

■ CPR (rianimazione cardiopolmonare): Adulto, Bambino o Neonato

1. **Il paziente è privo di coscienza?** (Non respira o sta rantolando?)
2. **Chiamare aiuto** – qualcuno deve procurare un defibrillatore/ un AED (defibrillatore esterno automatico).
3. **Verificare polso/atti respiratori entro i primi 10 secondi** (se sono presenti, fornire un atto respiratorio ogni 5-6 secondi; verificare il polso ogni 2 minuti).

IN ASSENZA DI POLSO:

4. **Posizionare il soggetto supino** sdraiandolo su di una superficie piatta e rigida.
5. **Iniziare le compressioni sul torace**, 30:2, con manovre energiche e rapide (100-120 al minuto), permettere sempre la completa riespansione elastica del torace - ridurre al minimo le eventuali interruzioni.
6. **Verificare la pervietà delle vie aeree:** ruotare la testa/solleverare il mento, ventilare x 2* (evitare l'iperventilazione).
7. **Collegare l'AED.**

IL RITMO CARDIACO È TALE DA RICHIEDERE LA DEFIBRILLAZIONE?

Sì

8. **Procedere con una scarica.**
9. **Riprendere subito la CPR** per 2 minuti.
10. **Verificare il ritmo.**

SE IL RITMO È TALE DA NECESSITARE LA DEFIBRILLAZIONE:

11. **Procedere con una scarica;** riprendere la CPR.



La metà inferiore dello sterno

No

8. **Riprendere subito la CPR** per 2 minuti.
9. **Epinefrina appena possibile (ASAP) altre procedure rianimatorie avanzate (ALS).**
10. **Verificare il ritmo** ogni 2 minuti.

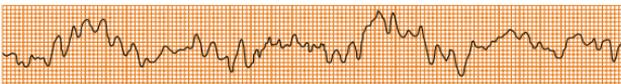


Ruotare la testa/solleverare il mento

CPR*	Rapporto	Frequenza	Profondità	Polso da verificare
Adulto: 1 soccorritore	30:2	100-120	5-6 cm	Carotideo
Adulto: 2 soccorritori	30:2	100-120	5-6 cm	Carotideo
Bambino: 1 soccorritore	30:2	100-120	5 cm	Carotideo
Bambino: 2 soccorritori	15:2	100-120	5 cm	Carotideo
Lattante: 1 soccorritore	30:2	100-120	1/3 dim. torace OVVERO 4 cm	Brachiale, femorale
Lattante: 2 soccorritori	15:2	100-120	1/3 dim. torace OVVERO 4 cm	Brachiale, femorale
Neonato: 2 soccorritori	3:1	100-120	1/3 dim. torace OVVERO 4 cm	Brachiale, femorale

*In presenza di un accesso avanzato alle vie aeree, ventilare gli adulti con 10 atti/min; lattanti/bambini con 20-30 atti/min.

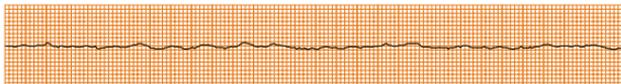
Ritmi nell'Arresto Cardiaco



Fibrillazione Ventricolare Grossolana

Si noti come l'attività elettrica appaia caotica e irregolare.

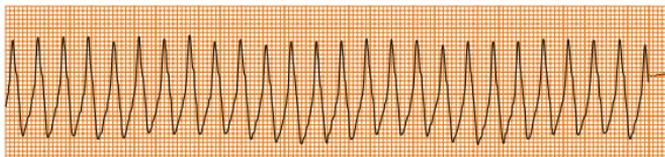
La **terapia** è la defibrillazione.



Fibrillazione Ventricolare Fine

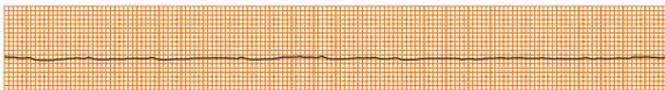
Si noti come l'attività elettrica appaia di ampiezza ridotta e irregolare.

La **terapia** è la defibrillazione.



Tachicardia Ventricolare

Si noti come i complessi appaiono rapidi e larghi.
In assenza di polso, la **terapia** è la defibrillazione.



Asistolia

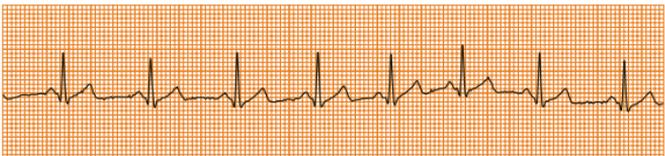
Si noti l'assenza di attività elettrica. La **terapia** consiste nel procedere con la CPR.



