fatto **per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona**, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.

La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

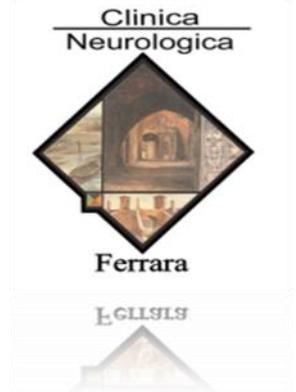
Raccomandazioni generali durante il primo soccorso

- Lavarsi bene le mani con acqua e sapone o indossare guanti in vinile o lattice prima di toccare una ferita o il materiale di medicazione (questo se il setting ambientale lo consente).
- Nelle emorragie esterne importanti, indossare visiera o occhiali prima dell'intervento
- L'utilizzo di farmaci non prescritti per il soggetto a cui si sta prestando il primo soccorso, è riservato esclusivamente al medico.



Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non



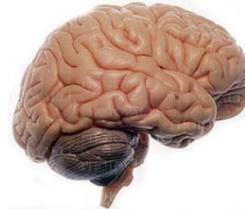
Parte 2:

Nozioni sulla Fisiologia delle
funzioni Vitali (Cuore-Polmone-
Cervello)

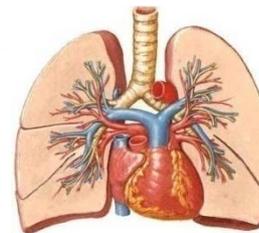
Funzioni Vitali dell'organismo

- Sono funzioni definite “Vitali” perché il difetto o la mancanza di una sola funzione può deteriorare rapidamente le altre, provocando la morte del soggetto.

1. FUNZIONE CEREBRALE



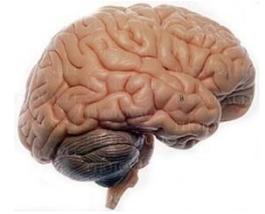
2. FUNZIONE RESPIRATORIA



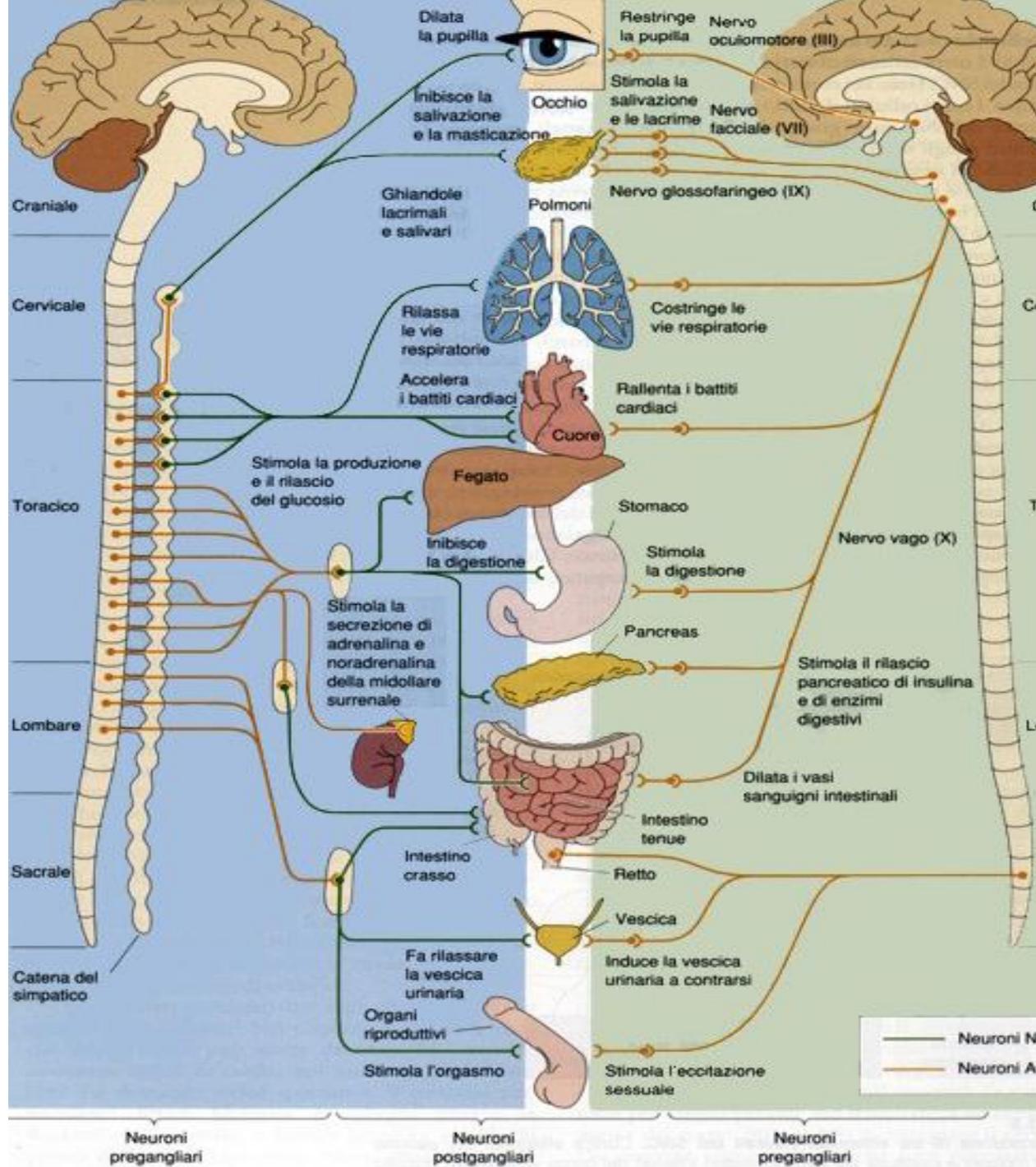
3. FUNZIONE CARDIO-CIRCOLATORIA



La funzione cerebrale

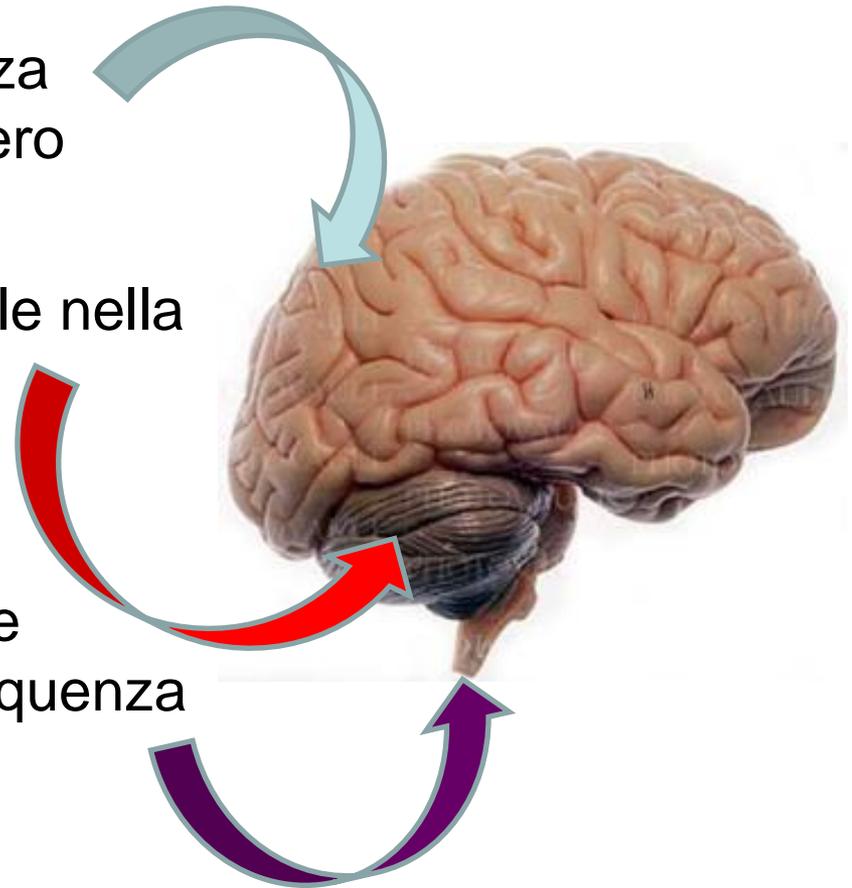


- Il sistema nervoso rappresenta l'insieme delle strutture che regolano e controllano ogni attività del corpo umano, ed è suddiviso in :
 1. **Sistema Nervoso Centrale** (Cervello e Midollo Spinale)
 2. **Sistema Nervoso Periferico** (nervi sensitivi e motori che collegano Cervello e Midollo Spinale a organi, muscoli, tessuti)
 3. **Sistema Nervoso Vegetativo** (compreso all'interno delle strutture del cervello e del midollo spinale, invia nervi al cuore, alle ghiandole e ai vasi)

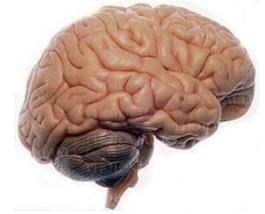


La funzione cerebrale

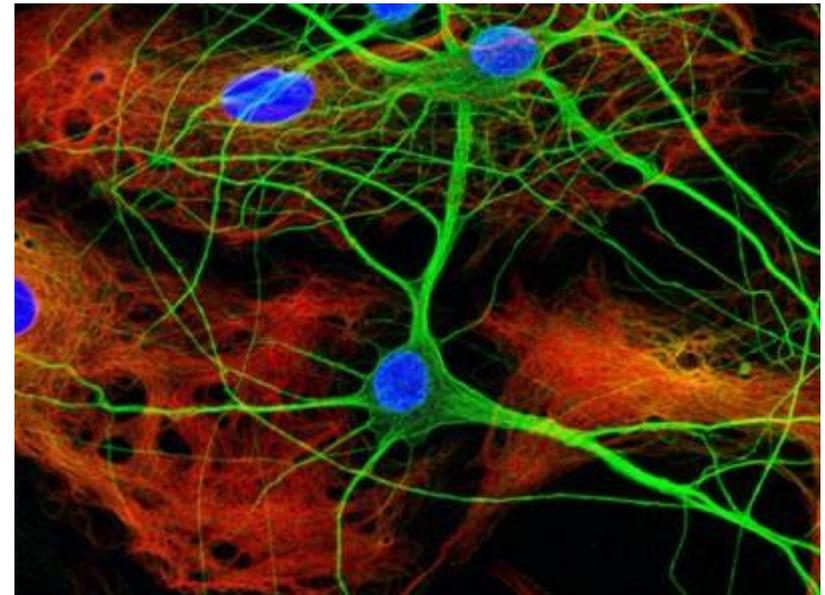
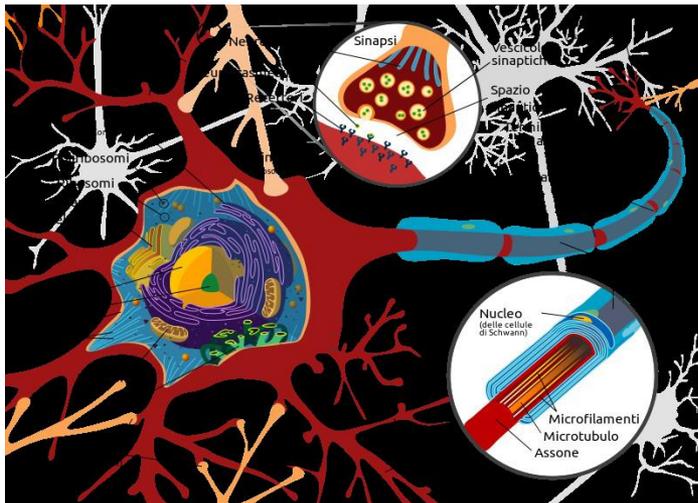
- **Cervello:** centro della coscienza dell'autocoscienza e del pensiero
- **Cervelletto:** ruolo fondamentale nella coordinazione dei movimenti e dell'equilibrio
- **Tronco encefalico:** controlla le funzioni vegetative come la frequenza cardiaca e respiratoria



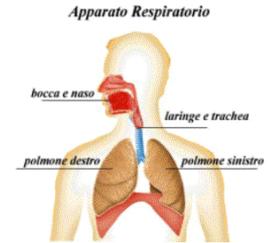
La funzione cerebrale



- Tutte queste strutture come tutto il sistema nervoso è costituito da milioni di cellule che si chiamano NEURONI
- NEURONI: cellule nervose sensibilissime ai danni ischemici, cioè alla mancanza di Ossigeno e una volta distrutte non si Rigenerano → DANNI IRREVERSIBILI!!!!!!!



La funzione respiratoria



- La respirazione è l'atto automatico della introduzione ed emissione di aria dal naso e/o dalla bocca
- La funzione dell'apparato respiratorio è quella di introdurre Ossigeno dall'ambiente esterno nel sangue e di eliminare anidride carbonica dall'organismo (Aria inspirata atmosferica: O₂ 21%; Aria espirata: O₂ 16%).
- *Le cellule del corpo funzionano solo con un apporto continuo di ossigeno, indispensabile per metabolizzare (bruciare) le sostanze nutritive portate col sangue.*

La funzione respiratoria

1. VIE AEREE/POLMONI

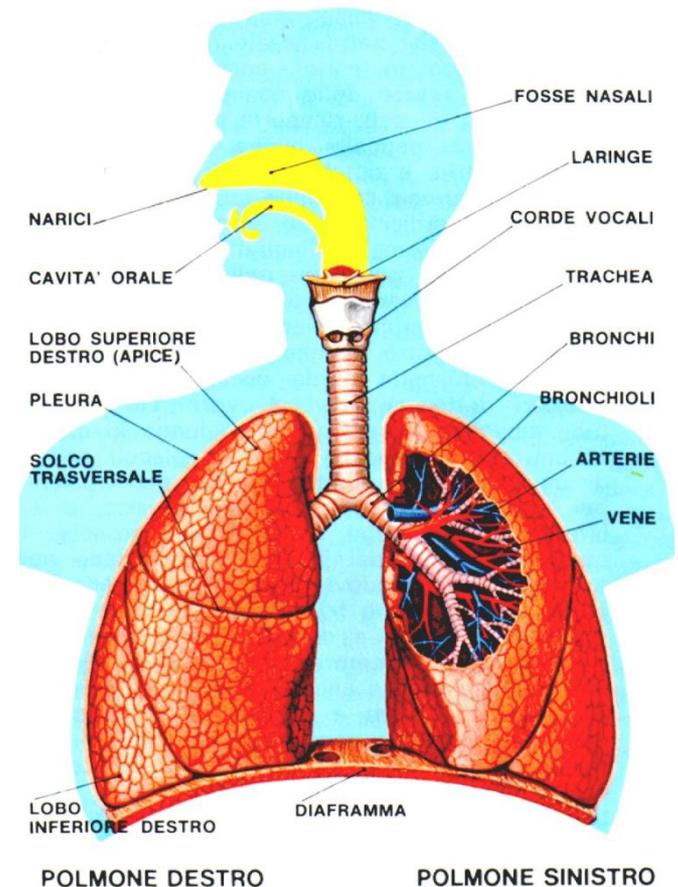
(bocca, naso, faringe, laringe, trachea, bronchioli, alveoli)

2. SISTEMA NEUROMUSCOLARE

(centri del respiro nel tronco encefalo, nervi e muscoli respiratori, gabbia toracica, diaframma)

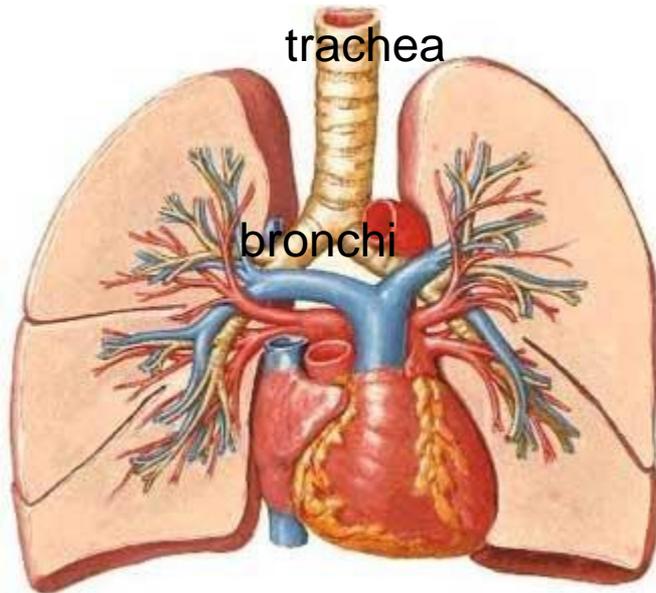
4. ARTERIE, CAPILLARI E VENE.

APPARATO RESPIRATORIO

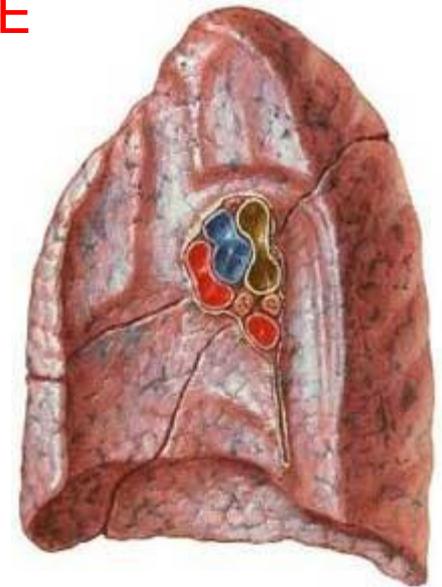


La funzione respiratoria

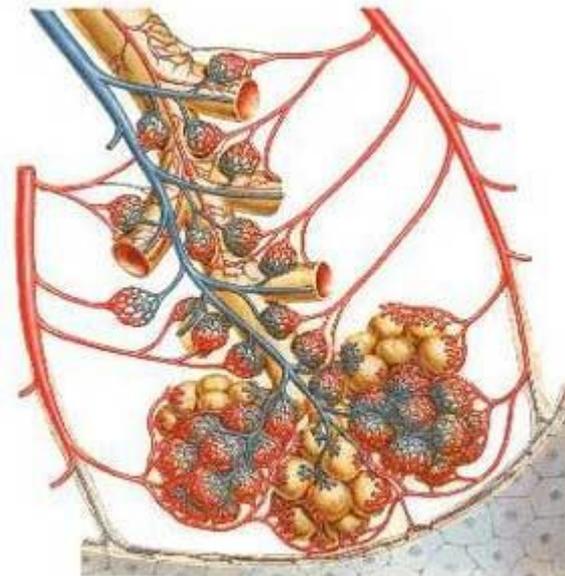
GROSSE VIE AEREE



POLMONE

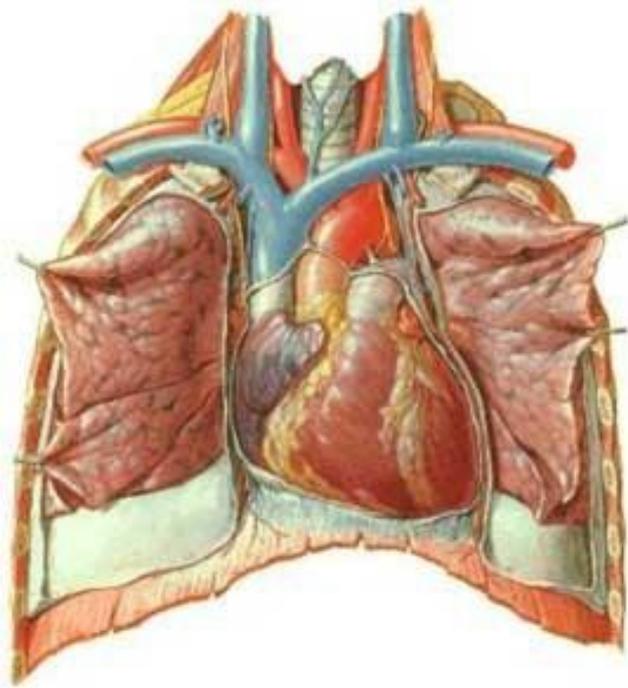


ALVEOLI POLMONARI

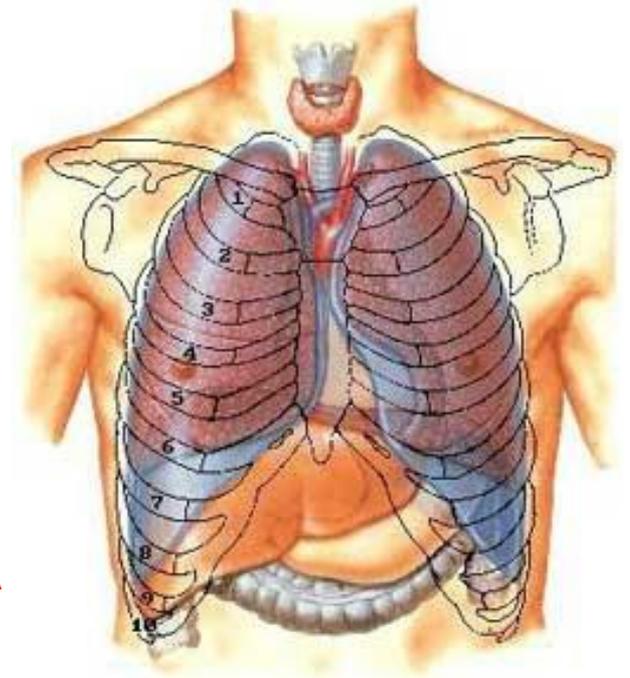


La funzione respiratoria

POLMONI



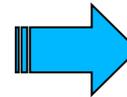
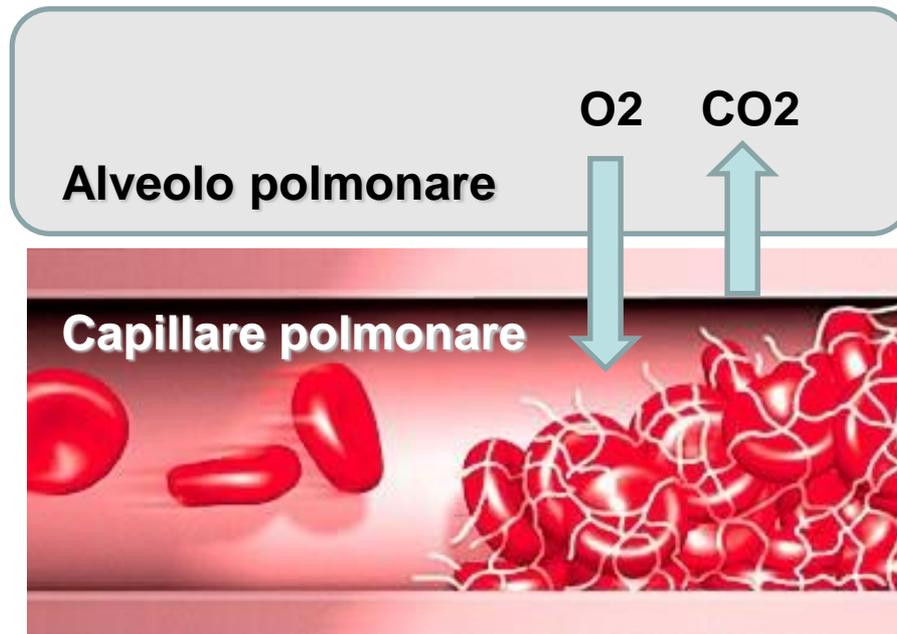
GABBIA
TORACICA



La funzione respiratoria



- Negli alveoli polmonari (le vie aeree più piccole) avviene lo scambio di ossigeno proveniente dall'aria e di anidride carbonica proveniente dal sangue dei capillari polmonari.

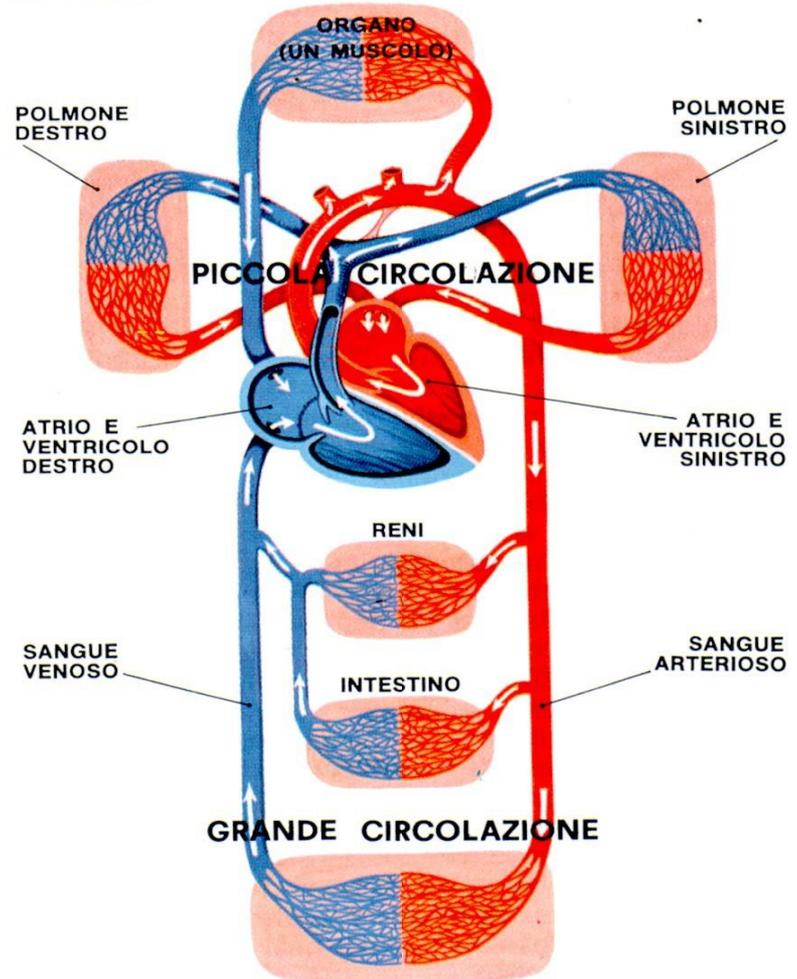


La funzione cardiocircolatoria

La funzione cardiocircolatoria consente di portare il sangue carico di ossigeno (ricevuto dai polmoni) ai tessuti che necessitano di ossigeno.

