



blsdnapoli

medicina di emergenza

Corso di Medicina d'emergenza Intermediate Life Support (ILS)

Due mila persone, in una città di due milioni di abitanti, hanno un arresto cardiaco improvviso in un anno. Può salvare la vita solo un defibrillatore, se presente nel raggio di cinquanta metri. I soggetti a rischio sono i cosiddetti "insospettabili": spesso persone che non hanno sofferto di patologie pregresse. L'uomo, tra i 45 ed i 55 anni e la donna, tra i 50 ed i 60 anni, in particolare se fumatori, se conducono una vita stressante e se anche in sovrappeso. **Le nuove linee guida** sono basate sul più recente Consenso Scientifico Internazionale sulla Rianimazione Cardiopolmonare. In presenza di uno stato di incoscienza, l'assenza di respiro o qualunque alterazione dello stesso dovrebbe far attivare un protocollo di invio per sospetto **arresto cardiaco**. Tutti i soccorritori, addestrati e non, dovrebbero effettuare compressioni toraciche alle vittime di arresto cardiaco. Una forte enfasi è stata espressa sull'esecuzione di **compressioni toraciche di alta qualità** ed essenziale; **l'obiettivo di comprimere il torace di almeno 5 cm** di profondità ad una **frequenza di almeno 100 compressioni al minuto**, permettere la completa retrazione della cassa toracica e ridurre al minimo le interruzioni tra le compressioni. I soccorritori addestrati dovrebbero anche **praticare le ventilazioni con un rapporto compressioni-ventilazioni (CV) di 30:2**;

L'utilizzo di dispositivi di suggerimento e feedback vocale durante la RCP, consente ai soccorritori di ottenere un **riscontro immediato**.

Viene posta maggiore attenzione sul rendere **minime le pause (senza compressioni)** sia **pre** che **postdefibrillazione**. Si raccomanda di **continuare il massaggio durante la carica del defibrillatore** che, insieme alla immediata ripresa delle compressioni dopo la defibrillazione, comporta un tempo disponibile per lo shock non superiore ai 5 secondi. **La sicurezza dei soccorritori** rimane un **aspetto primario** ed allo stesso tempo si vuole ricordare che i rischi "elettrici" per i soccorritori sono molto bassi, soprattutto se si indossano guanti.

Si raccomanda l'utilizzo fino a tre shock in rapida successione (stacked) per il trattamento della fibrillazione ventricolare/tachicardia ventricolare senza polso (FV/TV) durante le procedure emodinamiche o nell'immediato periodo postoperatorio in cardiocirurgia. Aumenta l'enfasi **sull'importanza di compressioni toraciche di elevata qualità interrotte il meno possibile durante tutta la durata di ogni intervento ALS**.

Aumenta l'attenzione sull'**utilizzo di "sistemi di rilevazione e allertamento"** (track

and trigger) per riconoscere il **paziente instabile** e per porre in atto trattamenti che possano prevenire l'arresto cardiaco intra-ospedaliero.

Viene posta maggiore attenzione sui **segni di allarme** associati ad un potenziale **rischio di morte cardiaca improvvisa extra-ospedaliera**.

La somministrazione di farmaci attraverso il tubo tracheale non è più raccomandata e qualora non si possa **ottenere un accesso venoso** i farmaci dovrebbero essere addirittura somministrati per **via intraossea (IO)**.

Durante la **gestione di un arresto cardiaco** sostenuto da FV/TV, la **prima dose di adrenalina 1 mg** deve essere somministrata **dopo il terzo shock dopo aver ripreso le compressioni toraciche** e successivamente ogni **3-5 minuti** (ossia a cicli alterni di RCP).

Anche l'**amiodarone al dosaggio di 300 mg** viene somministrato **dopo il terzo shock**. C'è il riconoscimento del **danno potenziale** causato dall'**iperossimemia** dopo la ripresa della circolazione spontanea: la **saturazione dell'ossigeno** nel sangue arterioso (SaO₂) può essere controllata in modo affidabile (tramite **pulsiossimetria** o emogasanalisi arteriosa) per regolare l'ossigeno inspirato in modo da ottenere una SaO₂ compresa tra il 94% e il 98 %.