Attività Elettrica in Assenza di polso (PEA)

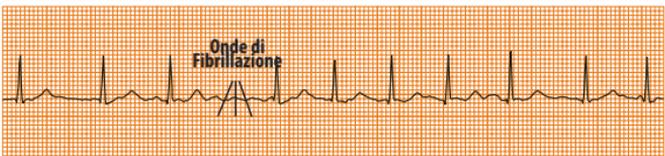
Qualsiasi forma di ritmo organizzato nell'ECG in assenza di polso.
La **terapia** consiste nel procedere con la CPR.

Altri Tipi di Ritmo ECG di Comune Riscontro



Ritmo Sinusale Normale

Si noti l'aspetto regolare dei complessi PQRST.



Fibrillazione Atriale

Si notino l'irregolarità della frequenza e la presenza delle onde della fibrillazione atriale.

■ Sindromi Coronariche Acute (ACS)

1. Segni e sintomi indicativi di ischemia o infarto

2. Valutazione in Emergenza

- Avviare il monitoraggio, verificare l'ABC. Preparare per la CPR/defibrillazione.
- Somministrare aspirina masticabile alla dose di 162-325 mg
- Valutare l'opportunità di somministrare nitroglicerina 0.5 mg SL, da ripetere ogni 5 minuti
- Ossigeno se la saturazione <90%. Verificare e adeguare la somministrazione.
- Eseguire un ECG a 12 derivazioni. Se è presente un sopraslivellamento dell'ST, avvertire l'ospedale e inviare il tracciato (attivando il sistema di notifica STEMI). Prendere nota dell'orario di esordio e del primo contatto con i soccorritori.
- In caso di necessità, somministrare morfina



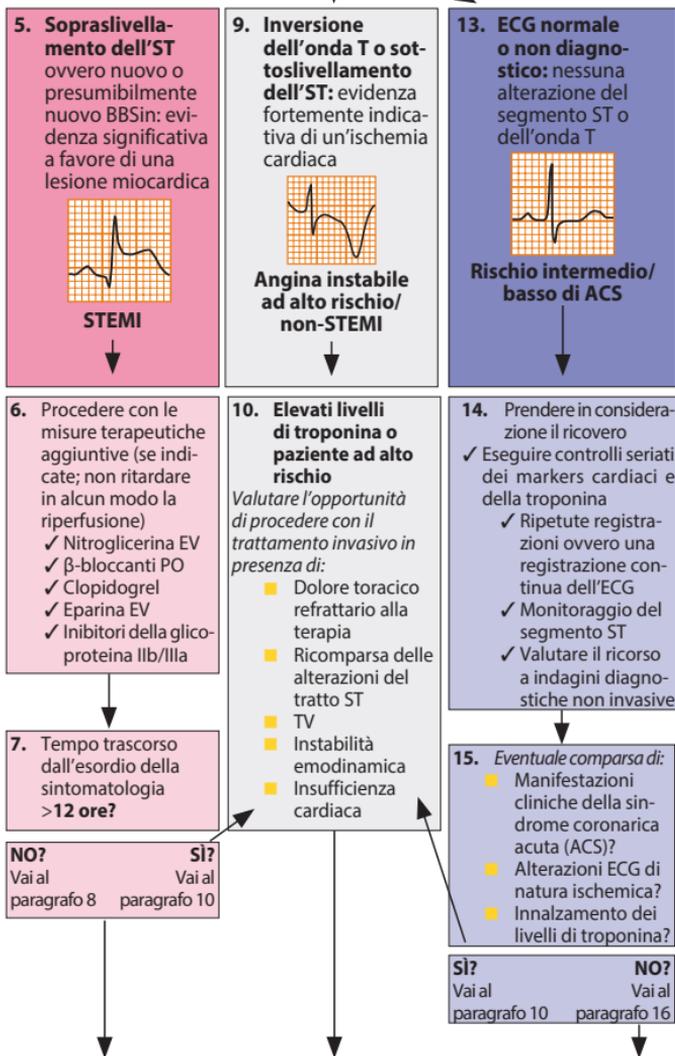
3. Valutazioni e trattamenti da eseguirsi contemporaneamente presso il Pronto Soccorso (<10 min)

- Parametri vitali, saturazione O₂.
- **Posizionare un accesso venoso.**
- Se necessario, somministrare aspirina, nitroglicerina, ossigeno quanto basta, morfina.
- Raccogliere una concisa anamnesi mirata e procedere a un esame obiettivo, compilare la checklist per la fibrinolisi, verificare le eventuali controindicazioni.
- Inviare i prelievi per un primo dosaggio dei markers cardiaci, degli elettroliti e della coagulazione.
- Eseguire un Rx del torace con un'apparecchiatura portatile (<30 min)