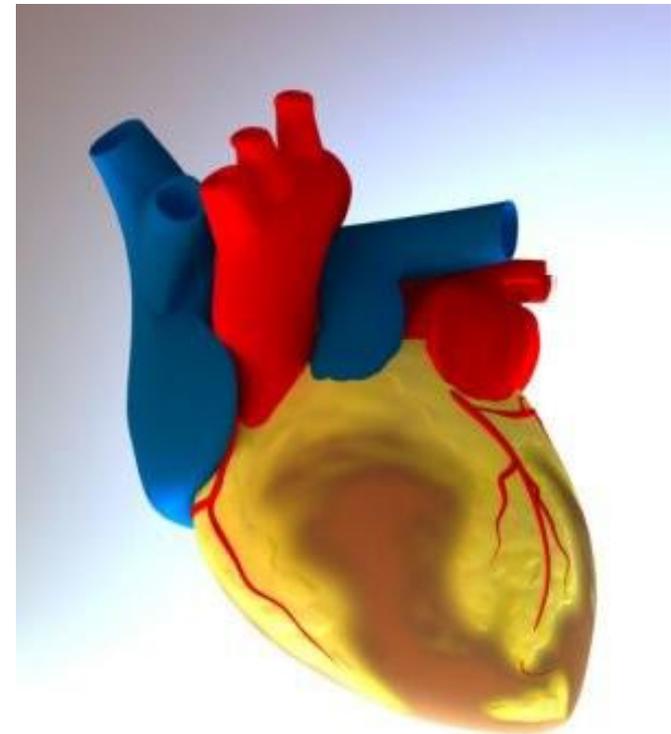
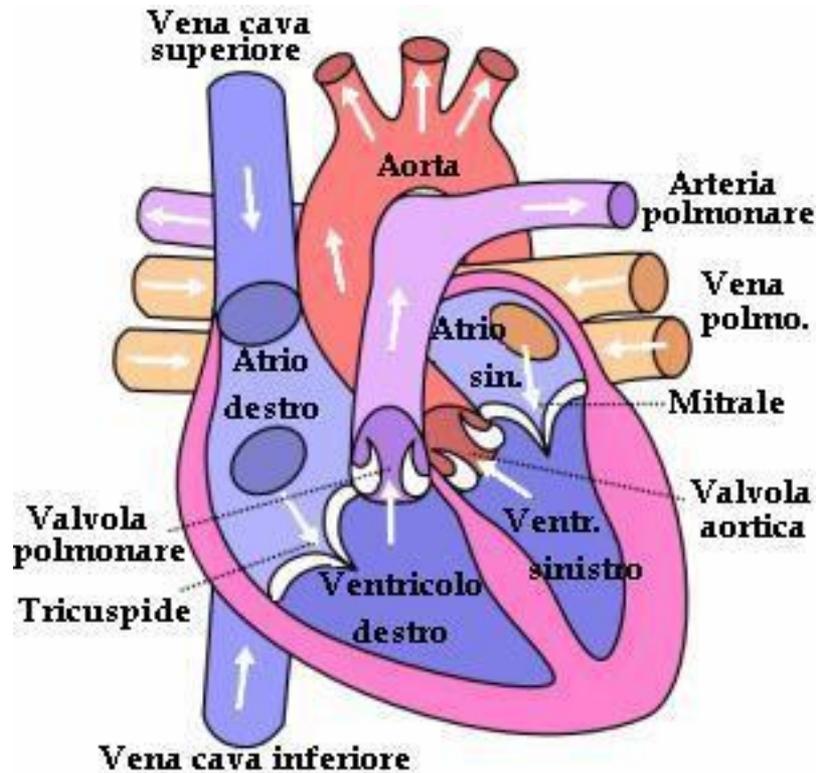
Tutto questo è possibile attraverso un “sistema di pompaggio” del liquido sanguigno (**cuore**) e “tubature” che ne consentono la distribuzione ai tessuti (**vasi**)

SCHEMA DELLA CIRCOLAZIONE SANGUIGNA PICCOLO E GRANDE CIRCOLO



La funzione cardiocircolatoria

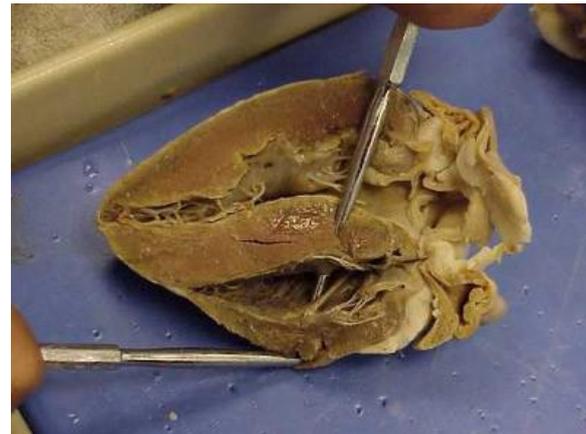
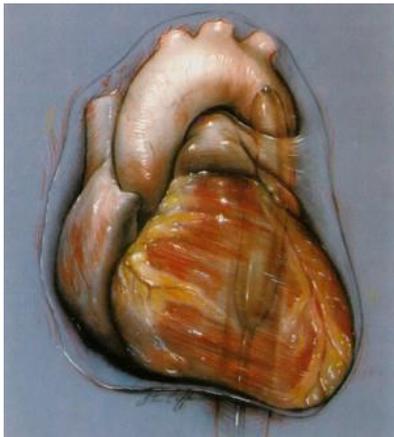
- Sistema di pompaggio → **CUORE**



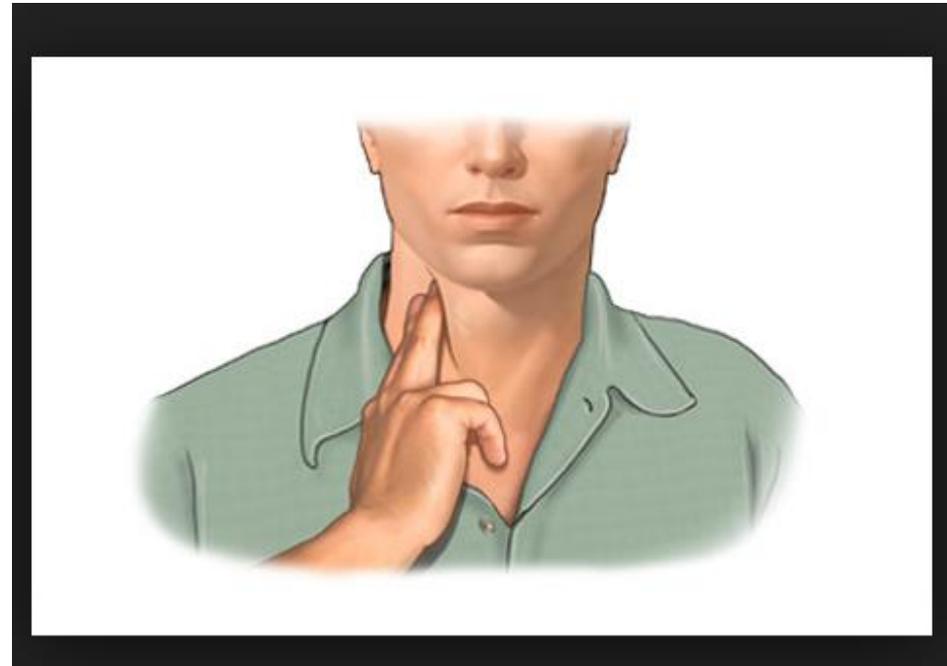
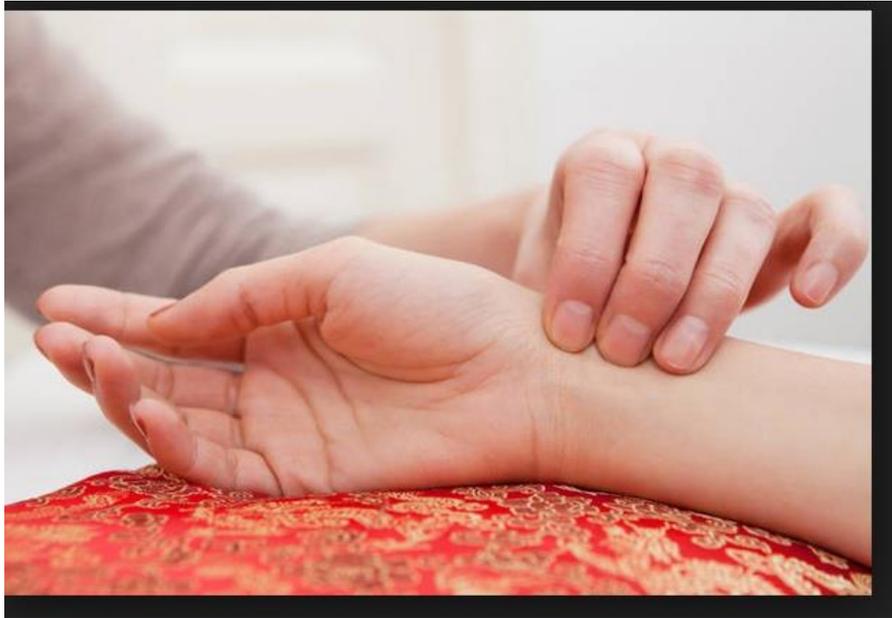
MED ART
www.med-ars.it

La funzione cardiocircolatoria

- Sistema di pompaggio → **CUORE**
- La frequenza cardiaca (n° di battiti cardiaci/minuto) può essere valutata percependo l'onda di pressione che passa nelle arterie e che indica l'azione di pompa del cuore.
- La percezione di quest'onda (POLSO ARTERIOSO) **consiste nella palpazione di un vaso arterioso superficiale dove può essere compresso**: polso radiale, femorale, carotideo



Polso radiale e carotideo

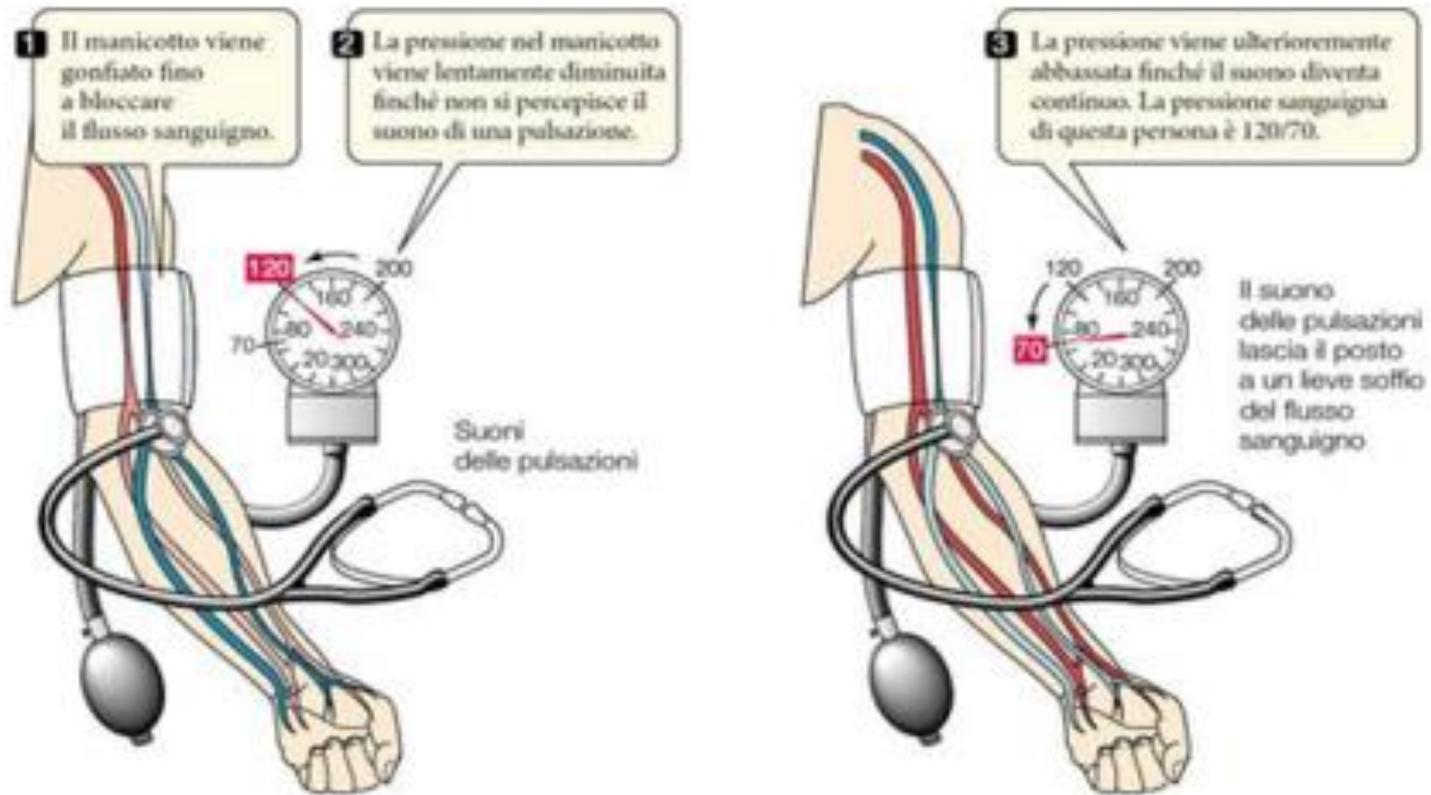


Misurazione pressione arteriosa

**Sfigmomanometro e
Fonendoscopio**



Misurazione pressione arteriosa



**Sfigmomanometro e
Fonendoscopio**



Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non

Clinica
Neurologica



Ferrara

ELLIS

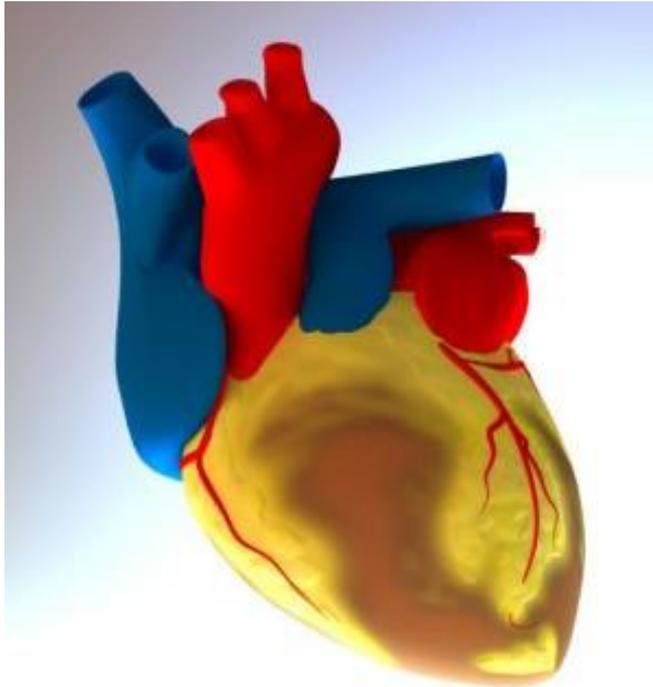
Parte 3:

Basic Life Support (BLS)



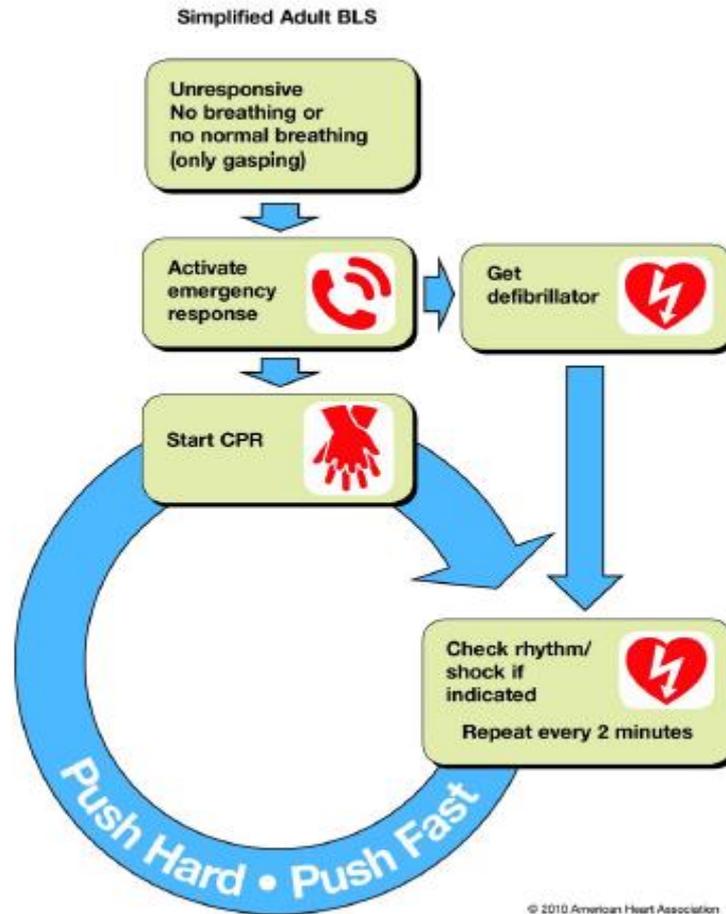
Basic Life Support (BLS)

- **OBIETTIVO:** Garantire una sufficiente ossigenazione di tessuti e circolazione del sangue per preservare gli organi nobili



Basic Life Support (BLS)

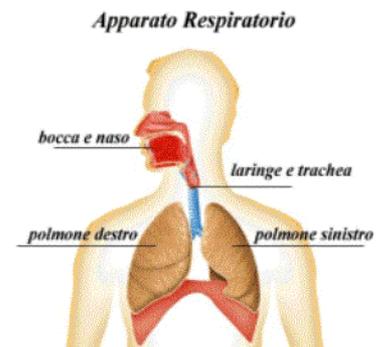
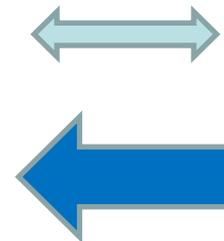
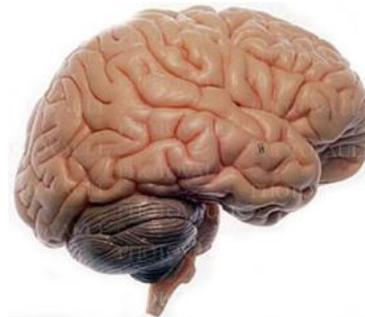
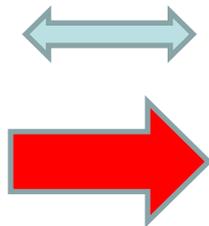
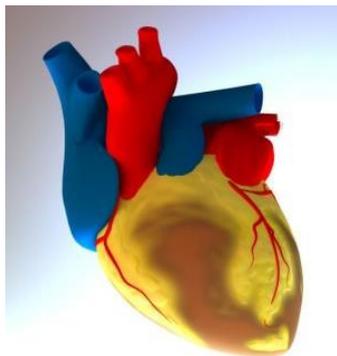
Simplified adult BLS algorithm.



Berg R A et al. *Circulation* 2010;122:S685-S705

BLS: Valutazione dello stato di coscienza

- Lo stato di coscienza è direttamente proporzionale al funzionamento di cervello e tronco-encefalico
- La disfunzione di cervello e tronco-encefalo può essere correlato direttamente a un danno dell'organo stesso o a una disfunzione di una delle altre due funzioni vitali:
 - Disfunzione da ipoafflusso ematico da **alterazione cardiocircolatoria**
 - Disfunzione da ipossiemia da **insufficienza respiratoria**



BLS: Valutazione dello stato di coscienza



1. Valutare lo stato di coscienza



2. Chiamare aiuto



**Attivare
il soccorso
avanzato**

BLS: Valutazione dello stato di coscienza

La valutazione della coscienza si esegue:

- Chiamando la persona a voce alta “come va? Serve aiuto?”
- Contemporaneamente le si scuotono delicatamente le spalle

La Risposta può essere :

Appropriata = persona cosciente

Inappropriata = persona confusa

Assente = persona incosciente

BLS: Valutazione dello stato di coscienza

DISTURBI DELLA COSCIENZA

1. **CONFUSIONE-DELIRIUM**
2. **SONNOLENZA:** si risveglia con stimoli verbali
3. **STUPORE:** si risveglia solo con stimoli intensi meccanici e/o dolorosi
4. **COMA:** il malato non può essere risvegliato. Gli stimoli evocano attività riflesse (motorie, vegetative)

BLS: Valutazione dello stato di coscienza

Terminologia delle modalità di presentazione dei DISTURBI DELLA COSCIENZA

- **STATO CONFUSIONALE:** rallentamento e disordine dei processi mentali
- **LIPOTIMIA:** sensazione di imminente perdita di coscienza con malessere, sudorazione, pallore, disturbi visivi e uditivi
- **SINCOPE O SVENIMENTO:** improvvisa perdita di coscienza di breve durata: secondi - minuti.
- **CONVULSIONI:** improvvisa perdita di coscienza con contrazione dei muscoli, occhi che diventano strabici o rivolti in alto, rigidità del corpo, bava alla bocca
- **COMA:** prolungata perdita di coscienza

BLS: Valutazione dello stato di coscienza

Cosa fare di fronte a un soggetto COSCIENTE

- Assistenza
- Valutare respiro e battito cardiaco se regolari
- Valutare la presenza di traumi o ferite
- Invito al controllo medico
- Prestare soccorso dopo il consenso

Cosa fare di fronte a un soggetto CONFUSO

- Invitare al controllo medico
- Valutare respiro e battito cardiaco se regolari
- Valutare la presenza di traumi o ferite
- Eventuale allertamento del 118
- Assistere sino all'arrivo dei sanitari

BLS: Valutazione della pervietà delle vie aeree

POSIZIONE

- L'infortunato deve essere sdraiato a pancia in su, disteso su un piano rigido o al suolo, meglio se in posizione antishock, a torace scoperto.
- A questo punto bisogna procedere a garantire la pervietà delle vie aeree e prepararsi, nel caso, alla ventilazione.

BLS: Valutazione della pervietà delle vie aeree

A – Airway :

Valutare la pervietà delle vie aeree e liberare le vie aeree (presenza di protesi dentarie, vomito, sangue)



- Occorre effettuare una **IPERESTENSIONE DEL CAPO**
- **NB:** Solo in caso di trauma occorre **EVITARE** l'iperestensione del collo



ALTE VIE RESPIRATORIE

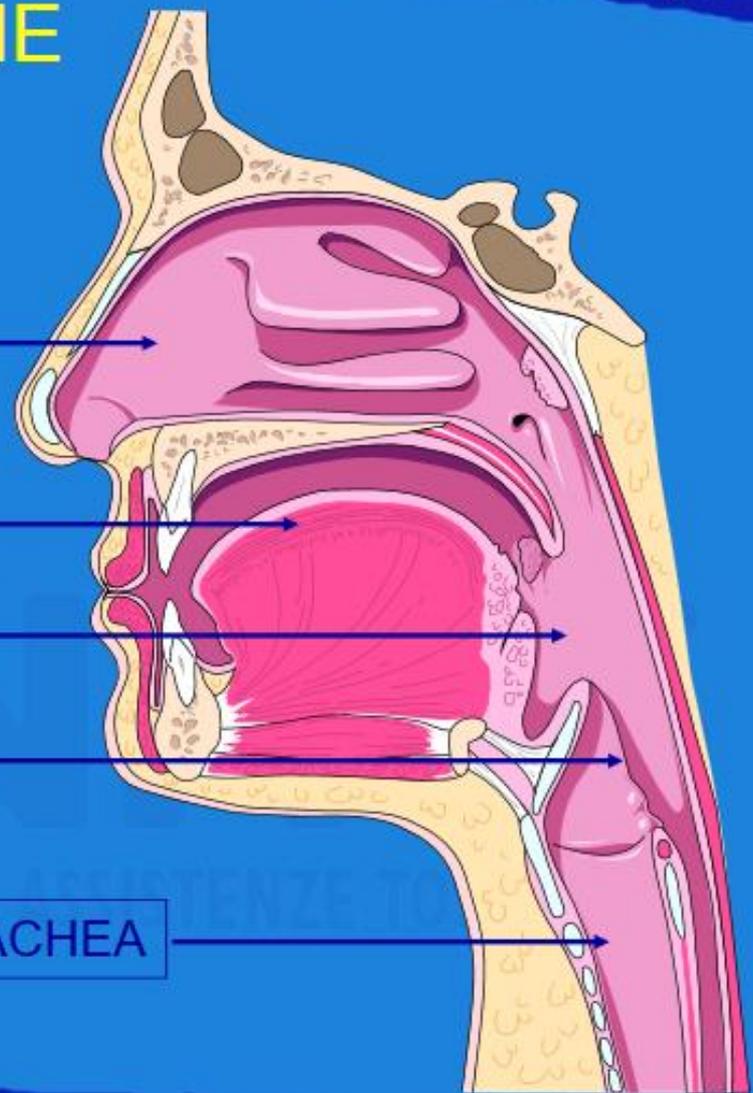
NASO e RINOFARINGE

LINGUA

BOCCA e OROFARINGE

LARINGE (CORDE VOCALI)

TRACHEA



BLS: Valutazione della pervietà delle vie aeree

Come si effettua?