L'ossigeno va somministrato solo ai pazienti con **ipossimemia, dispnea o congestione polmonare**.

L'iperossimemia può essere dannosa nell'infarto non complicato.

Dopo il recupero di una circolazione spontanea in seguito ad arresto cardiaco, la **somministrazione di ossigeno** necessita di una **regolazione attenta** della sua concentrazione ai fini di evitare l'iperossimemia.

Viene posta maggiore enfasi al trattamento della **sindrome post-arresto cardiaco**.

L'utilizzo corretto di tali **linee guida** è strettamente correlato alla possibilità di determinare una **ripresa dell'attività cardiocircolatoria e respiratoria** con **risparmio di vite umane**, nonché alla possibilità di **ridurre il numero di pazienti con relinqui neurologici di varia entità** che rappresentano un **problema sociale** di rilevante interesse.

Inoltre, si riconosce che la realizzazione di un **protocollo esauriente e strutturato** per il **trattamento post-rianimatorio** può **migliorare la sopravvivenza** dopo il ROSC delle persone colpite da arresto cardiaco.

OBIETTIVI

Acquisizione degli strumenti teorico - pratici per il riconoscimento ed il trattamento delle principali emergenze mediche: arresto cardiaco, angina, asma, epilessia e ostruzione delle vie aeree. Shock anafilattico e reazione allergica, sincope, ipo e iperglicemia. Gestione e somministrazione dei farmaci indicati (incannulamento venoso mediante braccio artificiale). Utilizzo dei presidi per la respirazione (laringoscopia, intubazione oro-tracheale etc.).

PROGRAMMA

Il corso consiste in una lezione teorica (mediante l'ausilio di proiezioni, ausili didattici etc.) ed una lezione pratica (mediante l'impegno di un costante rapporto interattivo docente/discente in "full immersion") con la successiva esecuzione, da parte degli allievi, in scene simulate.

Sono previste ed organizzate n°4 Piattaforme di Formazione / Isole di Simulazione ed addestramento pratico.

Isola di Simulazione n°1 sarà dedicata alla performance della RCP (qualità e frequenza compressioni etc.) ed all'immediato utilizzo in sicurezza del defibrillatore semiautomatico esterno

Isola di Simulazione n°2 sarà dedicata alla Gestione delle Vie Aeree (Presidi Sovraglottici, laringoscopia, cannula faringea, tecniche di ventilazione: bocca - bocca, bocca - maschera, pallone - maschera, etc.) L'Impiego di O₂,

Manovre di Disostruzione delle Vie Aeree nell'Adulto, in Età Pediatrica e Neonatale,

Manovra di Heimlich.

Isola di Simulazione n°3 sarà dedicata all'interpretazione di base dell'ECG ed alla lettura di tracciati elettrocardiografici delle più frequenti patologie cardiache. Saturimetria. Frequenza cardiaca.

Isola di Simulazione n°4 sarà dedicata all'Accesso Venoso periferico. Farmaci e dosi. Gli Allievi saranno divisi in gruppi da 4 - 6 per Isola.

Effettuate le sequenze previste sull'Isola assegnata, accederanno alle Isole successive. Sono previste ripetizioni delle manovre per gli esecutori che non effettuano le sequenze in modo corretto.

Al termine della sessione, gli Allievi si confronteranno tutti insieme in un Mega code relativo procedure ed applicazioni in possibili scenari reali.

Successivamente gli Allievi effettueranno il test finale di superamento della parte teorica e pratica (skill test).

INFORMAZIONI

Direzione del corso:

Dr. Giuseppe Galano

Direttore Centrale Operativa Regionale 118

Coordinamento scientifico:

Dr. Gennaro Ippolito

Dirigente Medico Medico dell'AORN "A. Cardarelli" presso la Rianimazione del 1°SAR

Sede: UNUCI, via S. Brigida, 64 - 80132 Napoli

Orario: 9.00-17.00

INFO: tel. 329.6184381 | info@blsdnapoli.it

www.blsdnapoli.it | **facebook: blsd napoli**



blsd napoli aut.Reg. Campania D.D. n.63 del 14/11/2014