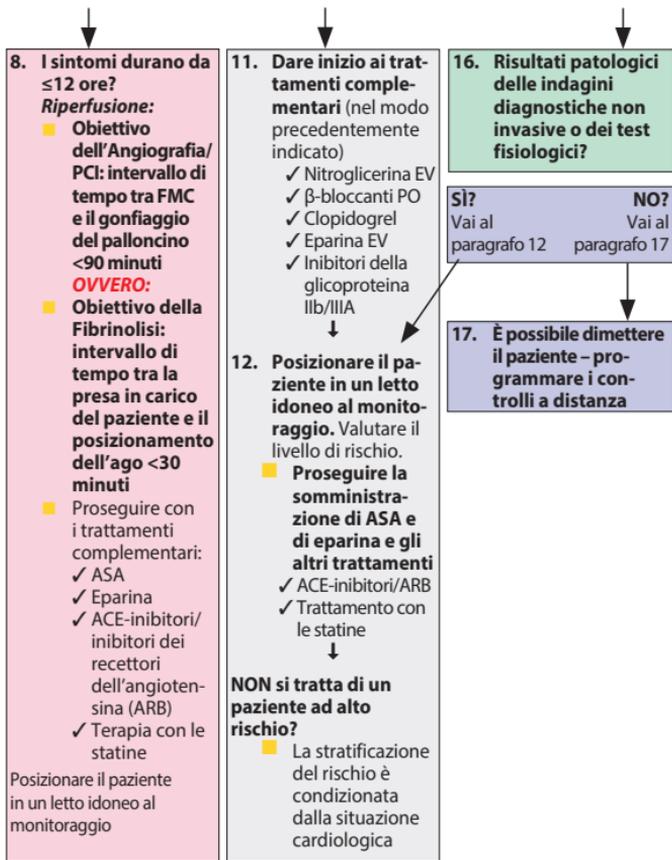


Vai alla pagina successiva

4. Interpretazione dell'ECG



Vai alla pagina successiva



NOTA: Il presente algoritmo fornisce linee-guida di carattere generale che possono non essere valide per tutti i pazienti. Per qualsiasi trattamento, è necessario valutare con grande attenzione la presenza delle corrette indicazioni e al tempo stesso l'assenza di controindicazioni di sorta.

Gestione delle vie aeree

■ Intubazione in Sequenza Rapida

Preparare l'equipaggiamento necessario (linea EV, ECG, ossimetro, AMBU, aspiratore, TET) **rilevatore di CO₂**; **predisporre le vie aeree.**



Se necessario, bloccare la colonna per impedire eventuali spostamenti



Preossigenare con O₂ al 100%



Somministrare un sedativo:

■ Midazolam, 0.1-0.3 mg/kg EV/IO,

OVVERO:

■ Propofol 1-2 mg/kg EV/IO, **OVVERO:**

■ Ketamina, 1-2 mg/kg EV/IO, **OVVERO:**

■ Etomidato, 0.3 mg/kg EV/IO, **OVVERO:**

■ Fentanyl 2-5 mcg/kg EV/IO



Se il paziente <2 anni, **valutare la somministrazione di atropina, 0.02 mg/kg EV/IO** (può bloccare la bradicardia riflessa).



Somministrare un bloccante neuromuscolare:

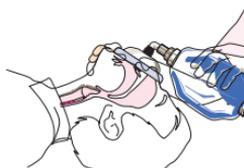
■ Succinilcolina, 1-1.5 mg/kg EV/IO, **OVVERO:**

■ Rocuronio, 0.6-1.2 mg/kg, EV/IO, **OVVERO:**

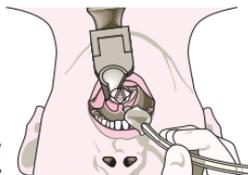
■ Vecuronio, 0.1-0.2 mg/kg EV/IO



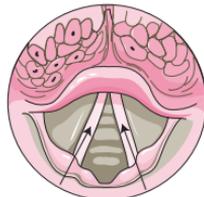
Vai alla pagina successiva



Posizionare il paziente in posizione "sniffing"; iperventilare con O₂



Sollevare la lingua spostandola verso sinistra e visualizzare le corde vocali



Corde vocali.

Procedere con l'intubazione (se necessario, esercitare una pressione sulla cricoide).