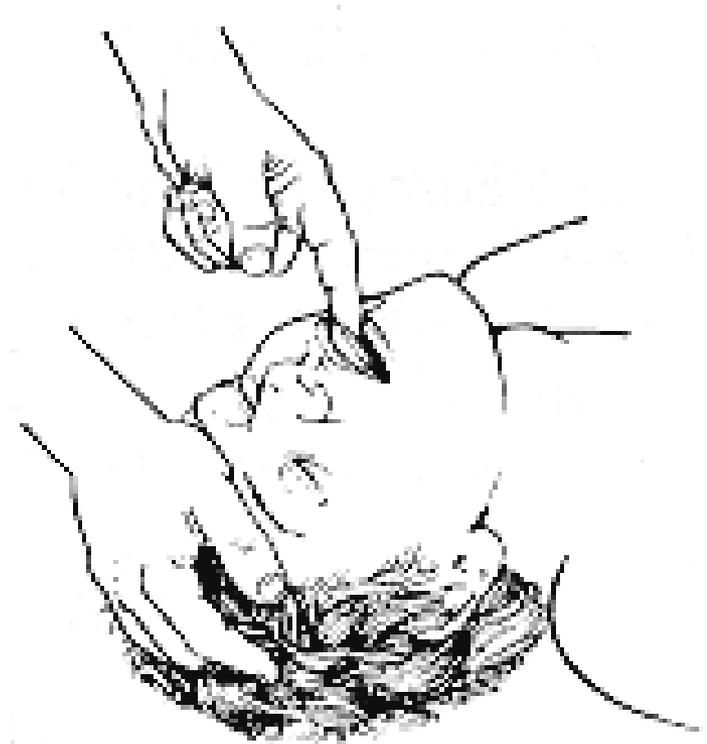
1. Una mano posta sulla fronte che preme all'indietro per estendere il capo.
 2. La trazione del mento (metodo preferenziale per i soccorritori inesperti).
- *Tale metodo è indicato solo nei casi in cui non si sospetti un trauma cervicale.*



BLS: Valutazione della pervietà delle vie aeree

Come si effettua?

3. APERTURA DELLA BOCCA, con il dito dietro i denti, se è presente tono muscolare

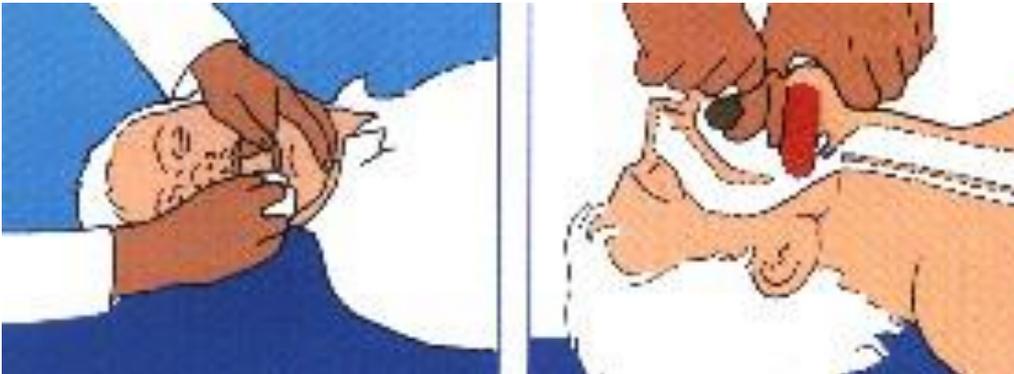


BLS: Valutazione della pervietà delle vie aeree

Come si effettua?

4. RIMOZIONE con le dita indice e medio coperte da un panno, se si tratta di liquidi, o utilizzate come pinza o uncino, se si tratta di solidi.

Con il pollice dell'altra mano, tenere abbassata la lingua



BLS: Valutazione della pervietà delle vie aeree

Cosa NON fare

- NON ruotare lateralmente il collo
- NON flettere il collo
- NON mettere un cuscino sotto la testa.

BLS: Valutazione della ventilazione

Tecnica

GUARDO, ASCOLTO, SENTO

- Si guarda il torace, per verificare la presenza dei movimenti respiratori;
- Si ascolta il rumore dell'aria che esce dalla bocca, avvicinando il proprio orecchio al volto del paziente;
- Si sente il flusso dell'aria che esce dalla bocca o dal naso avvicinando la propria guancia al volto.
- Durante questi controlli per la valutazione del Respiro si mantiene la posizione.

B - *Breathing*:
Valutare la ventilazione

GAS



BLS: Valutazione della ventilazione

Insufficienza Respiratoria

→ RESPIRO ALTERATO INADEGUATO A MANTENERE I LIVELLI NORMALI DI OSSIGENO E ANIDRIDE CARBONICA NEL SANGUE

- L'arresto del respiro/apnea si apprezza con l'**ASSENZA del respiro**
- Arresto respiratorio prolungato ⇔ arresto cardiaco

BLS: Valutazione della ventilazione

Insufficienza Respiratoria

Sintomi/segni:

- Cianosi (pelle blu violacea)
- Dispnea (variazioni della frequenza respiratoria >20 o <10 atti respiratori/min e irregolarità degli atti respiratori)
- Rumori respiratori patologici: fischi, rumori da catarro
- Alterazione stato di coscienza
- Agitazione
- Tosse
- Sudorazione

BLS: Valutazione della ventilazione

Posizione laterale di Sicurezza

- Se il soggetto respira, una volta completata la valutazione verificando la presenza del POLSO CAROTIDEO,
 - Si deve far assumere la posizione laterale di sicurezza (solo per pazienti che NON hanno subito traumi della colonna).
 - Questa posizione permette la fuoriuscita dalla bocca delle secrezioni, del sangue e del vomito eventualmente presenti e previene l'inondamento delle vie aeree.



BLS: Valutazione della ventilazione

Posizione laterale di Sicurezza

- Questa posizione è indicata soprattutto per i pazienti con alterazione dello stato di coscienza con respiro spontaneo conservato, che NON hanno subito traumi
- Ruotare lentamente il paziente sul fianco con il **movimento contemporaneo del capo, delle spalle, del bacino**;



BLS: Valutazione della ventilazione

Posizione laterale di Sicurezza

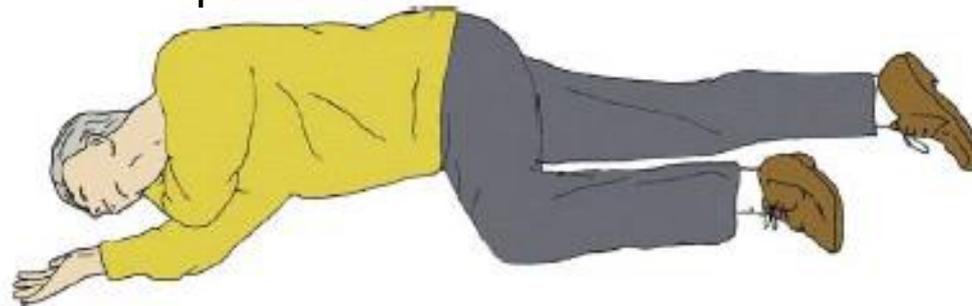
1. Sentire il polso → sollevo un braccio



2. L'altro braccio viene piegato e appoggiato con la mano lateralmente al viso



3. Piego gamba omolaterale a braccio piegato e ruoto il paziente



BLS: Valutazione della ventilazione

Posizione laterale di Sicurezza

COME RUOTARE IL PAZIENTE

1. Estendere il capo all'indietro per assicurare la posizione di pervietà delle vie aeree
2. Mettere un braccio del paziente in estensione (per poterne controllare il polso)
3. Mettere la mano dell'altro braccio rimasto in basso sotto la guancia del paziente in modo da mantenere l'estensione del capo ed evitare che il paziente rotoli sul viso.
4. Faccio perno sulla spalla dell'arto appoggiato al volto e sul ginocchio della gamba omolaterale → ruoto il paziente muovendoli contemporaneamente.
5. Tengo il mio braccio appoggiato alla spalla/schiena del paziente, evitando che ricada in posizione supina

BLS: Valutazione della ventilazione

Posizione laterale di Sicurezza

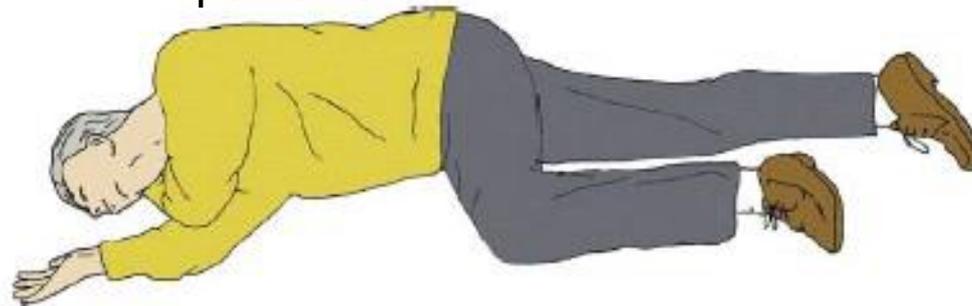
1. Sentire il polso → sollevo un braccio



2. L'altro braccio viene piegato e appoggiato con la mano lateralmente al viso



3. Piego gamba omolaterale a braccio piegato e ruoto il paziente



BLS: Valutazione della ventilazione

SE IL PAZIENTE NON RESPIRA

- Se il soggetto NON respira, bisogna iniziare subito la respirazione artificiale
- La posizione indicata per effettuare le manovre di rianimazione è la **posizione supina allineata**.
- La posizione prona o laterale impedisce l'effettuazione delle manovre di rianimazione (respirazione artificiale e massaggio cardiaco esterno)



BLS: Valutazione della ventilazione

PAZIENTE NON RESPIRA → posizione supina allineata

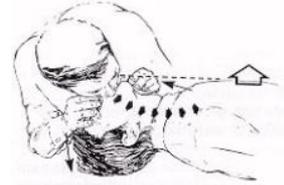
- Tenere capo, collo e torace allineati (in asse).
- Tutte le volte che si sospetta un trauma: aprire la bocca alla vittima sollevandole il mento (la mandibola) senza estendere il capo;
- Se il paziente NON ha subito un trauma: porre una mano sulla fronte e premere all'indietro per estendere il capo esercitando una trazione del mento;
- NON flettere o ruotare il capo.



BLS: Valutazione della ventilazione



**PAZIENTE NON RESPIRA →
Respirazione bocca-bocca**



- La respirazione bocca-bocca rappresenta il modo più semplice e veloce per ventilare la vittima

1. Posizionarsi a lato del paziente
2. Iperestendere il capo e sollevare il mento (NON iperestendere se sospetti un trauma)
3. Occludere il naso con una mano (in alternativa con la guancia)
4. Inspirare profondamente, per erogare un volume di 0,8 - 1 litro
5. Fare aderire bene le proprie labbra intorno alla bocca della vittima
6. Iniziare con 2 insufflazioni
7. Insufflare lentamente per evitare il rigonfiamento dello stomaco
8. Controllare l'espansione del torace
9. Assicurare che l'espirazione avvenga liberamente

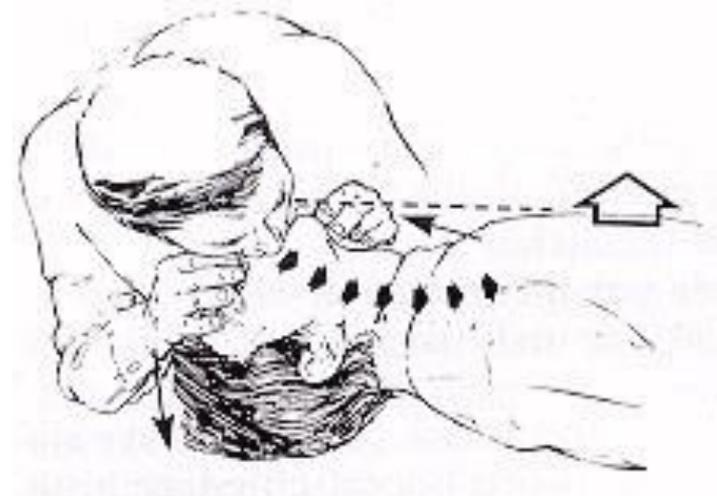
BLS: Valutazione della ventilazione



PAZIENTE NON RESPIRA →
Respirazione bocca-bocca/bocca-naso



- La respirazione bocca-bocca rappresenta il modo più semplice e veloce per ventilare la vittima



BLS: Valutazione della ventilazione

PAZIENTE NON RESPIRA →

Respirazione bocca-bocca/bocca-naso

- La TECNICA **BOCCA-NASO** è utile quando è impossibile ventilare la vittima attraverso la bocca a causa di chiusura serrata, presenza di lesioni o mancanza di tenuta (soggetti senza denti)
1. Posizione a lato del paziente
 2. Iperestendere il capo e sollevare il mento (NON iperestendere se sospetti un trauma)
 3. Porre la mano sotto il mento e chiudere la bocca
 4. Inspirare profondamente per erogare un volume di 0,8 - 1 litro
 5. Circondare il naso della vittima con la bocca, evitando di stringere
 6. Iniziare con 2 insufflazioni
 7. Insufflare lentamente per evitare il rigonfiamento dello stomaco
 8. Controllare l'espansione del torace
 9. Assicurare la espirazione libera, aprendo la bocca del paziente

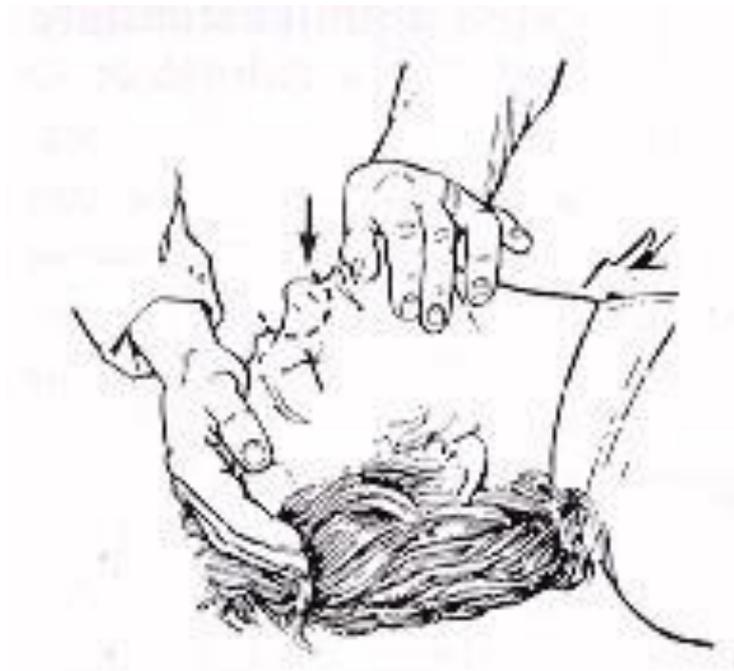


BLS: Valutazione della ventilazione

PAZIENTE NON RESPIRA →

Respirazione bocca-bocca/bocca-naso

- La TECNICA **BOCCA-NASO** è utile quando è impossibile ventilare la vittima attraverso la bocca a causa di chiusura serrata, presenza di lesioni o mancanza di tenuta (soggetti senza denti)



BLS: Valutazione della ventilazione



**PAZIENTE NON RESPIRA →
Respirazione bocca-bocca/bocca-naso**



- La respirazione bocca-bocca/naso rappresenta il modo più semplice e veloce per ventilare la vittima

10. Se il paziente è anche in Arresto Cardiaco alternare con Massaggio Cardiaco Esterno .

BLS: Valutazione della ventilazione



PAZIENTE NON RESPIRA → Respirazione bocca-mezzo ausiliario



- Alcune tecniche di rianimazione, come per esempio la respirazione bocca a bocca, possono risultare pericolose per il soccorritore → in questo modo si possono trasmettere molte malattie, soprattutto se l'infortunato ha delle perdite di sangue.
- La respirazione artificiale andrebbe fatta attraverso l'apposita **MASCHERA FACCIALE O PALLONE AMBU**, che evita il contatto bocca a bocca, ed è più efficace *perché immette aria dall'ambiente o ricca di ossigeno invece che aria già respirata e ricca di anidride carbonica.*
- In mancanza di questo strumento è consigliabile apporre un fazzoletto di protezione.

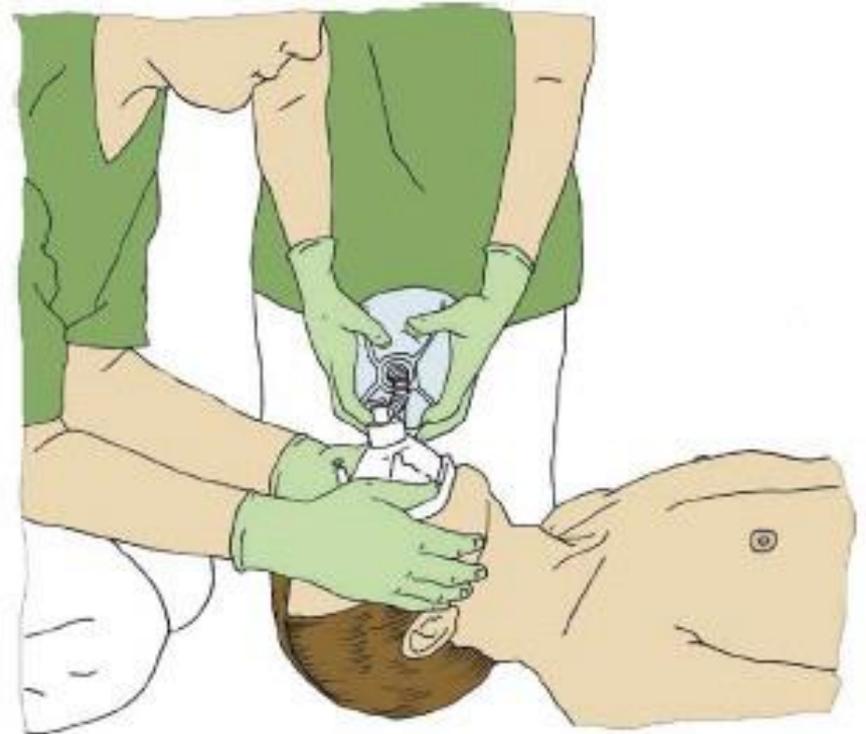
BLS: Valutazione della ventilazione



**PAZIENTE NON RESPIRA →
Respirazione bocca-mezzo ausiliario**



- La respirazione artificiale con **MASCHERA FACCIALE O PALLONE AMBU**,
- Eseguire 2 ventilazioni con maschera facciale e pallone autoespansibile (Ambu) con alti flussi di Ossigeno e reservoir
(è possibile che siano a disposizione se si presta soccorso in strutture pubbliche)



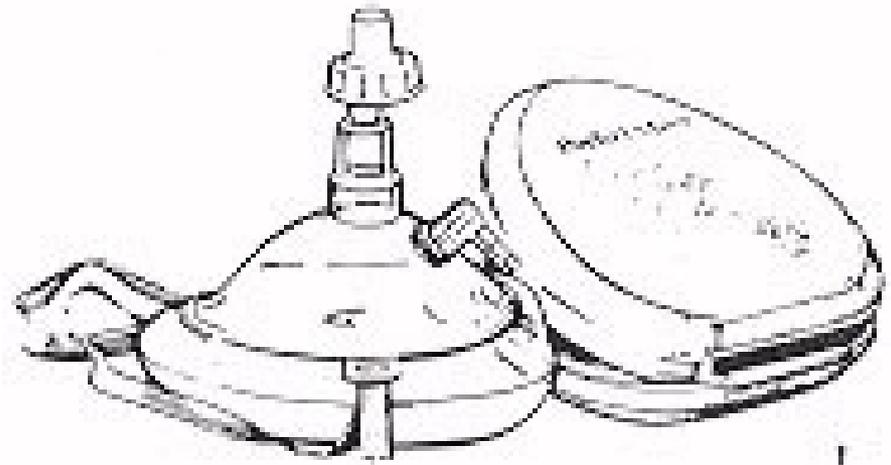
BLS: Valutazione della ventilazione



PAZIENTE NON RESPIRA →
Respirazione bocca-mezzo ausiliario



La diffusione di ausili come le maschere facciali tascabili (Pocket Mask Laerdal) rende la tecnica della respirazione artificiale più sicura, in quanto non si viene direttamente a contatto con le vie aeree della vittima, contenenti secrezioni e sangue, nè con l'aria espirata dal paziente, che fuoriesce da una apposita valvola.



BLS: Valutazione della ventilazione



**PAZIENTE NON RESPIRA →
Respirazione bocca-mezzo ausiliario**

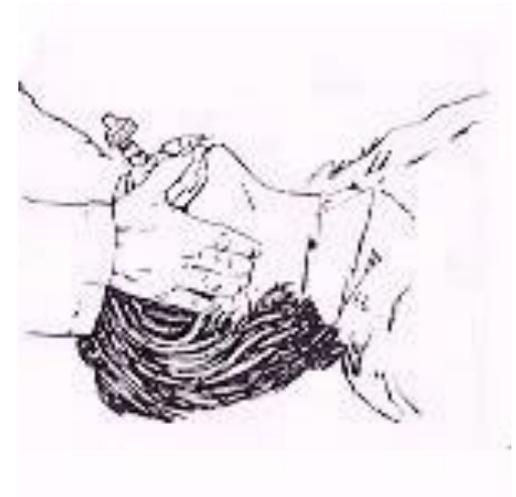


- Utilizzo di maschere facciali tascabili ([Pocket Mask Laerdal](#))



**1. Posizionare
la maschera**

**2. Fissare la
maschera**



**3. Iniziare la
respirazione**

BLS: Valutazione della ventilazione

**PAZIENTE NON RESPIRA →
OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO**

VERA EMERGENZA ASSOLUTA → ARRESTO RESPIRATORIO
E CARDIACO

CAUSE:

1. lingua che nello stato confusionale o di incoscienza scende verso il faringe
2. ostruzione meccanica da corpo estraneo
3. lesioni traumatiche gravi sul collo e viso
4. edema e spasmo vie aeree (shock anafilattico)

BLS: Valutazione della ventilazione

PAZIENTE NON RESPIRA →

OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

- Se si considera solo l'ostruzione delle vie aeree per corpo estraneo (non da altri cofattori intrinseci come lingua o edema anafilattico del faringe) le cause più frequenti sono ingestione di piccoli oggetti (biglie, palline, monete)
 - nei bambini: bocconi non masticati (carne) o altro cibo (noccioline, caramelle, chewing gum, ecc.)
 - nei soggetti di ogni età: ingestione di qualsiasi piccola cosa in particolari circostanze (gioco, movimento, risata, eccessivo consumo di alcool, ecc.)

BLS: Valutazione della ventilazione

PAZIENTE NON RESPIRA → OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

QUADRO CLINICO:

- Nel caso in cui l'ostruzione sia parziale, il soggetto continua a respirare, **emette dei sibili, tossisce violentemente**
- Nel caso in cui l'ostruzione sia completa, la vittima cessa di respirare, **si porta le mani alla gola, diventa rapidamente cianotico** e solo successivamente cade a terra privo di coscienza.

NB: Questa evenienza viene spesso confusa con un attacco cardiaco, un ictus cerebrale, una crisi convulsiva.

→ *È importante imparare a riconoscere il gesto di portare le mani alla gola, noto come "segnale universale di ostruzione delle vie aeree"*

BLS: Valutazione della ventilazione

**PAZIENTE NON RESPIRA →
OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO**

QUADRO CLINICO:

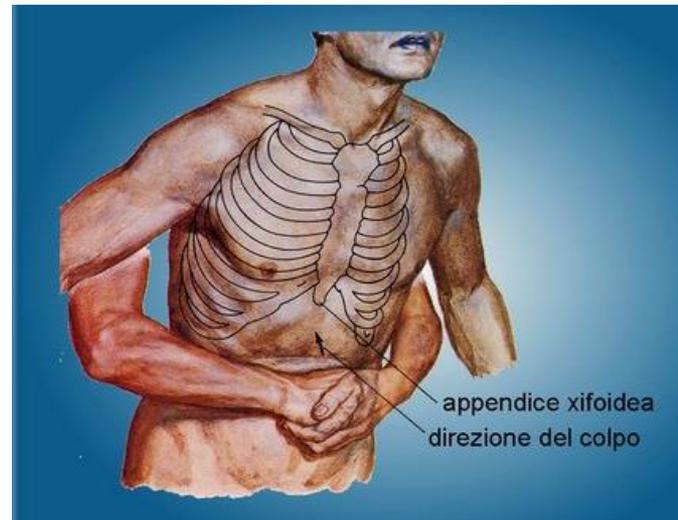


BLS: Valutazione della ventilazione

**PAZIENTE NON RESPIRA →
OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO**

TRATTAMENTO → Manovra di Heimlich

Quando la respirazione e la tosse diventano insufficienti o in caso di ostruzione completa, occorre intervenire rapidamente con la compressione addominale, nota come **manovra di Heimlich**.

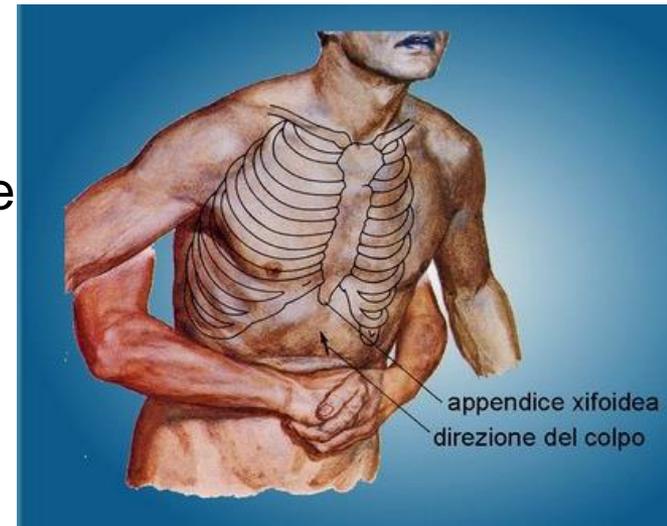


BLS: Valutazione della ventilazione

PAZIENTE NON RESPIRA → OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

Manovra di Heimlich

1. Creare una spinta del diaframma verso l'alto, forzando l'aria ad uscire dai polmoni con una sorta di "tosse artificiale".
2. Fino a quando la vittima è **in piedi o seduta**, il soccorritore deve porsi dietro, fare il pugno con una mano (con il pollice all'interno) e porlo contro l'addome sopra l'ombelico.
3. Con l'altra mano premere violentemente verso l'alto, ritmicamente e ripetutamente (mediamente 5 volte, fino a quando il paziente riprende a tossire e a respirare con efficacia o espelle il corpo estraneo).
4. **ALTERNARE 5 PACCHE INTERSCAPOLARI**



BLS: Valutazione della ventilazione

MANOVRA DI HEIMLICH

È una tecnica di primo soccorso per rimuovere un'ostruzione delle vie aeree. Serve a risolvere in modo veloce i casi di soffocamento

ATTITUDINE DEL SOCCORRITORE

Si deve mantenere la calma per trasmettere sicurezza e tranquillità al bambino. È importante chiedere aiuto per contattare il 118 se necessario

Ostacolo in fuori uscita

Laringe
Trachea
Ostacolo

TOSSE ARTIFICIALE

Con le compressioni si crea un brusco aumento della pressione intratoracica che provoca la espulsione dell'ostacolo

Lo scopo è usare l'aria rimanente nei polmoni per fare uscire l'ostacolo

LE COMPRESIONI SULL'ADDOME

Si effettuano 5 movimenti energici sotto il diaframma.

Zona delle compressioni



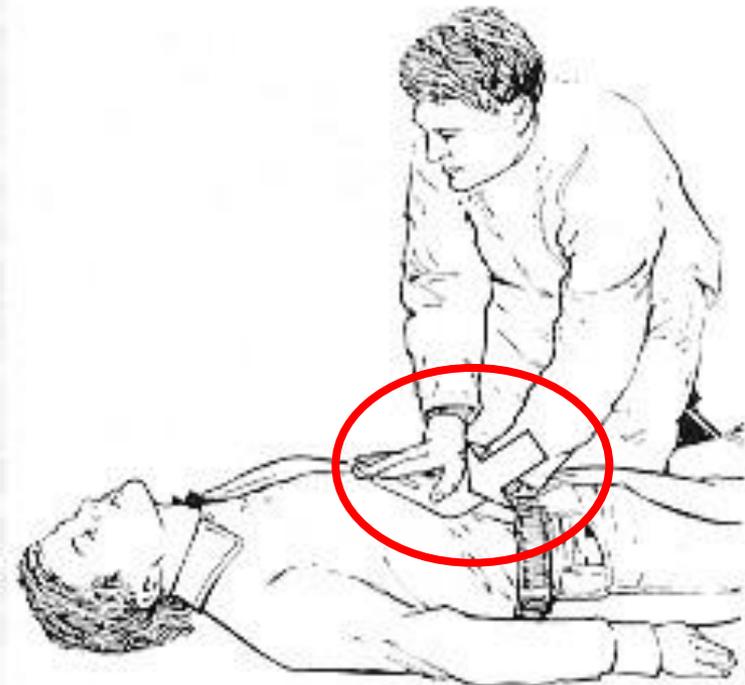
BLS: Valutazione della ventilazione

**PAZIENTE NON RESPIRA →
OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO**

Se il paziente è incosciente

1. Porre la vittima a terra in posizione supina.
2. Porsi a cavalcioni delle cosce della vittima.
3. Appoggiare il palmo di una mano sull'addome sopra l'ombelico.
4. Sovrapporre l'altra mano e premere violentemente verso l'alto.

NB: La manovra di Heimlich non è priva di rischi (rottura di visceri addominali e toracici), poichè la forza applicata è notevole



BLS: Valutazione della ventilazione

**PAZIENTE NON RESPIRA →
OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO**

Nei bambini/neonati

- Nei bambini è consigliata, in sostituzione della compressione addominale, la **percussione toracica posteriore** → 5 pacche dorsali interscapolari !!!
- Posizione prona, con testa libera.



BLS: Valutazione della ventilazione

Riassumendo, che fare??

- **PAZIENTE RESPIRA** → posizione laterale di sicurezza
- **PAZIENTE RESPIRA ma TRAUMA** → posizione supina
- **PAZIENTE RESPIRA MALE PER ASMA** → riposo assoluto in posizione semiseduta → se non ripristina → eventuale ventilazione di base
- **PAZIENTE NON RESPIRA con o senza trauma** → posizione supina → iniziare ventilazione di base (bocca/bocca bocca/ausilio)
- **PAZIENTE NON RESPIRA PER CORPO ESTRANEO**
 - se vigile manovra di Heimlich in ortostatismo
 - Se incosciente manovra di Heimlich in posizione supina
 - Se neonato compressione toracica posteriore.

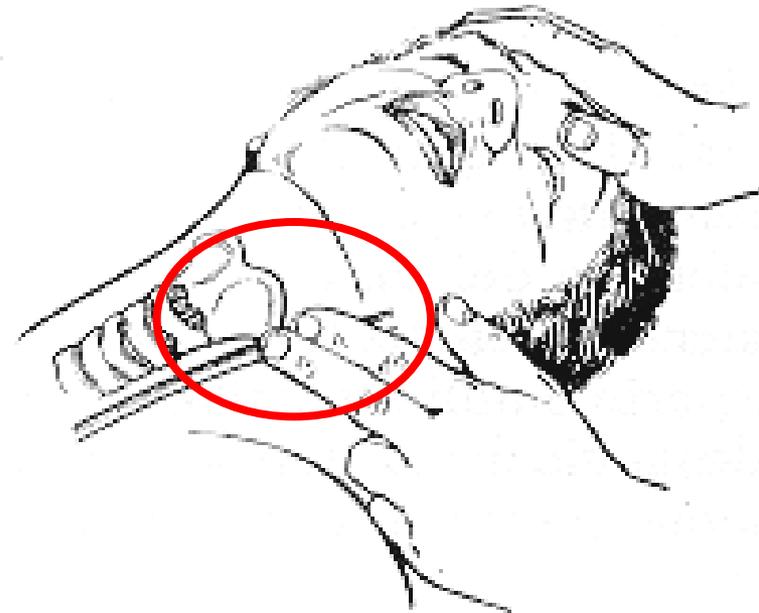
BLS: Valutazione della circolazione

C - Circulation:

Verificare la presenza dei polsi centrali

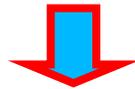
Ricerca del polso carotideo

- Mantenere il collo esteso con la mano sulla fronte.
- Localizzare la laringe (pomo d'Adamo) e far scivolare indice e medio lateralmente, fino a localizzare, tra la laringe e i muscoli del collo, la pulsazione dell'arteria.
- Non premere troppo per evitare di farla scomparire.



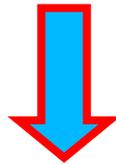
BLS: Valutazione della circolazione

Se c'è polso o segni di circolo



si prosegue la ventilazione con una frequenza di 12 insufflazioni al minuto
(1 ventilazione ogni 4 - 5 secondi nell'adulto/1 ogni 2-3 secondi nel
neonato - bambino piccolo)

Se non c'è polso o segni di circolo



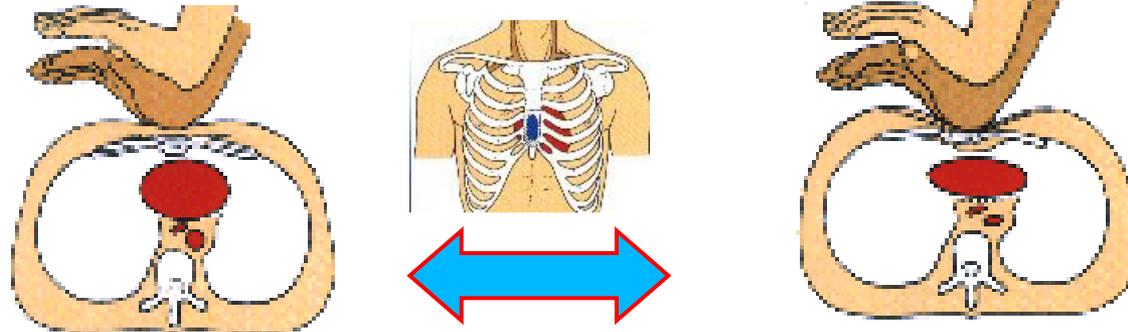
Massaggio cardiaco esterno (MCE)

BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE)

In assenza di polso carotideo o periferici (radiale, etc)

La tecnica del Massaggio Cardiaco Esterno consiste nella compressione ritmica dello sterno → determina una compressione diretta del cuore tra due superfici rigide, rappresentate da sterno e vertebre, con conseguente aumento della pressione all'interno del torace.



BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE)

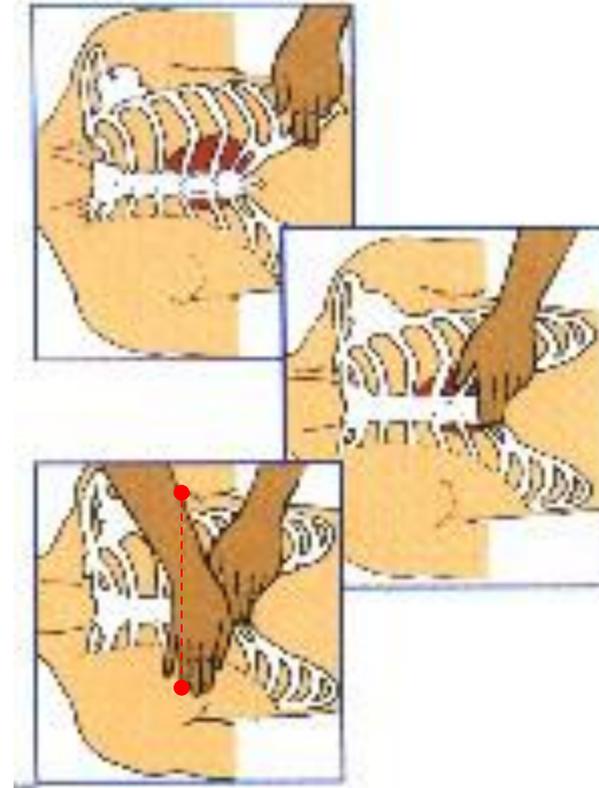
- Attraverso questo meccanismo di compressione si realizza una circolazione del sangue **in sostituzione della pompa cardiaca** → se associata alla **respirazione artificiale**, provvede a fornire al cervello sangue ossigenato necessario e a garantirne la sopravvivenza.
- In caso di arresto cardiaco la respirazione artificiale e il Massaggio Cardiaco Esterno devono perciò essere sempre abbinati, ***poichè non ha senso far circolare un sangue non ossigenato, nè ossigenare un sangue che non circola.***

BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE)

Come si esegue:

- Porre il paziente su di una superficie rigida in posizione supina
- Inginocchiarsi a lato del paziente, che spesso si trova a terra
- Individuare la metà inferiore dello sterno
- Posizionare le mani in mezzo allo sterno sulla linea che unisce idealmente i due capezzoli.



BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE)

Come si esegue: <http://www.youtube.com/watch?v=O-ZWBLE7-FU>

- Effettuare le compressioni a braccia tese (gomiti rigidi) e spalle perpendicolari sullo sterno, in modo da esercitare la massima forza possibile per un tempo sufficientemente lungo con tutto il peso del tronco
- Comprimere lo sterno di 4-5 cm (la forza impiegata varia a seconda della struttura fisica del soccorritore e della vittima, dal bambino all'anziano) con un movimento intenso e rapido (meno di un secondo complessivamente)
- Rilasciare la compressione, senza spostare e sollevare le mani, per permettere al torace di ritornare alla posizione di partenza sfruttandone l'elasticità
- Il rapporto compressione - rilasciamento deve essere di 1:1

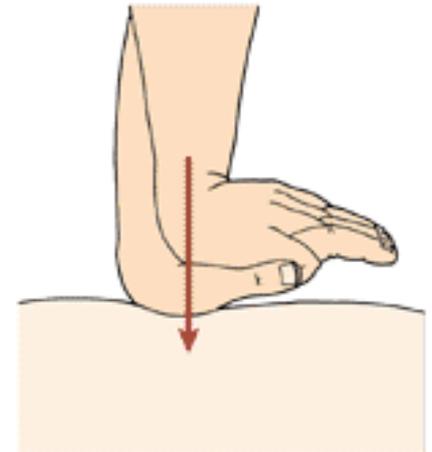
BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE)

Come si esegue: <http://www.youtube.com/watch?v=KmKRaqkA0vg&list=PL1F5833C66DDEBA9A>
2.10

La frequenza di compressione deve essere 80-100/ min.

In questo modo si fa arrivare il sangue al cervello e al cuore con una pressione di 60-80 mmHg, che può garantire la sopravvivenza del paziente.



- 3. Put your hands in the center of the person's chest between the nipples. Place one hand on top of the other. Push down 30 times. Continue with 2 breaths then 30 pushes until medical help arrives or the person starts moving.**

BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE) + respirazione artificiale

Come si esegue se il soccorritore è da solo

- Dopo aver garantito la pervietà delle vie aeree, chiudere il naso con una mano, per evitare che esca l'aria che insuffliamo, ed effettuare 2 o 3 insufflazioni per ossigenare il sangue.
- Posizionarsi in ginocchio al lato dell'infortunato e porre la base del palmo nel punto di compressione dello sterno precedentemente individuato.
- Porre il palmo dell'altra mano sul dorso della prima, con le dita ben alzate, per fare forza con entrambe le braccia concentrate sul palmo.
- Mantenere le braccia ben tese, non piegate, perché il massaggio è efficace se è perfettamente verticale e non deve mai seguire un asse obliquo.
- A questo punto eseguire la prima compressione facendo forza, in modo perpendicolare, con tutto il peso del corpo, e poi rilasciare. Lo sterno si deve abbassare di circa 4 o 5 centimetri.

BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE) + respirazione artificiale

Come si esegue se il soccorritore è da solo

30 : 2

**30 compressioni
alternate a 2
insufflazioni**



BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE) + respirazione artificiale

Come si esegue se il soccorritore è da solo

- L'operazione va ripetuta 30 volte, le compressioni vanno fatte a distanza di circa mezzo secondo l'una dall'altra.
- Dopo 30 compressioni, spostarsi velocemente vicino alla testa dell'infortunato ed effettuare altre due insufflazioni.
- Continuare così alternando **30 massaggi e 2 insufflazioni**.
- Ogni tanto bisogna controllare che l'attività cardiaca non si sia ripristinata. In tal caso interrompere immediatamente il massaggio e controllare le funzioni vitali dell'infortunato sino all'arrivo dei soccorsi.
- Se l'attività non si ripristina il massaggio va continuato senza interruzioni sino all'arrivo dei soccorsi.

<http://www.youtube.com/watch?v=77XpaGR7N0w>

6.00

BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE) + respirazione artificiale

Come si esegue se ci sono due soccorritori

<http://www.youtube.com/watch?v=Lp1qRH2ZirE&list=PL1F5833C66DDEBA9A>

- Procedere come nel caso di un solo soccorritore con queste differenze: un soccorr. si posiziona vicino alla testa e si occupa delle insufflazioni. L'altro si posiziona vicino al torace e si occupa delle compressioni.
- Si comincia con 2 insufflazioni, poi l'altro soccorritore effettua 30 compressioni, e si continua alternando 2 insufflazioni e 30 compressioni.
- E' bene contare ad alta voce ogni compressione, in modo che l'altro soccorritore che si occupa delle insufflazioni prenda il giusto ritmo e sia pronto a immettere aria dopo le 30 compressioni.
- Poiché queste manovre sono molto faticose, è bene che i due soccorritori si alternino e si diano il cambio ogni tanto (cambio rapido).
- Ricordarsi di controllare il polso per vedere se l'attività cardiaca si è ripristinata.

BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE) + respirazione artificiale

MCE come continuare: controllare ogni 4-5 minuti il polso

- Se il polso è assente → continuare la rianimazione MCE
- Se il polso è presente → controllare il respiro
 - a. se il respiro è assente → continuare la respirazione artificiale, controllando periodicamente il polso
 - b. se il respiro è presente → controllare attentamente il paziente, eventualmente posizione laterale di sicurezza (se NON sospetto di trauma e paziente NON cosciente)

BLS: Valutazione della circolazione

Massaggio cardiaco esterno (MCE) + respirazione artificiale

MCE come continuare:

- La rianimazione cardio-respiratoria non deve mai essere interrotta prima dell'arrivo di un'equipe di rianimazione, salvo che per esaurimento fisico del soccorritore.
- Comunque, dopo 30 minuti di rianimazione corretta senza ripresa del polso, si instaurano danni irreversibili al cervello, che rendono inutile ogni ulteriore tentativo.
- Non appena arriva operatore del 118 se polso ancora assente → uso di **DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO**

BLS: Valutazione della circolazione

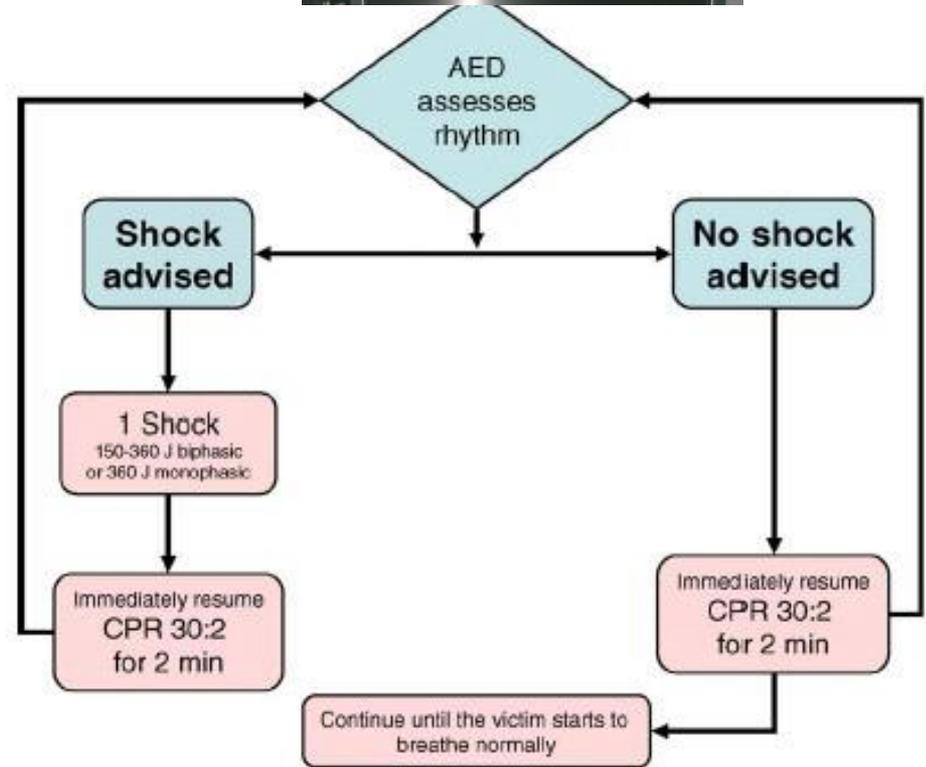
- **DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE):**
- Non sempre è necessario aspettare l'arrivo del 118 per avere a disposizione un defibrillatore semiautomatico.
- Per normativa di legge recente (24 aprile 2013) hanno l'obbligo di tenere nei propri locali un DAE.
 - **Società sportive professionistiche**
 - **Società sportive dilettantistiche**
 - **Strutture operanti nel sistema di emergenza sanitario extraospedaliero;**
 - Ambulanze deputate alle funzioni di trasporto sanitario e trasporto sanitario semplice;
 - Servizi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, accreditate o autorizzate;
 - Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Vigili del Fuoco, Corpo Forestale, Capitanerie di Porto, Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico, ecc;
 - Strutture sanitarie (ambulatori) e territoriali (studi medici, ambulatori dentistici, ecc.)
 - Compagnie, Enti, Ditte, Associazioni, ecc. ove vi sia un elevato afflusso di utenti (centri commerciali, hotel, ipermercati, centri fitness, stadi, treni e stazioni ferroviarie, ecc.);
 - **Istituti scolastici di ogni ordine e grado**

BLS: Valutazione della circolazione

DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE):

Il DAE (defibrillatore semiautomatico esterno) analizza il ritmo cardiaco e fornisce l'indicazione allo shock elettrico

Dopo essere stati applicati gli elettrodi occorrono alcuni secondi per consentire al DAE di analizzare l'elettrocardiogramma.



BLS: Valutazione della circolazione

DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE):



<http://www.youtube.com/watch?v=l-eFjl2G9vg>

1.33"



BLS: Valutazione della circolazione

DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE):

Chi lo può utilizzare?

→ Coloro che seguono uno specifico Corso di Formazione

- I corsi di formazione mettono in condizione il personale di utilizzare con sicurezza i DAE e comprendono l'addestramento teorico-pratico alle manovre di BLSD (**Basic Life Support and Defibrillation**), anche pediatrico quando necessario;
- i soggetti a cui affidare il ruolo di first responder sono individuati verificando le loro attitudini al ruolo stesso, la loro disponibilità e presenza nell'impianto;
- la presenza di almeno un soggetto formato deve essere presente durante le gare e gli allenamenti;
- per il personale formato deve essere prevista l'attività di retraining ogni due anni;
- **N.B. l'attività di soccorso non rappresenta per il personale formato un obbligo legale che è previsto soltanto per il personale sanitario.**

INOLTRE:

- Tutti i soggetti, che sono tenuti o che intendono dotarsi di DAE devono darne comunicazione alla Centrale Operativa 118 territorialmente competente, specificando il numero di apparecchi, la specifica del tipo di apparecchio, la loro dislocazione
- Deve inoltre essere comunicato l'elenco degli esecutori in possesso del relativo attestato. Ciò al fine di rendere più efficace ed efficiente il suo utilizzo o addirittura disponibile la sua localizzazione mediante mappe interattive.

BLS: Valutazione della circolazione

CAUSE DI ARRESTO CARDIACO:

CAUSE TRAUMATICHE

- Traumatismi vari (capo, torace, addome, colonna vertebrale, arti)
- Emorragia massiva
- Ostruzione delle vie aeree (da corpo estraneo, da bolo alimentare)
- Annegamento
- Avvelenamento
- Folgorazione, Ustioni

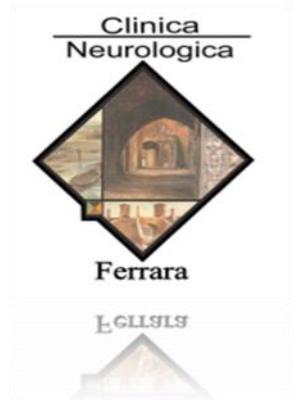
CAUSE NON TRAUMATICHE

- Insufficienza respiratoria
- Infarto miocardico
- Aritmie e fibrillazione ventricolare
- Arresto cardiaco spontaneo
- Emorragie digestive
- Perdita di coscienza (ictus, convulsioni, ecc.)



Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non



Parte 4:

Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

ATTACCO CARDIACO

(dolore toracico da infarto, dispnea da edema polmonare cardiogeno):

- ALLERTARE TEMPESTIVAMENTE IL 118
- RASSICURARE IL PAZIENTE INVITANDOLO ALLA CALMA
- POSIZIONARLO DISTESO SUPINO O SEMISEDUTO
- FAVORIRE LA RESPIRAZIONE
- IMPEDIRE LA PERDITA DI CALORE CORPOREO
- ASSISTERLO SINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI

Questo perché la conseguenza più grave della **Sindrome coronarica acuta** è l'Arresto Cardiaco o Morte Improvvisa

Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

ATTACCO CARDIACO

(dolore toracico da infarto, dispnea da edema polmonare cardiogeno):

SE IL SOGGETTO PERDE CONOSCENZA:

- Valutare se ci sono pericoli: se sicuro, non spostare il soggetto
- se possibile controllare l'ora dell'insorgenza dei sintomi
- valutare lo stato di coscienza (chiamare e scuoterlo!!!)
- se non cosciente chiamare immediatamente 118
- posizionare soggetto disteso supino su un piano rigido, allineare corpo testa arti e scoprire il torace
- valutare se respira (G.A.S. GUARDA ASCOLTA SENTI!!!!!!!!!!)
- se respira: mantenere la pervietà delle vie aeree e mettere in posizione laterale di sicurezza
- se non respira eseguire 2 insufflazioni
- sentire polso → se anche il polso è assente → **MCE (massaggio cardiaco esterno)**.

Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

SHOCK ANAFILATTICO

condizione potenzialmente letale causata da una grave alterazione della circolazione conseguente ad una **complessa reazione allergica** che determina :

1. dilatazione dei vasi sanguigni → **COLLASSO** con caduta della pressione
2. gonfiore dei tessuti e delle mucose → **EDEMA FACCIALE E FARINGEO**
3. Difficoltà respiratorie → **DISPNEA ACUTA**

CAUSE

- Punture di insetti
- Ingestione di sostanze alimentari
- Inalazione di allergeni (polveri, pollini, etc.)
- Assorbimento di allergeni dalla pelle o mucose
- Iniezione/ingestione di allergeni chimici (farmaci)

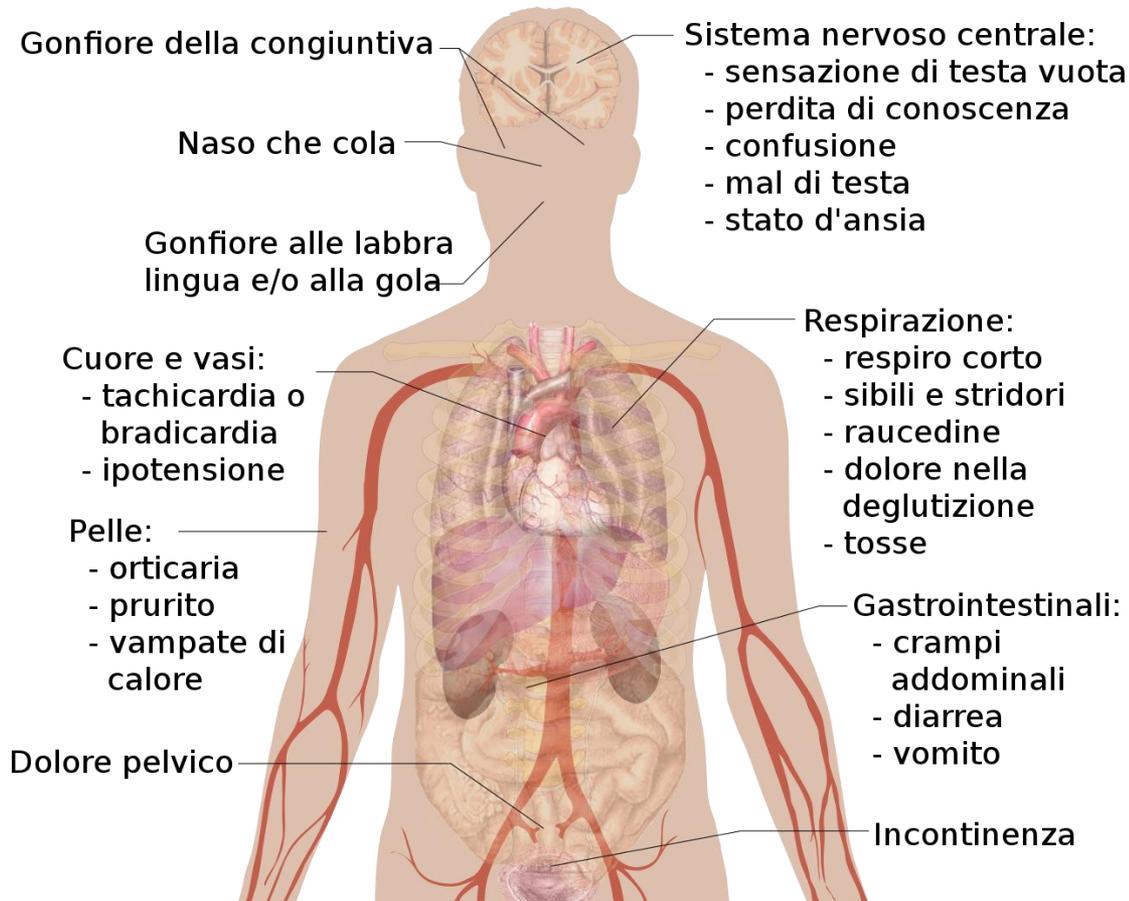


Solitamente avviene in stretta relazione temporale con l'esposizione all'allergene/sostanza

Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

SHOCK ANAFILATTICO

Segni e sintomi di Anafilassi



Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

SHOCK ANAFILATTICO

Soccorso:

- ALLERTARE IL 118
- RASSICURARE ED INVITARE ALLA CALMA E RIPOSO
- VALUTARE FUNZIONI VITALI : BLS SE NECESSARIO
- TRASPORTARE IMMEDIATAMENTE IL PAZIENTE VERSO UNA STRUTTURA MEDICA SE ESISTONO IMPEDIMENTI O RITARDI NELL'ARRIVO DEL 118
- Valutare se il paziente (che magari è a conoscenza di rischio di anafilassi) ha già con se farmaci a base di cortisone da inoculare in caso di emergenza



Terapia Medica → Cortisone

Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

TRAUMA CRANICO

Comporta Lesione a :

- cuoio capelluto
- scatola cranica (fratture)
- cervello (commozione, contusione, ematoma)
- volto (ferite, contusioni, fratture)

Rappresenta una delle cause più frequenti di mortalità e invalidità nei soggetti di età inferiore ai 50 anni



Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

TRAUMA CRANICO

Segni e Sintomi:

- alterazione del livello di coscienza (fino al coma)
- presenza di ferite o contusioni al cuoio capelluto
- edema, deformazione del cranio nella regione colpita
- diametro pupille diverso
- epistassi (fuoriuscita di sangue dal naso)
- otorragia (fuoriuscita di sangue dalle orecchie)
- forte cefalea o perdita di memoria
- alterazione della respirazione
- paralisi

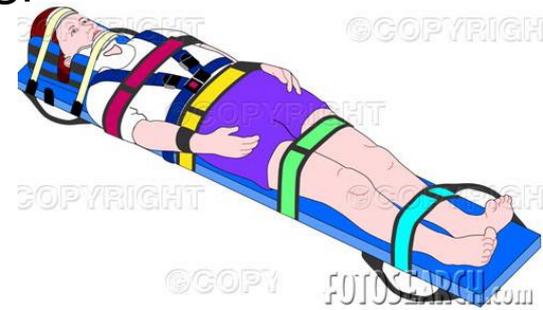


Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

TRAUMA CRANICO

Primo soccorso:

- TENERE L'INFORTUNATO **DISTESO IN POSIZIONE SUPINA**
- CONTROLLARE LE FUNZIONI VITALI (polso e respirazione)
- ALLERTARE IL 118
- NON SOTTOVALUTARE LA PRESENZA DI POTENZIALI LESIONI DELLA COLONNA VERTEBRALE
- ARRESTARE L'EVENTUALE EMORRAGIA CON LA COMPRESSIONE
- MEDICARE E BENDARE LE FERITE
- NON RIMUOVERE CORPI ESTRANEI CONFICCATI
- PARLARE AL SOGGETTO, SE SVEGLIO TRANQUILLIZARLO
- ASSISTERE LA VITTIMA FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI



Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

TRAUMA CRANICO

Primo soccorso in caso di paziente con CASCO:

- il **casco non va rimosso** quando l'infortunato è **cosciente, respira bene** e non riesce a levarlo da solo e la manovra gli dà dolore
- il casco deve essere sfilato quando l'infortunato è **incosciente, non respira e non ha segni di circolo (BLS) o vomita**
- la rimozione del casco deve essere eseguita da 2 soccorritori, il 1° ha il compito di sorreggere la testa e il collo, affinché la colonna cervicale sia in asse e il 2° ha il compito di sfilarlo.

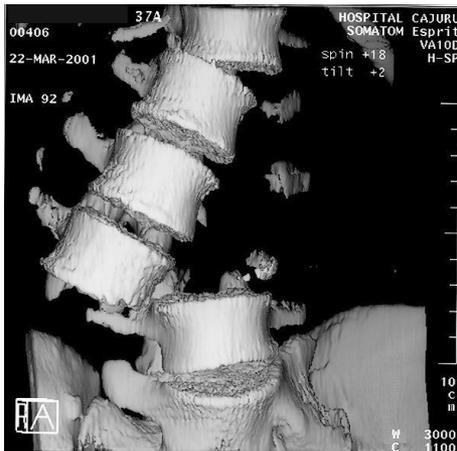


Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

TRAUMA della COLONNA VERTEBRALE

Segni e sintomi:

- deviazione del normale asse strutturale della colonna
- dolore al tatto in sede di lesione
- perdita del controllo degli arti
- perdita' di sensibilità agli arti
- difficoltà respiratorie
- dolore lungo la colonna con possibile irradiazione agli arti



Patologie frequenti che necessitano primo soccorso

TRAUMA della COLONNA VERTEBRALE

Primo Soccorso:

- TENERE L'INFORTUNATO **DISTESO NELLA POSIZIONE IN CUI SI TROVA**
- CONTROLLARE LE FUNZIONI VITALI
- ALLERTARE IL 118
- VERIFICARE LA **PRESENZA DI MOBILITA' E SENSIBILITA' AL TATTO DEGLI ARTI**
- ASSISTERE LA VITTIMA FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI
- **MOBILIZZARE LA VITTIMA SOLO IN CASO DI PERICOLO IMMINENTE,**
ORGANIZZANDOSI IN UN NUMERO ADEGUATO DEI PERSONE

**È buona norma non spostare l'infortunato nel primo soccorso
a politraumatizzato o sospetto di trauma della
colonna!!!!!!!**

Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

FRATTURE

ROTTURA DI UN OSSO CAUSATA DA UN EVENTO VIOLENTO
CAPACE DI SUPERARE LA RESISTENZA E L'ELASTICITA'
DELL'OSSO STESSO

COMPOSTE - SCOMPOSTE - ESPOSTE-

Primo soccorso

1. Immobilizzare l'arto nella posizione in cui si trova l'arto fratturato

**PER NESSUN MOTIVO VA RIDOTTA UNA FRATTURA
SCOMPOSTA**

**2. Lavare con fisiologica e medicare la ferita, coprire
con garze sterili**

3. Mettere a riposo assoluto l'articolazione

**4. Rilevare con la palpazione la presenza di
pulsazione
arteriosa**

Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

EMORRAGIE



Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

EMORRAGIE

FUORIUSCITA DI SANGUE DAI VASI
ESTERNA o INTERNA

ARTERIOSA :sangue rosso vivo che fuoriesce ritmicamente con le pulsazioni del cuore,sotto forma di getto + o - violento

VENOSA : sangue rosso scuro che esce in modo continuo,filante dalla cute

CAPILLARE :sangue rosso vivo che esce a flusso lento come trasudante a goccioline

EMORRAGIA ESTERNA

- liberare dagli indumenti la parte lesa
- comprimere con una garza sterile o altro tessuto pulito il punto sanguinante a monte (verso il cuore) per 5-10 min. se si tratta di un vaso arterioso, a valle (dopo la ferita verso l'estremità se si tratta di una vena
- se la perdita è abbondante, fasciare la medicazione con una certa pressione
- applicare lacci all'arto solo nel caso di amputazioni e per brevi periodi
- se l'emorragia è da ferita in un arto, e non c'è il sospetto di frattura, sollevare l'arto più in alto rispetto al cuore

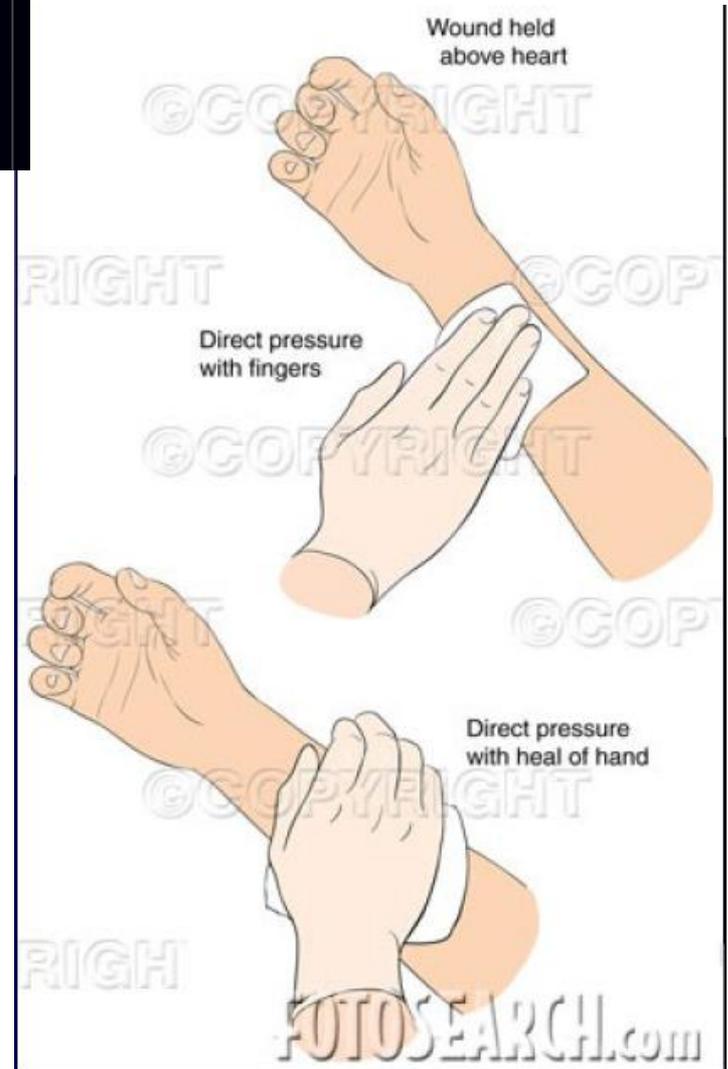
Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

EMORRAGIA ESTERNA

Il **laccio emostatico** è **consentito usarlo solo:**

- .quando tutte le metodiche precedenti hanno fallito
- .nelle amputazioni
- .nelle maxiemergenze
- .posizionato alla radice dell'arto
- .va allentato ogni 20-30 min.
- .di materiale morbido a banda larga



Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

EMORRAGIA INTERNA

SOSPETTARLA QUANDO :

- FERITE PENETRANTI NEL CRANIO, TRONCO, ADDOME
- SANGUE O LIQUIDI CONTENENTI SANGUE NELLE ORECCHIE O NEL NASO
- VOMITO O TOSSE CON PRESENZA DI SANGUE
- EMATOMI SUL TORACE, ADDOME, COLLO O ARTI
- FRATTURE OSSA PELVICHE O ARTI INFERIORI
- PALLORE
- SUDORAZIONE
- AUMENTO DEL BATTITO CARDIACO
- ALTERAZIONE DELLA COSCIENZA

Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

LESIONI TRAUMATICHE DELLA PELLE

1. FERITE DA TAGLIO
2. FERITE DA PUNTA
3. FERITE LACERO-CONTUSE
4. ESCORIAZIONI O ABRASIONI

Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

FERITE DA TAGLIO

SUPERFICIALI (solo i tessuti cutanei e il derma)

COMPLESSE (tessuti profondi come muscoli, tendini, vasi)

PENETRANTI (organi profondi)

PRIMO SOCCORSO

- Prima di intervenire lavarsi le mani con acqua e sapone e usare guanti sterili.
- Evitare contatto diretto col sangue
- La complicanza più frequente è L'INFEZIONE
- scoprire la ferita
- pulire con acqua corrente e disinfettare con antisettici tipo acqua ossigenata, composti a base di cloro
- coprire con garze sterili
- fasciare con bende molli ed elastiche
- se c'è sanguinamento mantenere una pressione costante sulla ferita per 10-15 min.

Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

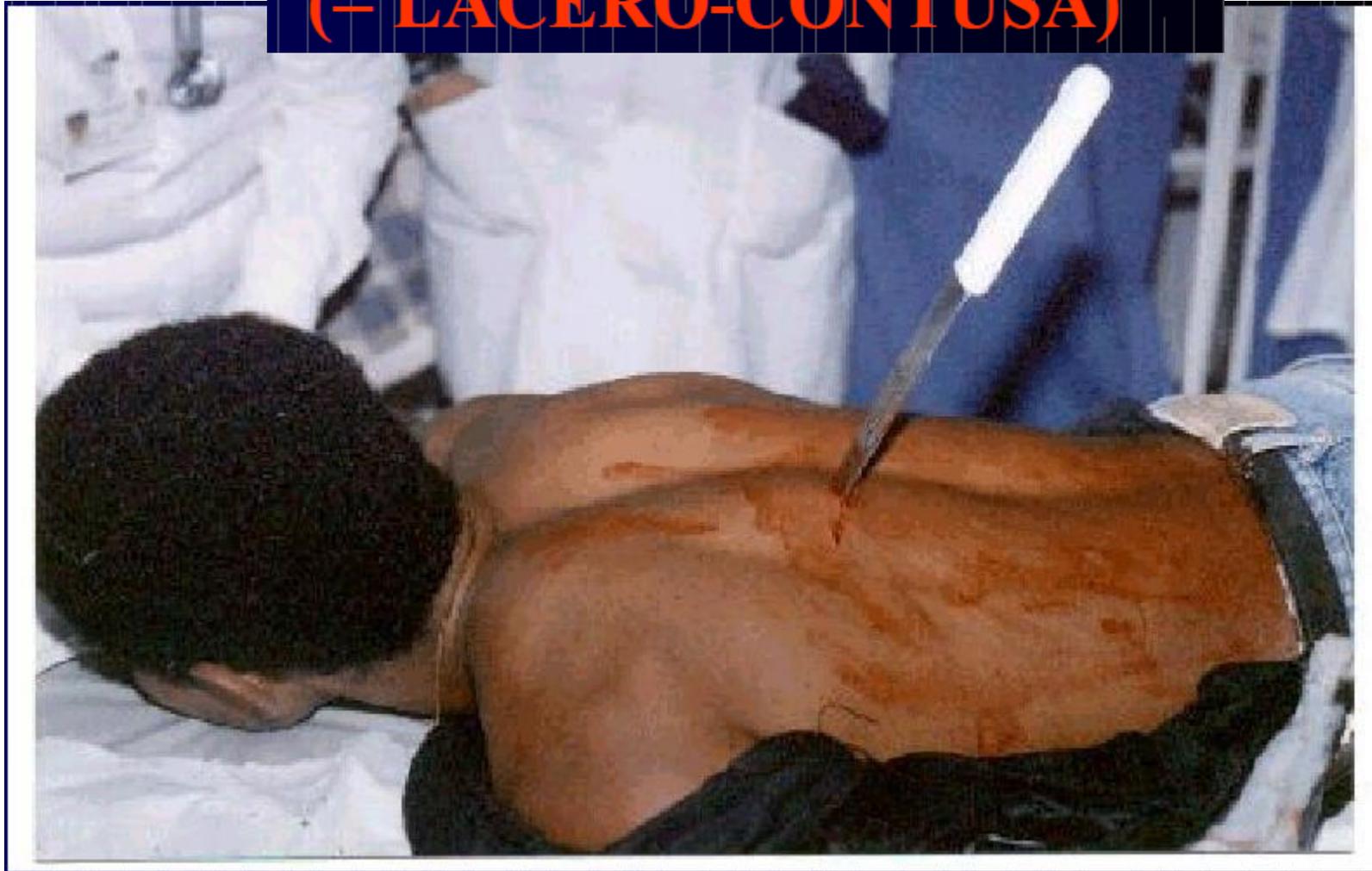
FERITA DA PUNTA (= LACERO-CONTUSA)

- pulire con acqua corrente e disinfettare con antisettici tipo acqua ossigenata, composti a base di cloro
- se la ferita è da chiodo va tolto solo se è piccolo e superficiale e se nel piede o mano
- **in caso di ferita penetrante da corpi estranei conficcati in qualsiasi parte del corpo non tentare di toglierlo ma disinfettare la parte colpita, fasciarla con bende molli**
- se c'è sanguinamento mantenere una pressione costante sulla ferita nell'area circostante al punto di penetrazione

Patologie frequenti che necessitano primo soc

Extra
esame

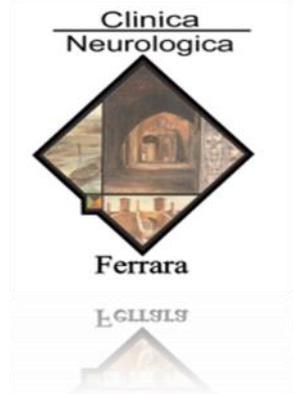
FERITA DA PUNTA (= LACERO-CONTUSA)





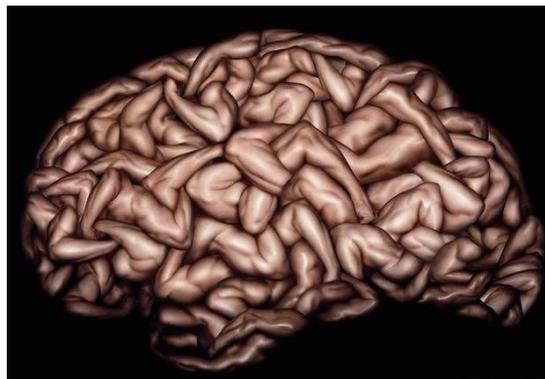
Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non



Parte 5

Valutazione dei disordini della Coscienza e della Vigilanza



I disordini della Coscienza e della Vigilanza

Occorre distinguere:

- **CONTENUTO di COSCIENZA**

(dipende dalla corteccia →
orientamento della persona)

- **STATO DI COSCIENZA o
VIGILANZA**

(dipende da sostanza reticolare
ascendente del tronco
encefalico → vigile, stato di
veglia)

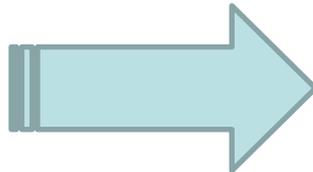
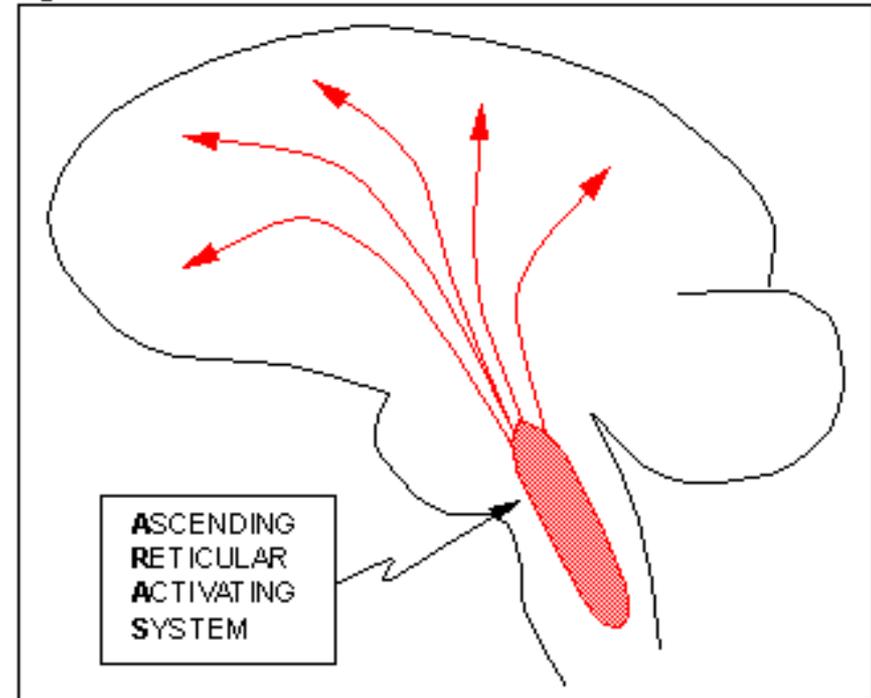


Figure 8 - 1

Hamilton - Timmons



I disordini dello stato di coscienza

DISTURBI DELLA COSCIENZA

1. **CONFUSIONE-DELIRIUM** (alterazione del contenuto di coscienza)
2. **SONNOLENZA**: si risveglia con stimoli verbali
3. **STUPORE**: si risveglia solo con stimoli intensi meccanici e/o dolorosi
4. **COMA**: il malato non può essere risvegliato. Gli stimoli evocano attività riflesse (motorie, vegetative)

I disordini dello stato di coscienza

Evoluzione del COMA ACUTO:

STATO VEGETATIVO (Sindrome APALLICA):

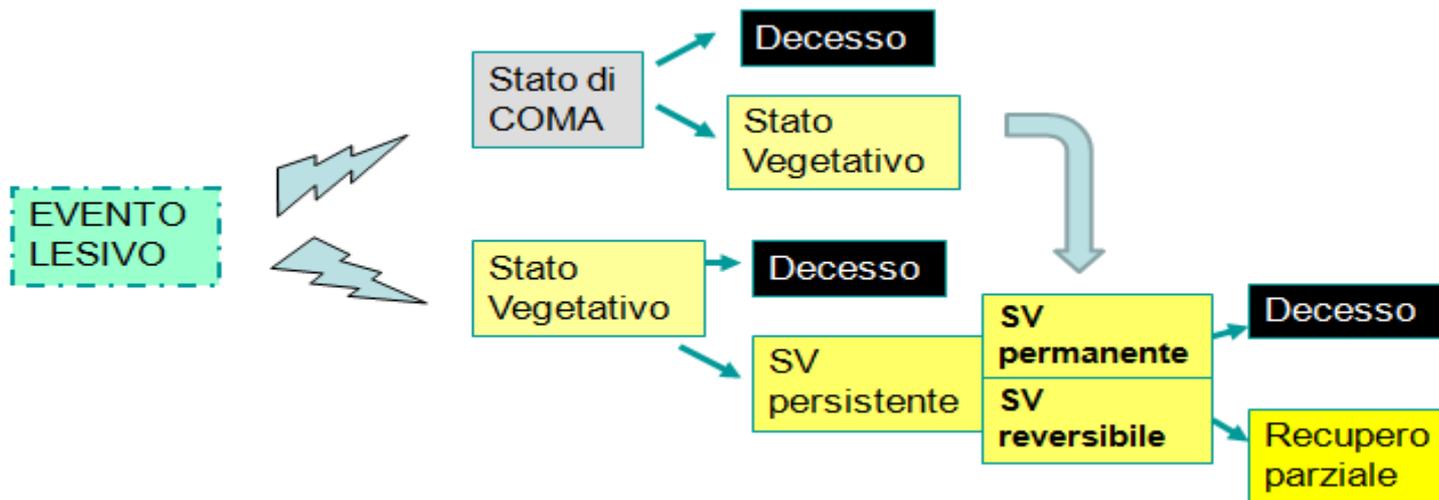
- Rappresenta l'evoluzione a distanza di settimane/mesi di un coma acuto con ripresa della vigilanza ma non dei contenuti di coscienza
- Il malato si presenta vigile, ma indifferente, immobile, non reagente
- Risposte a stimoli anche leggeri (riflesso del bull-dog, suzione, masticazione)

I disordini dello stato di coscienza

Evoluzione del COMA ACUTO:

STATO VEGETATIVO:

- Una condizione critica di incoscienza del sé e dell'ambiente circostante, nella quale il paziente respira autonomamente, ha una circolazione valida ed evidenzia un ciclo di chiusura ed apertura degli occhi che simula il sonno e la veglia



I disordini dello stato di coscienza

Quadri particolari di PSEUDO-COMA:

LOCKED-IN Syndrome:

- De-efferentazione subtotale in genere da lesione pontina ventrale del tronco encefalico che interrompe i fasci motori cortico-nucleari e cortico-spinali (fasci motori provenienti dalla corteccia cerebrale), senza interessare la Sostanza Reticolare Attivatrice Ascendente e le vie afferenti.



I disordini dello stato di coscienza

Quadri di particolari di PSEUDO-COMA:

LOCKED-IN Syndrome:

- Il paziente non è in grado di muovere volontariamente nessuna parte del proprio corpo, ma ha una vigilanza e uno stato di coscienza decisamente normale → non è di fatto uno stato di coma.



I disordini dello stato di coscienza

Valutazione del paziente in COMA:

GLASGOW COMA SCALE (GCS):

Prevede la VALUTAZIONE di TRE PARAMETRI

1. APERTURA degli OCCHI
2. MOVIMENTI degli ARTI
3. RISPOSTE VERBALI

Ad ognuno dei tre parametri si attribuisce un punteggio da 1 a 4 (Occhi) da 1 a 6 (movimenti), da 1 a 5 (risposte verbali)

- la somma dei tre punteggi costituisce il punteggio finale (min 3, max 15)

I disordini dello stato di coscienza

Valutazione del paziente in COMA:

GLASGOW COMA SCALE (GCS):

APERTURA OCCHI	PUNTEGGIO
Spontanea	4
Alla Voce	3
Al dolore	2
Nessuna	1

I disordini dello stato di coscienza

Valutazione del paziente in COMA:

GLASGOW COMA SCALE (GCS):

MOVIMENTI ARTI	Punteggio
Al comando	6
Localizza dolore	5
Reazione finalistica	4
Decorticazione	3
Decerebrazione	2
Nessuno	1

I disordini dello stato di coscienza

Valutazione del paziente in COMA:

<http://youtu.be/Wb-gqPGYNx0>

GLASGOW COMA SCALE (GCS):

RISPOSTA VERBALE	Punteggio
Orientata	5
Confusa	4
Inappropriata	3
Suoni incomprensibili	2
Nessuna	1

I disordini dello stato di coscienza

Valutazione del paziente in COMA: <http://youtu.be/Wb-gqPGYNx0>

GLASGOW COMA SCALE (GCS):

- Coma leggero/non coma (GCS > 10)
- Coma profondo (GCS 3-5)

Solitamente un GCS < 8 definisce uno stato di coma con
prognosi non favorevole
(minore percentuale di reversibilità)

I disordini dello stato di coscienza

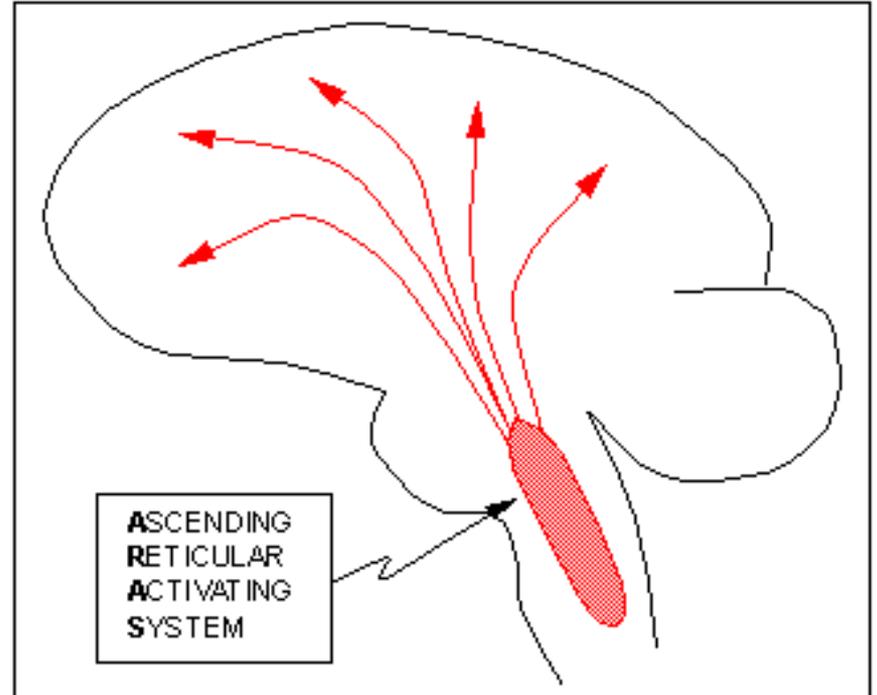
CAUSE:

1. Disfunzione globale della corteccia
1. Disfunzione della sostanza reticolare ascendente



Figure 8 - 1

Hamilton - Timmons



I disordini dello stato di coscienza

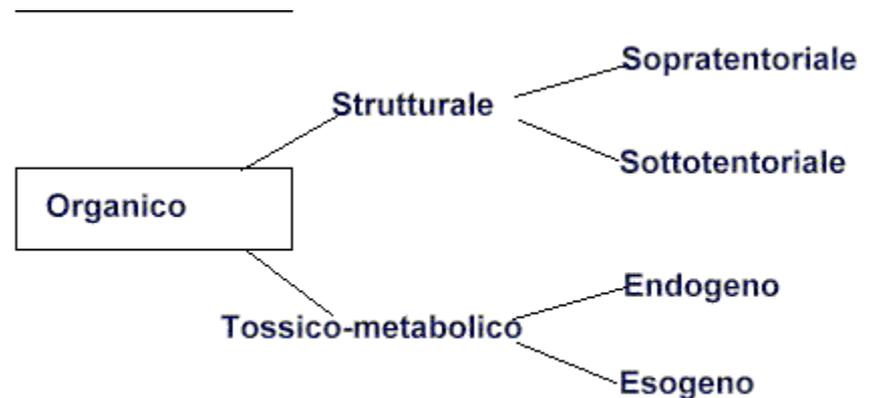
MECCANISMI CAUSALI:

1. COMI da lesioni strutturali:

- Comi da lesione sopratentoriale (corteccia)
- Comi da lesione sottotentoriale (tronco encefalico, cervelletto)

2. COMI metabolici

- Disfunzione generalizzata

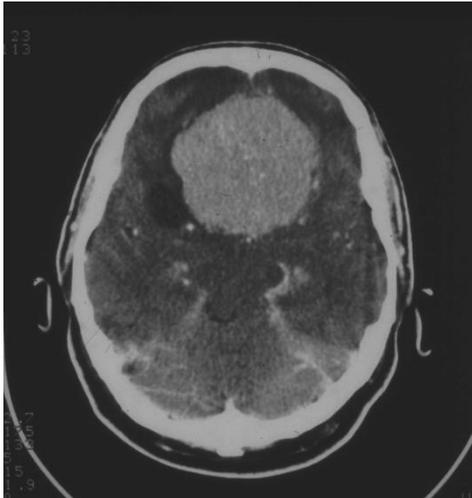


I disordini dello stato di coscienza

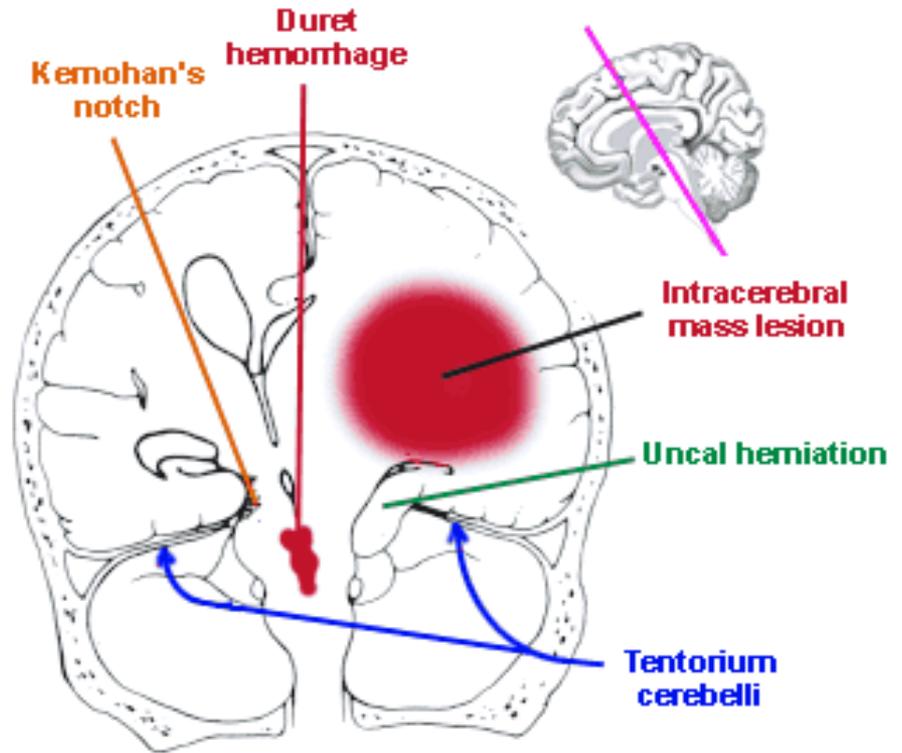
CAUSE STRUTTURALI

Cause:

1. TRAUMATICHE
2. VASCOLARI
3. INFIAMMATORIE
4. NEOPLASTICA



Ex. Meningioma della fossa cranica anteriore

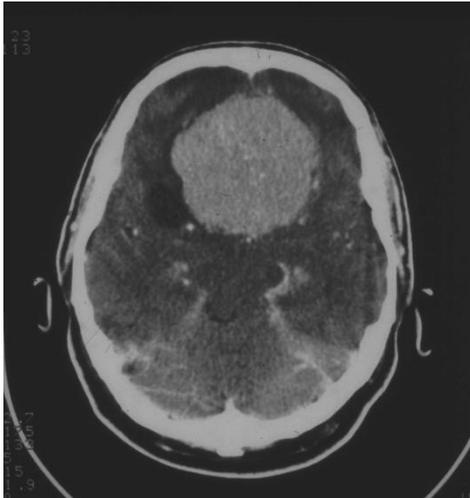
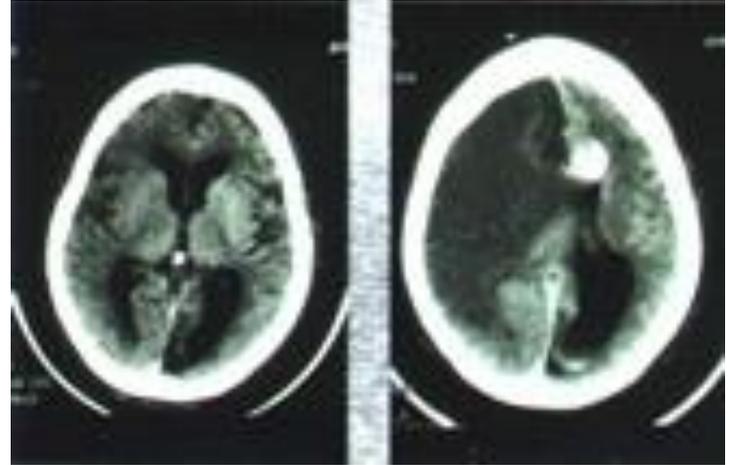


I disordini dello stato di coscienza

COMI STRUTTURALI

Cause:

1. TRAUMATICHE
2. VASCOLARI
3. INFIAMMATORIE
4. NEOPLASTICA



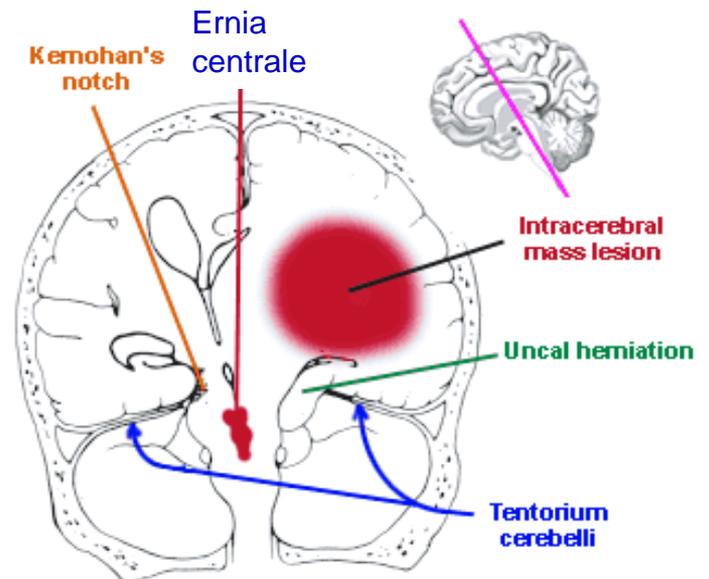
Ex. Meningioma della fossa cranica anteriore



I disordini dello stato di coscienza

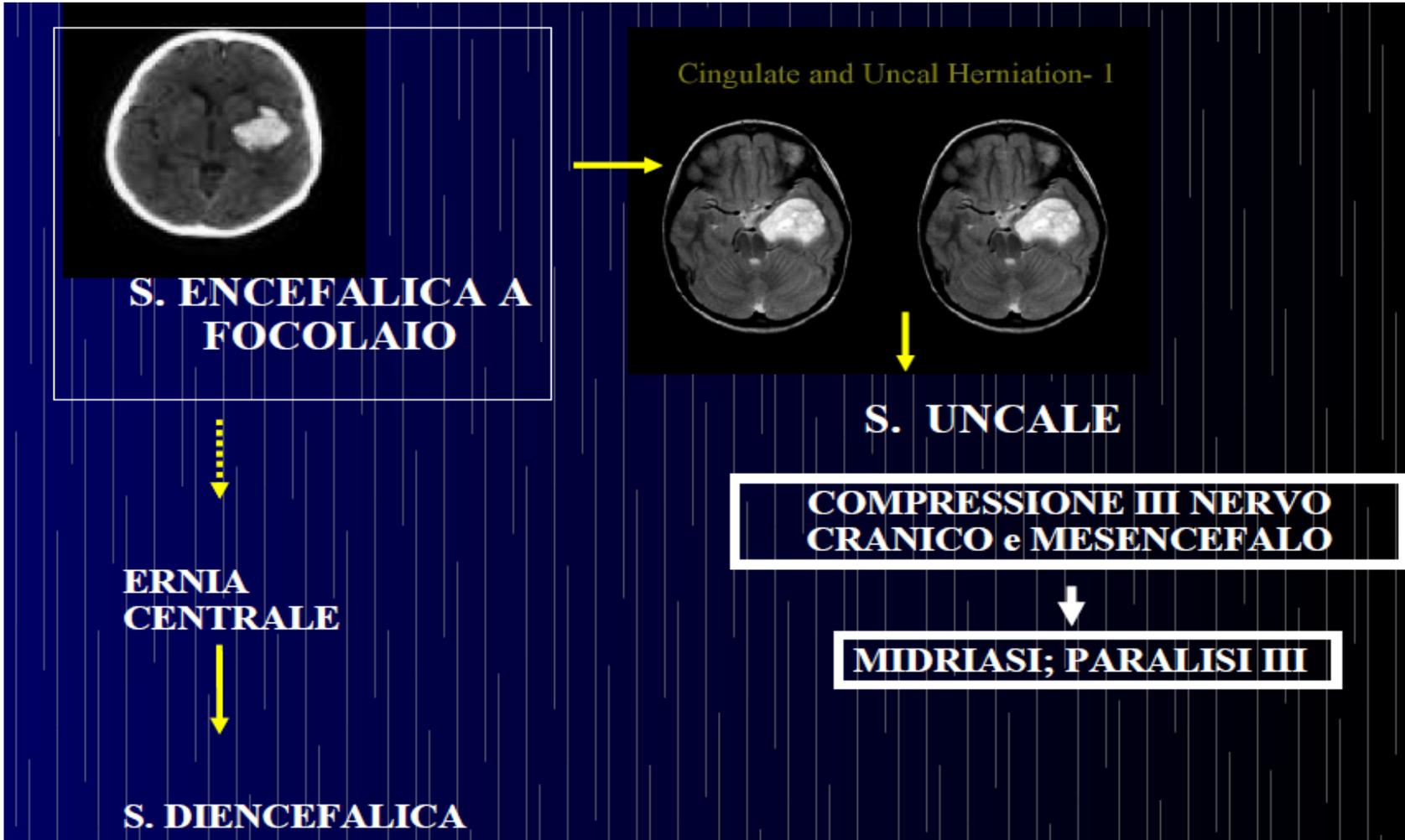
COMI STRUTTURALI

- Una lesione encefalica sopratentoriale (fuori dal tronco encefalico) può portare a uno stato di coma attraverso un meccanismo che si definisce di **DETERIORAMENTO ROSTRO-CAUDALE**
- L'effetto massa della lesione spinge verso il basso → favorisce una “erniazione” del tessuto cerebrale (**ernia centrale e/o uncale**) → compressione di diencefalo e di tronco encefalico → **STATO DI COMA**



I disordini dello stato di coscienza

COMI STRUTTURALI



I disordini dello stato di coscienza

COMI da disfunzione generalizzata

ENCEFALOPATIE METABOLICHE

- **Ipossia** (anche intossicazione monossido di carbonio, ipercapnia)
- **Ischemia cerebrale diffusa**
- **Ipoglicemia** (a volte coma ad insorgenza acuta), **iperglicemia**
- **Carenze vitaminiche**
- **Anomalie dell' osmolarità plasmatica** (es. coma diabetico iperosmolare non chetoacidotico), **del pH**
- **Diselettrolitemie** (ipersodiemia, iposodiemia)
- **Disturbi della termoregolazione** (Ipertermia maligna)
- **Insufficienze d' Organo** (fegato, reni, insufficienza respiratoria)
- **Malattie endocrine** (insufficienza surrenalica, pancreatica, **ipotiroidismo, ipoparatiroidismo**)

I disordini dello stato di coscienza

COMI da disfunzione generalizzata

COMI TOSSICI da:

- **Farmaci sedativi** (barbiturici, antipsicotici, antiepilettici, benzodiazepine, etc)
- Alcool
- Oppiacei
- Metalli pesanti, etc..
- Ipotermia, colpo di calore

COMI DA PROCESSI STRUTTURATI GENERALIZZATI (non focali)

- **Encefaliti, Meningiti**, Meningoencefaliti, encefalopatie edemigene, emorragie subaracnoidee diffuse

COMI EVOLUTIVI DA MALATTIE (NEURO)DEGENERATIVE

- M. di Alzheimer avanzata, Creutzfeld-Jacob (Prioni), Leucodistrofie

I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

- **Sincope/Svenimento**
- **Epilessia/Crisi Epilettiche**
- **Ischemia cerebrale**
- **Narcolessia/attacco cataplettico**
- **Emicrania**
- **Crisi Psicogene/Patologia psichiatrica**



EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA
(↓ tono posturale)

EMERGENCY

**SYNCOPE
UNIT**

HOME



I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

Epidemiologia delle Cause:

Si distinguono generalmente:

1. Perdite di coscienza da eventi sincopali

- Sincope Riflessa neuro-mediata → **50%**
- Sincope da Ipotensione Ortostatica (OH) → **6%**
- Sincope da Aritmie cardiache → **11%**
- Malattie cardiache strutturali e cardiopolmonari → **3%**

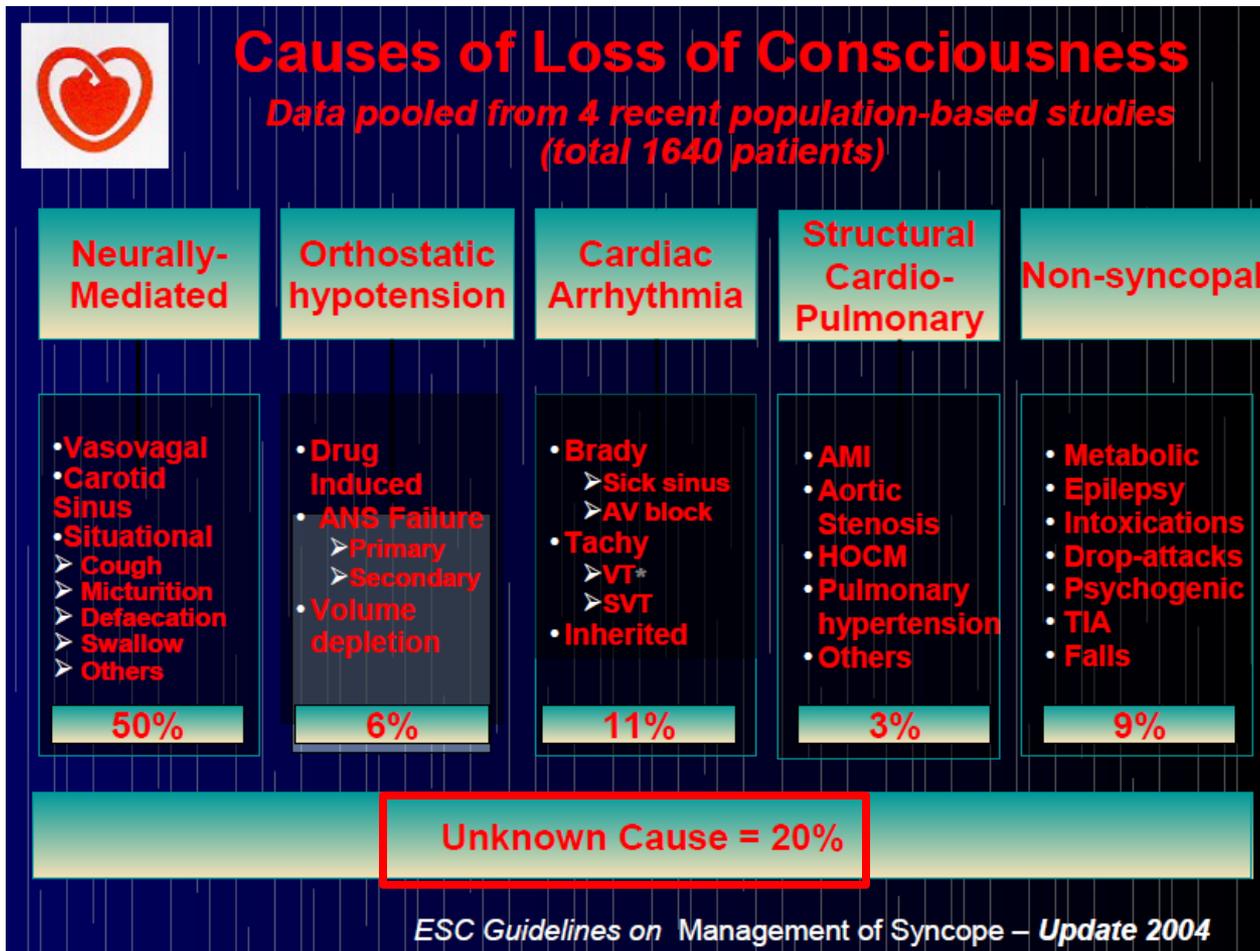
2. Perdita di coscienza da eventi non sincopali → **9%**

- Epilessia
- Attacco ischemico transitorio vertebro-basilare
- Intossicazioni
- Malattie metaboliche (diabete)

3. Perdita di coscienza non reali (cataplessia, crisi psicogene, drop attacks)

I disturbi TRANSITORI dello stato di coscienza

Epidemiologia delle Cause:



I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

Quali sono i sintomi premonitori?:

- **Sincope Vasovagale:** lipotimia, fase iniziale di "innesco" = esaltata attività parasimpatica (sudorazione, pallore, tachicardia, midriasi).
- **Sincope da Ipotensione ortostatica** (spesso minzionale): sensazione di ripienezza gastrica in ortostatismo prolungato o durante la minzione
- **Sincope Cardiaca:** precordialgia (dolore toracico)
- **Causa cerebrovascolare:** sintomi neurologici focali
- **Cause metaboliche ipossiche** (subacquei): alterate percezioni sensoriali (suoni, colori) e parestesie cutanee
- **Cause metaboliche ipoglicemiche** (crisi ipoglicemiche del diabetico): sensazione di fame e sonnolenza e ipersudorazione
- **Cause psicogene in corso di iperventilazione** (crisi d'ansia): vertigine, parestesie periorali, mani,

I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

Le Sincopi:

- Rappresentano il 60-70% delle perdite di coscienza
- Sono causate da un **brusco calo della pressione arteriosa favorito da diversi meccanismi** → alterazioni della vista, sensazione di debolezza diffusa → SVENIMENTO

Sincope: aspetti clinici

da $\sigma\psi\nu$ – $\kappa\omicron\pi\tau\epsilon\iota\nu$ = spezzare

Improvvisa perdita di coscienza (s. cardiaca)

Nella insuff. autonoma esordio graduale con lentezza nel pensiero, visione nera, etc

Perdita del controllo motorio (flaccidità o rigidità)

Mioclonie

Incontinenza urinaria

Ferita alla lingua

Ipotensione ortostatica

↓ Pressione arteriosa sistolica di 20 mmHg

↓ Pressione arteriosa diastolica di 10 mmHg

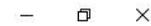
(Clin Auton Res, 1996)

Sintomi da ipoperfusione cerebrale:

- ✓ Sensazione di “testa leggera”
- ✓ Disturbi visivi (visione offuscata, scotomi, “tunnel vision”, blacking out)
- ✓ Perdita di coscienza
- ✓ Difficoltà di concentrazione o altri disturbi cognitivi



myoclonus-syncope01.avi - Lettore multimediale VLC



Media Riproduzione Audio Video Sottotitolo Strumenti Visualizza Aiuto



0:03:32:2

myoclonus-syncope01.avi

00:01

00:16





00:03 00:15

Control panel for VLC media player including play/pause, stop, previous, next, full screen, playlist, extended settings, repeat, and shuffle buttons. A volume indicator shows 109%.

I disturbi TRANSITORI dello stato di coscienza

Le Sincopi:

In base al meccanismo si riconoscono:

- **Sincopi Vaso-Vagali:** da eccessiva attivazione del sistema vagale-parasimpatico che porta a calo della frequenza cardiaca e vasodilatazione → ↓↓ PRESSIONE ARTERIOSA
- **Sincopi da Ipotensione ortostatica:** il passaggio da sdraiato alla stazione eretta (ortostatismo) favorisce un ↓↓ della PRESSIONE ARTERIOSA non compensata da attivazione del sistema simpatico (che ↑ frequenza cardiaca e la vasocostrizione)
- **Sincopi da aritmie:** le aritmie provocano una alterata contrazione cardiaca → minor flusso di sangue al cervello con minore PRESSIONE ARTERIOSA → SVENIMENTO
- **Sincopi da anomalie strutturali cardio-polmonari:** alterazioni strutturali cardiache o dei vasi polmonari (stenosi valvolari cardiache, stenosi dell'aorta o dei vasi polmonari) → minor flusso di sangue ossigenato al cervello → SVENIMENTO

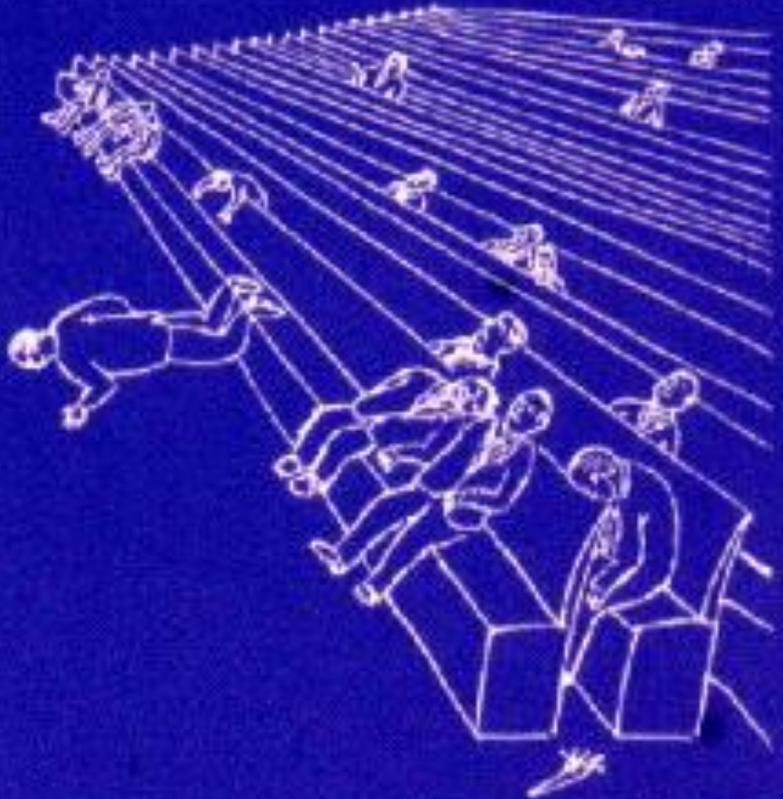
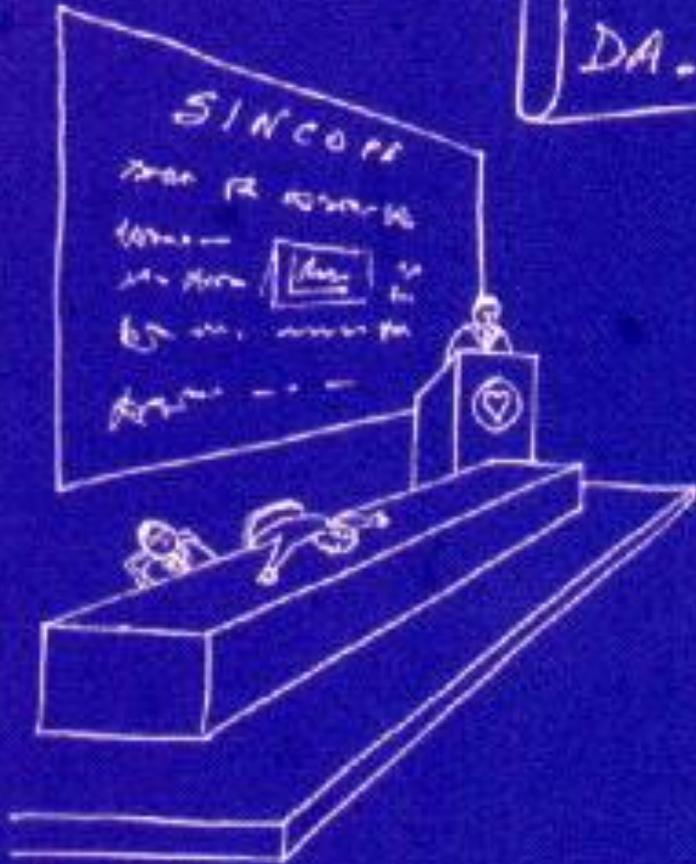


NO !!
Il paziente è cardiologico

Il paziente è internistico !

NO !!
Il paziente è neurologico

SINCOPE
DA.... CONGRESSO !!



I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

EPILESSIA:

Definizione Epilessia

L'epilessia viene definita come una **sindrome cerebrale cronica, a carattere irritativo**, caratterizzata da una storia di **almeno due crisi cerebrali** definite crisi epilettiche

Definizione crisi epilettica

manifestazione parossistica caratterizzata dalla presenza isolata o dall'associazione variabile di disordini motori, sensoriali e somato-sensoriali, psicomotori, psicosensoriali, neurovegetativi, affettivi e dello stato di coscienza, che è limitata nel tempo e presumibilmente **associata a un'attività neuronale esaltata e ipersincrona**.

I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

EPILESSIA:

CAUSE ORGANICHE : Tumori, difetti cerebrali congeniti, febbre (bambini), infezioni, cause tossiche e metaboliche, traumi, ischemia

CAUSE GENETICHE: mutazioni genetiche di canali delle cellule neuronali

CRISI CONVULSIVE

- **PARZIALE SEMPLICE o focale** (irrigidimento o spasmo di una parte del corpo, aura con percezione di odori, luci, senza perdita di coscienza)
- **PARZIALE COMPLESSA** (crisi parziale semplice + automatismi orali o gestuali, sguardo vitreo, confusione, senza perdita di coscienza)
- **GENERALIZZATA TONICO-CLONICA** (perdita di coscienza)
 - fase tonica di rigidità, possibile apnee e lesioni della lingua
 - Fase clonica con spasmi violenti del corpo e bava alla bocca
 - Fase postcritica con sonnolenza e stato confusionale
- **GENERALIZZATA CON ASSENZA** (breve durata, con perdita temporanea di consapevolezza, senza caduta al suolo, può anche passare inosservata)

Epilessia



I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

EPILESSIA: cosa fare durante una crisi epilettica

Crisi **Focali Complesse** con disturbo del contatto e/o automatismi

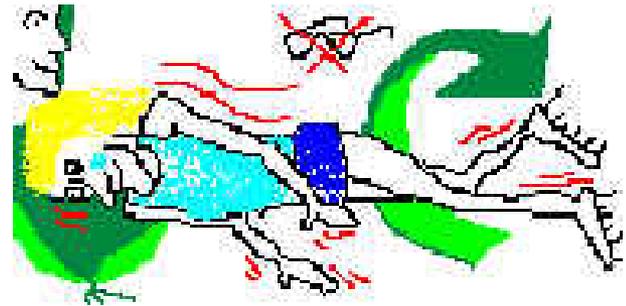
Durante la crisi : la persona può avere sguardo fisso, dare risposte inadeguate, sedersi, alzarsi, aggirarsi senza finalità, masticare, deglutire...

- Non cercare di fermare o trattenere il soggetto
- Lascia evolvere liberamente la crisi
- Allontanalo da oggetti e situazioni pericolose
- Aspetta con pazienza la ripresa del contatto senza forzare il soggetto con parole o atti.
- Non lasciare solo il soggetto fino alla completa ripresa

I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

EPILESSIA: cosa fare durante una crisi epilettica

Crisi generalizzata tonico-clonica con caduta rigidità e scosse



- Mantieni la calma
- Ricorda che anche se il soggetto si agita molto non soffre
- Lascia evolvere liberamente la crisi
- Via occhiali metti qualcosa di morbido sotto la testa
- Ruota il soggetto su un fianco
- Non introdurre nulla tra i denti, non cercare di aprire la bocca
- Allontana le fonti di pericolo (spigoli, vetri, elettricità, auto)
- Aspetta con pazienza la ripresa del contatto senza forzare il soggetto con parole o atti.

I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

Tavola 13

Gestione di crisi tonico-clonica acuta

EPILESSIA:

cosa fare durante una crisi

Crisi generalizzata tonico-clonica con caduta rigidità e scosse



Aiutare il paziente a sdraiarsi e ruotarlo su di un lato per evitare soffocamento

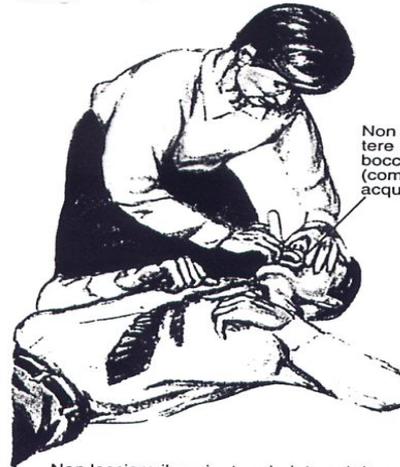


Annotare la durata della crisi



Slacciare i vestiti e togliere gli occhiali

JOHN A. CRAIG AD
OCIBA-GEIGY



Non cercare di mettere qualcosa nella bocca del paziente (compresi farmaci o acqua)

Non lasciare il paziente sdraiato sul dorso

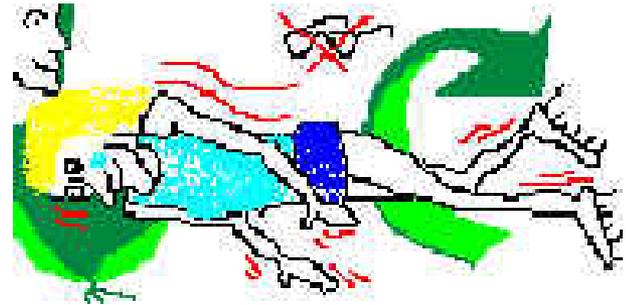


Non sottoporre il paziente a costrizione fisica dopo la crisi; ciò può provocare un comportamento aggressivo

I disordini TRANSITORI dello stato di coscienza

EPILESSIA: cosa fare durante una crisi epilettica

Crisi generalizzata tonico-clonica con caduta rigidità e scosse



- In genere la crisi si risolve spontaneamente in pochi minuti
- E' inutile chiamare l'autambulanza e portare il soggetto in ospedale **a meno che.....**
 1. la persona non si riprenda dopo 5 min.
 2. subentrino altre crisi senza recupero della coscienza
 3. la persona sia ferita o richieda espressamente l'intervento dell'autoambulanza

Pseudo-crisi epilettiche



:04



I disordini neurologici focali ad esordio improvviso

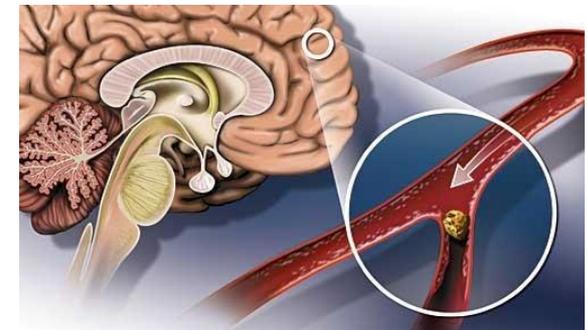
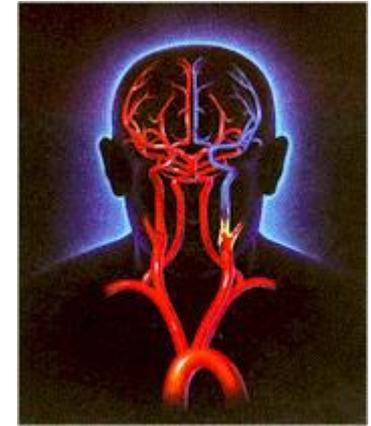
La causa di tali eventi è nella stragrande maggioranza dei casi una **Malattia cerebrovascolare ad esordio acuto**.

La modalità di insorgenza di patologia cerebrovascolare acuta fa sì che nel gergo comune si parli di: “**accidente cerebrovascolare**” o “**ictus**” → per indicare il carattere **IMPROVVISO** di insorgenza della sintomatologia.

I disordini neurologici focali ad esordio improvviso

Le Malattie cerebrovascolari:

- Gruppo eterogeneo di malattie unificate dal fatto che la causa è un **disturbo circolatorio a livello encefalico**.
- Meccanismo causale:
 - **ischemia** (chiusura di un vaso arterioso → danno o disfunzione dovuti ad ipossia ischemica) → **ICTUS ISCHEMICO**
 - **emorragia** (parenchimale o subaracnoidea → rottura di un vaso arterioso) → **ICTUS EMORRAGICO**



I disordini neurologici focali ad esordio improvviso

Le Malattie cerebrovascolari :

Gravità clinica varia notevolmente:

- forme con disturbi completamente reversibili
 - forme con alto tasso di mortalità o gravi esiti neurologici permanenti.
-
- In base alla durata del quadro clinico, distinguiamo:
 - **ictus cerebrale** (deficit che dura > 24h)
 - **attacco ischemico transitorio** (deficit < 24h) → **TIA**

I disordini neurologici focali ad esordio improvviso

Le Malattie cerebrovascolari : QUADRO CLINICO

Sintomatologia d'allarme **IMPROVVISA** ad

ESORDIO ACUTO :

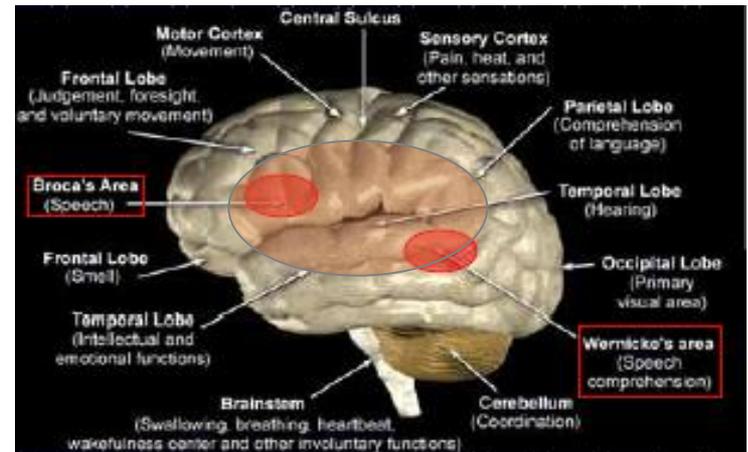
- *Calo del visus, emiparesi, paresi inferiore del n. facciale (bocca storta), disartria, afasia, incapacità di coordinazione tipo atassia, disordini della sensibilità, vertigini, incapacità di riconoscere lo spazio intorno a se.*
- *In alcuni casi il paziente perde coscienza, che può essere transitoria o prolungarsi per ore o giorni (spesso in caso di emorragie cerebrali)*

I disordini neurologici focali ad esordio improvviso

Le Malattie cerebrovascolari : QUADRO CLINICO

Ictus ischemico da occlusione di arteria cerebrale media (vaso importante)

- Emiplegia/emiparesi controlaterale alla lesione
- Emianestesia
- Emianopsia laterale omonima
- Deviazione testa e OO verso lesione cerebrale
- Se emisfero dominante → afasia globale
- Se emisfero non dominante → anosognosia,



I disordini neurologici focali ad esordio improvviso

Le Malattie cerebrovascolari :

- Nel caso di ictus è indicato il ricovero immediato in apposite strutture semi-intensive dedicate (stroke-unit).
- Il paziente deve arrivare entro le quattro ore e mezza in una struttura che possieda l'apparecchiatura e l'approvazione per eseguire sia la diagnostica sia l'eventuale unica terapia disponibile attualmente in fase acuta → **TROMBOLISI**

ENDOVENOSA E ARTERIOSA

TEMPO PREZIOSO PER SALVAGUARDARE I NEURONI...

MIASTENIA GRAVIS: CLINICA

fenomeno miastenico: disordine di moto periferica che si aggrava con esercizio e si attenua con riposo: il paziente è estremamente affaticabile

disturbi si aggravano durante l'arco della giornata, diventano marcati alla sera.

caratteristico il coinvolgimento dei muscoli oculomotori:

elevatore della palpebra → ptosi

muscolatura oculare estrinseca → diplopia

Muscoli masticatori occlusori → mascella cadente

anche muscoli bulbari, con disartria, disfagia, disfor

miastenia generalizzata: forma grave

dispnea → insufficienza respiratoria

(crisi miastenica → dare farmaco)

se eccesso di farmaco → **crisi colinergica** →

sospendere farmaco, con iperattività vagale →
bradicardia, sudorazione, miosi, aumento salivazione, oltre alla dispnea.

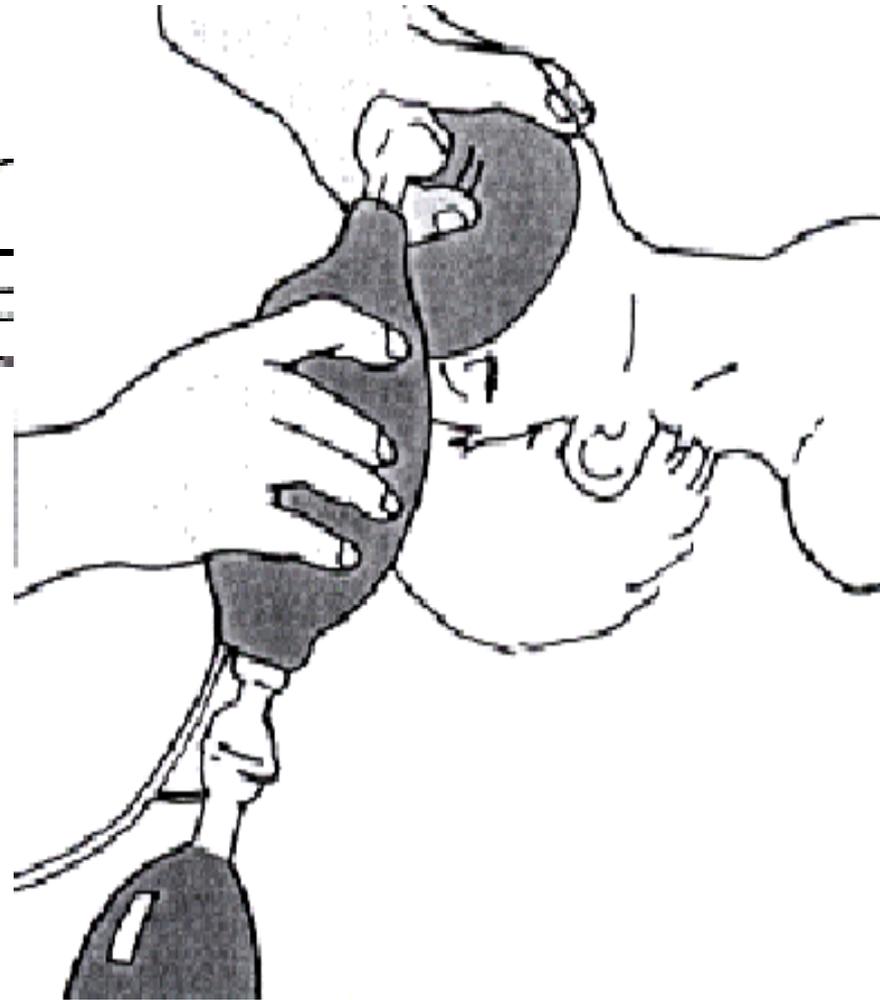
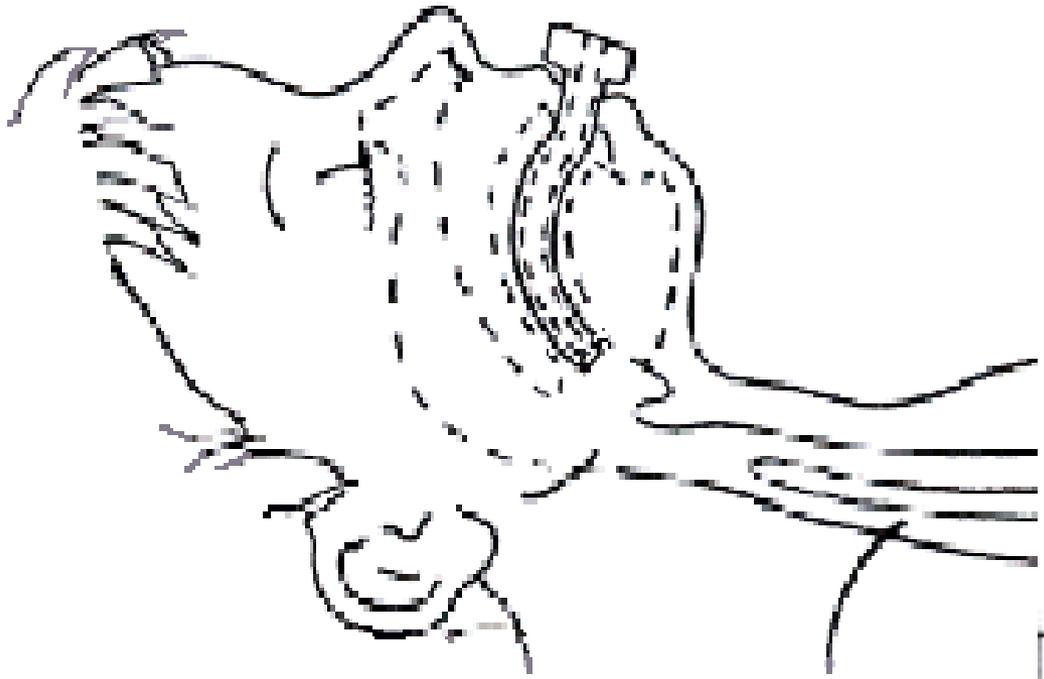


CRISI MIASTENICA

Paralisi respiratoria: peggioramento rapido della miastenia in pazienti non controllati adeguatamente dagli anticolinesterasici.

In pazienti con MG nota (grado IIB e IV) o come quadro di esordio, favorita da fattori scatenanti vari.

Trattamento: alte dosi di prostigmina e.v. e interventi di assistenza rianimatoria respiratoria





Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non



Parte 6

I disordini psichiatrici

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

- Le urgenze psichiatriche costituiscono una condizione relativamente frequente nella medicina di base e sul territorio.
- In tali situazione ogni operatore sanitario dovrebbe tentare di **inquadrare** (in assenza di personale medico) **il caso che gli si pone innanzi e valutare l'eventuale esistenza di un quadro psicopatologico** (pericoloso) e non di semplici reazioni emotive a situazioni conflittuali o di comportamenti soltanto atipici.
- Identificare e indirizzare verso il servizio terapeutico e o assistenziale più idoneo...

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

Breve semeiotica psichiatrica d'urgenza:

- IL COMPORTAMENTO
- IL RAPPORTO DI REALTA'
- L'ORIENTAMENTO
- LA CRITICA

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

Breve semeiotica psichiatrica d'urgenza:

IL COMPORTAMENTO del paziente

Osservare la persona e raccogliere informazioni cliniche e/o concernenti la situazione.

Valutare il finalismo dei comportamenti osservati cioè quanto essi siano indirizzati a perseguire un determinato scopo e sono adeguati ad esso.

Le principali **alterazioni del comportamento** osservabili sono :

1. L'**irrequietezza** degli stati d'ansia
2. L'**eccentricità** apparentemente inspiegabile di certi gesti, movimenti, smorfie o espressioni talora ripetitivi che possono denotare la sottostante presenza di allucinazioni oppure di una psicosi. (pz.riempiono orecchie di cotone, o che si voltano d'improvviso come se sentissero o vedessero qualcosa).
3. L'**affaccendamento** del soggetto confuso e disorientato nel tempo e nello spazio.

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

Breve semeiotica psichiatrica d'urgenza:

IL COMPORTAMENTO del paziente

Osservare la persona e raccogliere informazioni cliniche e/o concernenti la situazione.

Valutare il finalismo dei comportamenti osservati cioè quanto essi siano indirizzati a perseguire un determinato scopo e sono adeguati ad esso.

Le principali **alterazioni del comportamento** osservabili sono :

4. Le grandi **crisi di autoaggressività** quali condotte autolesive o suicidarie
5. Le **crisi di eteroaggressività** a volte non solo verbale ma rivolta contro oggetti e persone.
6. Condizioni di **rallentamento o inibizione psicomotoria** eccessiva rispetto al consueto: anergia. Forme depressive gravi e nelle forme psicotiche gravi.

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

Breve semeiotica psichiatrica d'urgenza:

IL RAPPORTO DI REALTA' del paziente

La capacità di comprendere e formulare all'interno di sé una corretta rappresentazione e interpretazione della realtà (capacità di interagire con il mondo esterno in maniera appropriata e finalistica)

Delirio: insieme di idee che si articolano più o meno in maniera articolata o coerente tra loro creando **una convinzione falsa ed erronea** che implica l'adesione del soggetto in maniera totalizzante (impermeabile alla critica e incorreggibili dall'esperienza). Almeno IV tipi di deliri:

1. Delirio di persecuzione: convinzione di essere vittime di una cospirazione o di un complotto.
2. Delirio di grandezza : convinzione di possedere poteri speciali
3. Delirio di gelosia : infedeltà
4. Delirio di colpa: convinzione di aver commesso atti imperdonabili.

N.B. ***Distinguere dal DELIRIUM, ovvero stato confusionale, disorientamento spazio temporale,***

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

Breve semeiotica psichiatrica d'urgenza:

IL RAPPORTO DI REALTA' del paziente

La capacità di comprendere e formulare all'interno di sé una corretta rappresentazione e interpretazione della realtà (capacità di interagire con il mondo esterno in maniera appropriata e finalistica)

Allucinazioni : percezione sensoriale senza l'oggetto da percepire. Possono essere tante quante i sensi: Visive, Uditive, Olfattive e gustative.

Si può anche convivere bene con la propria allucinazione.

- E' l'elemento di novità della sintomatologia insieme alla sua gravità e intensità che rappresenta il criterio in base al quale decidere se inviare il paziente al Pronto Soccorso.
- Porre attenzione al caso del depresso in cui le alterazioni del rapporto di realtà possono essere poco appariscenti → sorveglianza e salvaguardia dello stesso paziente rispetto ad un ipotetico **rischio suicidiario**.

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

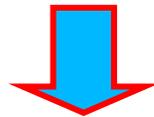
Breve semeiotica psichiatrica d'urgenza:

L' **ORIENTAMENTO** del paziente

Valutare l'orientamento nello spazio nel tempo e nella persona.

→ Fare domande banali: come si chiama, dove si trova, cosa sta facendo, notizie autobiografiche.

Il **disorientamento sul sé** presuppone un'alterazione consistente del rapporto di realtà che si verifica pressochè esclusivamente in forme gravi di psicosi o nel delirium....



Avvertire i soccorsi...

I disordini psichiatrici

Le EMERGENZE PSICHIATRICHE:

Regole **GENERALI**

- Ogni qual volta intravedete la possibilità/ il pericolo che il soggetto possa arrecare **danno a se stesso o ad altri** → avvaletevi il prima possibile di soccorsi prestabiliti dalla struttura o forniti dal servizio sanitario nazionale → **T.S.O: trattamento sanitario obbligatorio**

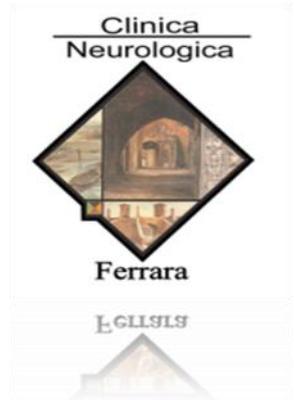
E' inoltre bene sapere che:

- Ogni qual volta un operatore, che sia medico o meno, si trova ad intervenire su un paziente psichiatrico soprattutto se ciò avviene al di fuori delle strutture sanitarie dedicate, che ne sia consapevole o meno, egli affronta implicitamente situazioni con risvolti di tipo medico legale



Nozioni di Primo Soccorso

Nelle emergenze neurologiche e non



Parte 7

Quadri da Intossicazioni



Intossicazioni

DEFINIZIONI

- **Intossicazione:** stato morboso dovuto all'azione sui tessuti dell'organismo di sostanze endogene o esogene capaci di alterare in modo transitorio o permanente il biochimismo cellulare.
- **Tossicomanie:** uso abituale di droghe naturali o sintetiche assunte sotto varia forma e per diverse vie. Induce inizialmente emozioni piacevoli, mutamento dello stato psichico e comporta l'assuefazione.
- **Alcolismo:** Intossicazione prodotta dall'abuso di bevande alcoliche.
- **Sindrome d'astinenza:** è una complessa sintomatologia fisica e psichica che si manifesta alla sospensione dell'assunzione di una o più sostanze nei confronti delle quali un soggetto abbia sviluppato una dipendenza

L'OMS definisce la **DIPENDENZA ALCOLICA**, in cui l'abuso di alcool non abbia ancora dato danni tali da rendere necessario l'intervento medico, come

“uno stato psichico e generalmente anche fisico caratterizzato da una compulsione ad assumere alcool in modo continuo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e di evitare il disagio della sua assenza”



Munch, Oslo, the day after

Intossicazioni



- Le intossicazioni possono essere di vari tipi, in base alla via di assunzione dell'agente tossico:

- **ingestione**: l'assunzione avviene per assorbimento attraverso l'apparato digerente (volontaria o meno)
- **inalazione** l'ingresso della sostanza avviene attraverso le vie aeree: è il meccanismo tipico dei gas, dei vapori e delle polveri.
- **via parenterale**: attraverso iniezione diretta nel sangue o nel sistema linfatico (iniezioni, punture di insetto)
- **contatto cutaneo**: gli effetti tossici sono legati all'azione diretta di sostanze irritanti o corrosive e all'assorbimento attraverso la pelle
- **Contatto con congiuntiva e occhi** (anilina, cianuro, diossina, insetticidi).

Intossicazioni



Segni e Sintomi:

- **ingestione:** • dolore alla deglutizione (se caustici o acidi)
 - ustioni alla bocca e all'esofago (se caustici o acidi)
 - salivazione eccessiva o schiumosa • dolori addominali
 - nausea e vomito • diarrea
- **inalazione:** • bruciore agli occhi • irritazione delle vie respiratorie con bruciore a bocca, naso, gola e torace • tosse e senso di soffocamento
 - dispnea • cianosi • diarrea per inalazione di insetticidi
- **via parenterale:** • reazione locale nel punto di penetrazione: gonfiore, eritema, prurito diffuso, bruciore o dolore
- **contatto cutaneo:** • prurito • lesioni cutanee irritative (eritema, ustioni) o allergiche (edema, eritema, vesciche)

Intossicazioni



Cosa Fare:

- **Proteggi Te stesso:** valutare attentamente la scena e l'ambiente (*osserva e annusa*) considerare la presenza di eventuali tossici nell'ambiente, non compiere atti azzardati (aspetta i V.V.F) prima di toccare i feriti valutare la presenza di agenti tossici sugli indumenti
- **Proteggi il paziente:** se necessario allontanarlo dalla fonte intossicante e portarlo in un luogo sicuro
- **Proteggi l'ambiente:** se sospettate la presenza di tossici, non accendere fiamme, torce, luci, motori. Evacuare l'ambiente se c'è rischio di contaminazione; delimitare eventuali aree di rischio impedire l'accesso a persone estranee non diffondere panico nei presenti



Allertare Vigili del fuoco e/o forze dell'ordine in tutti i casi di tossici ambientali non identificati o pericolosi (gas esplosivi o infiammabili!)

Intossicazioni



Trattamento:

- Valutare: vie di penetrazione, quantità di tossico implicata, tempo di esposizione al tossico.
- Assistere il/i paziente/i: assicurare ABC soprattutto in caso di shock, turbe della coscienza; monitorizzare i parametri vitali; allertare i soccorsi in caso di alterazioni delle funzioni vitali
- Raccogliere informazioni: raccogliere e conservare recipienti delle sostanze tossiche coinvolte; se si tratta di intossicazione in ambito lavorativo allertare il pronto soccorso comunicando il tipo di tossico implicato (se identificato), la via di penetrazione e le condizioni dei pazienti
- Contattare il Centro Antiveneni: solo se il trasporto richiede tempi elevati (> 20-30 minuti); se sei presente come soccorritore occasionale; raccogliere e comunicare le informazioni essenziali (età e peso del paziente, identificare sostanza, stabilire il tempo trascorso dal contatto)

Intossicazioni



Trattamento in caso di tossici ingeriti:

- **Provocare il vomito stimolando la faringe con un dito**
 - Non farlo se il paziente ha ingerito: caustici (aggrava le lesioni esofagee) sostanze schiumogene (rischio inalazione schiuma) derivati dal petrolio o solventi (causano lesioni polmonari) non conosci la natura del tossico
- **Se il paziente non è ben cosciente:**
 - non somministrare nulla per bocca; assistere il paziente se vomita spontaneamente (ruota su un fianco) → conservare il vomito se possibile; mettere il paziente in posizione laterale di sicurezza.

Intossicazioni



Trattamento in caso di tossici inalati:

- Sospettare sempre un'intossicazione da inalazione nei seguenti casi: ambiente chiuso in cui sia avvenuta o sia in corso qualunque tipo di combustione (camini, stufe, scaldabagni); presenza di motori non elettrici in funzione, strani odori avvertibili nella zona, dispersione di prodotti chimici nell'ambiente
- **Agire in fretta:** aerare l'ambiente e allontanare il paziente (priorità assoluta!!!); attuare provvedimenti relativi alla sicurezza; porre il paziente in posizione semiseduta/seduta se in buone condizioni; porre supino se incosciente o con segni di shock; porre il paziente in Posizione Laterale di Sicurezza (PLS) se vomita; coprire il paziente (alcuni tossici come il metano causano ipotermia!) → se vi è la possibilità somministrare ossigeno ad alti flussi.



INDOSSARE sempre MASCHERINA

Intossicazioni



Trattamento in caso di tossici da contatto:

- Indossa i guanti
- Allontana il tossico: rimuovi gli indumenti contaminati
- Lava la parte colpita con acqua corrente o soluzione fisiologica per 10 min
- Non usare altre sostanze chimiche per rimuovere il tossico
- Non applicare pomate o colliri
- Trattare le eventuali ustioni associate
- Non usare acqua e sapone se il tossico è derivato dal petrolio
- Spazzolare a secco in caso di calce secca (si attiva con l'acqua)
- Se sono colpiti gli occhi, lava con fisiologica in una siringa per 20 min, no in caso di calce secca!!

Intossicazioni da droghe e alcool

Droghe:



- Si intendono tutte le sostanze in grado di influenzare la mente; alcune di queste sono illegali, altre sono psicofarmaci, altre ancora vengono vendute liberamente.
- l'uso e l'abuso di tali sostanze porta a una dipendenza che può essere:
 - **Fisica** per assuefazione (es. alcool, eroina)
 - **Psicologica** per reazione di fuga dal mondo e benessere psicologico
 - **Sociale** per bisogno di appartenere ad un gruppo
- Overdose: indica quando si assume una dose di droga superiore a quella tollerata dall'organismo
- Tipiche sono le reazioni di allucinazione, eccitazione e aggressività mettono in pericolo sia il soggetto che le persone che gli stanno intorno

Intossicazioni da droghe e alcool

Categorie di Droghe:

- **PSICODEPRESSIVE** → diminuiscono le facoltà mentali
 - Alcool – tranquillanti – oppiacei (morfina/eroina)
- **PSICOSTIMOLANTI** → eccitatorie
 - Cocaina - Anfetamine
- **PSICOALTERANTI** → allucinogene
 - Acidi (LSD, Ecstasy) - Cannabinoidi



Gli **allucinogeni** provocano viaggi (**trip**) psichedelici in cui la percezione di sé e dell'ambiente circostante viene alterata. E' quindi possibile non distinguere la realtà dall'immaginario e perdere i **confini** spazio temporali, confondendo il proprio **sé** con quanto ci circonda. I trip possono essere piacevoli, con forti sensazioni di benessere, oppure "bad trip", con sensazioni molto negative.

L'**eroina** (**oppiaceo**) viene usata da chi ricerca il flash, un momento di benessere acuto e improvviso. L'assunzione, anche di poche dosi, può generare dipendenza in modo molto rapido, sia dal punto di vista fisico che psicologico.

La **cocaina** agisce sul cervello influenzando l'energia, la memoria, la vigilanza, l'umore, il piacere. All'inizio dà sicurezza, efficienza, vitalità intellettuale, esalta la resistenza fisica. Quando termina l'effetto c'è il cosiddetto **down**: ci si sente stanchi, si entra in depressione e, con il tempo e l'aumento delle dosi si giunge a non provare piacere per nessuna cosa. In poco tempo la cocaina porta all'abuso: si sente sempre più forte il bisogno di prenderne ancora, fino al punto in cui, se dosi e frequenza aumentano, non si riesce più a farne a meno. L'**overdose** può portare alla morte per arresto cardiaco, convulsioni o paralisi respiratoria.

Intossicazioni da droghe e alcool



EMERGENZA:

Due tipi di emergenze:

- **Overdose:** rilievo di alterazione dello stato di coscienza associato a segni evidenti di assunzione della droga → allertare immediatamente il 118 (Emergenza più emergente → il paziente rischia seriamente la vita)
- **Sindrome di astinenza:** paziente che manifesta dolorose contrazioni muscolari spt in sede lombare e arti inferiori, accompagnate da irrequietezza motoria che possono sfociare in vere e proprie crisi di agitazione psicomotoria, si possono associare algie ossee, 'crisi viscerali' caratterizzate da intense algie addominali con vomito e diarrea. In questi casi il quadro psicologico è dominato da *intense pulsioni alla ricerca della droga di elezione*, connotate da angoscia, ansia, auto- ed eteroaggressività, frequenti sono gli episodi di violenza, anche molto gravi, per l'incapacità del paziente di dominare gli impulsi.

Intossicazioni da droghe e alcool

EMERGENZE IN CORSO DI ALCOLISMO:



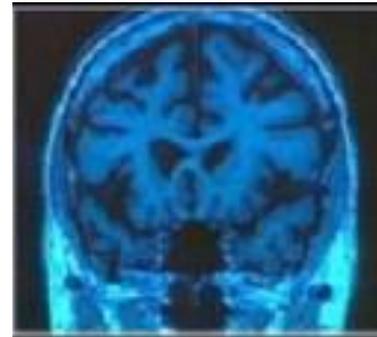
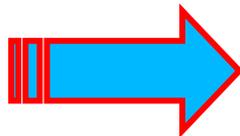
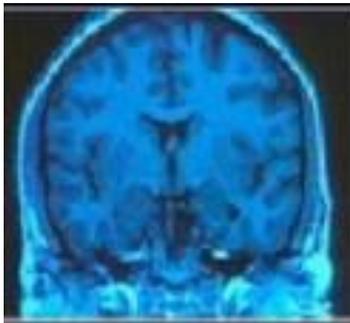
- Nella storia naturale dell'alcolista, le emergenze rappresentano un'evenienza comune e possono costituire una situazione che mette in pericolo la vita del paziente.
 1. Intossicazione acuta e cronica
 2. Sindrome d'astinenza
 3. Patologie d'organo
 4. Traumi



Intossicazioni da droghe e alcool

Effetti dell'Alcool:

- Depressori sul SNC (ipnotici e anestetici)
- Induce vasodilatazione cutanea (ipotermia)
- Stimola la secrezione del succo gastrico
- Inibisce la secrezione di ormone anti diuretico e la neoglicogenesi (ipoglicemia)
- Induce chetosi attraverso la produzione di acido idrossibutirico
- La latenza di azione è di 30 – 60 min dopo l'ingestione
- Il picco d'effetto si ha dopo 90 min a stomaco vuoto
- La metabolizzazione avviene attraverso il fegato (CIRROSI nel cronico)



Intossicazioni da droghe e alcool



EMERGENZE nell'alcolista: INTOSSICAZIONE ACUTA

- Sintomatologia variabile, correlata con il livello ematico di etanolo, ma dipende da:
 - Tolleranza individuale
 - condizioni generali
 - contemporanea assunzione di altre sostanze (eroina, sostanze ricreative, psicofarmaci, etc)
 - stato psicologico e situazione ambientale e sociale
 - differenze individuali e legate al sesso

Intossicazione e alcolemia

- 0,25 g/l disinibizione
- 0,50 g/l impaccio motorio e incoerenza logica
- 1,00 g/l evidenti disturbi dell'equilibrio e della marcia
- 2,50 g/l confusione, torpore sino allo stupore
- 4,00 g/l coma sino alla morte

Per il fenomeno della tolleranza questa correlazione non è valida negli etilisti cronici nei quali è frequente riscontrare livelli elevati di alcolemia senza segni grossolani di ubriachezza.

Intossicazioni da droghe e alcool



EMERGENZE nell'alcolista: INTOSSICAZIONE ACUTA

- Sintomatologia variabile , correlata con il livello ematico di etanolo, ma dipende da:
 - Tolleranza
 - condizioni generali
 - contemporanea assunzione di altre sostanze (eroina, sostanze ricreative, psicofarmaci, etc)
 - stato psicologico e situazione ambientale e sociale
 - differenze individuali e legate al sesso

Nessun effetto: 1 bicchiere di vino, 1 boccale di birra, 1 bicchierino di superalcolici

Euforia

- 4 bicchieri di vino
- 2/6 boccali di birra
- 2/4 bicchierini di superalcolici

Coma

- 9 bicchieri di vino
- 14 boccali di birra
- 8 bicchierini di superalcolici

Intossicazioni da droghe e alcool



EMERGENZE nell'alcolista: INTOSSICAZIONE ACUTA

- **Etilismo acuto semplice:** euforia, modificazione dell'umore, disinibizione con senso di benessere, logorroico; già presenti alterazioni della coordinazione motoria, delle funzioni sensoriali e dei riflessi
- **Etilismo acuto eccito-motorio:** prevalgono agitazione psico-motoria, aggressività. Il soggetto tende all'iperattività, ha scarso autocontrollo, presenta loquacità anormale con riduzione della capacità critica e del giudizio e irritabilità
- **Etilismo acuto maniacale:** prevale l'ipertono dell'umore con verbosità e idee di grandezza
- **Etilismo acuto depressivo:** l'umore è depresso; Il rischio di suicidio è spesso presente nell'etilismo in chi è già portatore di una sindrome depressiva
- **Etilismo acuto delirante:** idee deliranti, aspetti di franca psicosi acuta

Intossicazioni da droghe e alcool



EMERGENZE nell'alcolista:

INTOSSICAZIONE ACUTA GRAVE → Coma Alcolico

- Coma ipo-arefflessico
- Miosi, bradipnea, ipotermia,
- Alitosi e iniezione congiuntivale
- Respiro stertoroso
- Tachicardia
- Stato di shock
- Chetoacidosi alcolica
- Incontinenza sfinteriale
- **COMPLICANZE:** Ipotermia, Rabbdomiolisi, Disordini elettrolitici ed acido-basici, Emorragie gastrointestinali

Intossicazione acuta grave coma alcolico diagnosi differenziale

- Intossicazione da altre sostanze o farmaci; intossicazione mista
- Traumi non evidenti, specie intracranici
- Emorragie cerebrali spontanee
- Infezioni
- Ipoglicemia

Intossicazioni da droghe e alcool

EMERGENZE nell'alcolista:

SINDROME DA ASTINENZA ALCOLICA



- esclusivamente in etilisti cronici, sempre rivelatrice di uno stato di dipendenza
- I fattori scatenanti sono quelli che provocano una brusca astinenza: malattie infettive intercorrenti, traumi o fratture, interventi chirurgici
- insorgenza dopo 12/24 ore o 3-4 giorni dalla astensione volontaria o forzata dell'assunzione di alcol

SEGNI E SINTOMI

- **Quadro minore:** tremori, sudorazione, ansia e insonnia, tachicardia, ipertensione, nausea e vomito
- **Quadro maggiore:** episodi convulsivi generalizzati a tipo «grande male»
- **Delirium Tremens:** allucinazioni visive e acustiche (tipiche le microzoopsie), stato confusionale allucinatorio con intensa agitazione psicomotoria, ipertermia, turbe vascolari, disidratazione e gravi squilibri idro-elettrolitici, complicanze infettive, mortalità 2%-5%.

Intossicazioni da droghe e alcool

EMERGENZE nell'alcolista:

SINDROME DA ASTINENZA ALCOLICA