Gonfiare la cuffia; verificare la posizione del tubo:

- **Controllare l'espansione del torace.**
- **Verificare i rumori respiratori.**
- **Verificare la comparsa di vapore acqueo sulle pareti del tubo.**
- **Collegare il rilevatore di CO₂.**
- **Se possibile, stabilizzare la situazione mediante un reggitubo e un collare a C.**

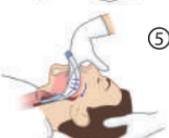


Inserire il TET, gonfiare la cuffia, verificare i rumori respiratori

■ Accesso alle Vie Aeree mediante Maschera Laringea (LMA)

Controindicazioni – gravi traumi dell'orofaringe: la maschera è mal tollerata dai pazienti che mantengono un livello normale di coscienza.

1. **Immobilizzazione della colonna cervicale**, al bisogno.
2. **Sgonfiare la cuffia. Lubrificare la faccia posteriore** (palatale) della LMA.
3. **Preossigenare con O₂ al 100%**.
4. **Estendere il capo**; flettere il collo; posizionare la LMA contro il palato duro.
5. **Seguire la naturale curvatura delle vie aeree**; inserire la LMA fino a che risulti posizionata in modo comodo.
6. **Gonfiare la cuffia** con il necessario quantitativo d'aria (vedi Tabella); evitare di spingere verso il basso il tubo mentre si gonfia la maschera; fare in modo che la maschera "si sistemi da sola."



Vai alla pagina successiva

Neurologia

Ictus

Valutazione e Trattamento in Urgenza

- Applicare l'ABC, somministrare O₂, controllare la glicemia
- Realizzare la valutazione clinica dell'ictus (vedi LAPSS o CPSS dopo l'ictus)
- Verificare l'esatto momento dell'esordio della sintomatologia (l'orario nel quale il paziente risultava ancora normale)
- **Rapido trasferimento del paziente presso un centro specializzato** (il paziente deve essere accompagnato da un familiare)
- Avvisare preventivamente il centro: "Sta arrivando un paziente che può avere un ictus"

Valutazione Immediata e Stabilizzazione

- Verificare la situazione dell'ABC, rilevare i parametri vitali; se il paziente è ipossiémico, somministrare O₂
- Iniziare l'infusione EV di liquidi; effettuare i prelievi ematici; ECG a 12 derivazioni
- Verificare il livello della glicemia: nel caso, correggere l'iperglicemia/ipoglicemia
- Effettuare a scopo di screening un esame neurologico completo
- Attivare lo Stroke-Team
- Procedere con l'esecuzione in urgenza della TC o della RM dell'encefalo



Tempo massimo:
10 minuti

Valutazione Immediata ad Opera dello Stroke-Team

- Verificare i precedenti anamnestici del paziente
- Chiarire l'esatto momento dell'esordio della sintomatologia
- Procedere all'esame obiettivo neurologico (NIH Stroke Scale o Canadian Neurologic Scale)



Tempo massimo:
15 minuti

Evidenza TC/RM di un'Emorragia?

Assenza di Emorragia: è probabile si tratti di un Ictus Ischemico

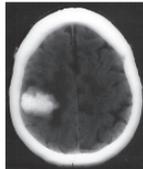


20 minuti per decidere se ricorrere all'uso dell'rtPA

C'è un'emorragia



- Verificare se esiste qualche motivo di esclusione dal trattamento con la fibrinolisi
- Ripetere l'esame obiettivo neurologico: c'è un peggioramento dei deficit? (In tale caso, somministrare aspirina e avviare il protocollo di **Tattamento dell'Ictus**)



Il paziente rimane candidato al trattamento fibrinolitico?

Verificare rischi e benefici con lo stesso paziente e con i suoi familiari. **Se la situazione sembra favorevole:**

Procedere con la somministrazione dell'rtPA se sono trascorse < 3-4.5 ore* dal momento, ben documentato, dell'esordio della sintomatologia. (* < 3 ore in presenza anche di una delle seguenti condizioni: età superiore a 80 anni, ictus severo, punteggio NIHSS > 25, trattamento con anticoagulanti orali, diagnosi di diabete, pregresso episodio di ictus ischemico)

Non somministrare anticoagulanti o antiaggreganti per 24 ore.

Avviare il **Protocollo per l'Ictus**

Se la TC /RM Evidenziano un'Emorragia

■ **Un paziente che ha un sanguinamento in atto non è mai un candidato all'utilizzo dell'rtPA.**

- Consultare un neurologo o un neurochirurgo
- Se la consulenza neurologica non si può ottenere, pensare all'opportunità di trasferire il paziente.

■ ***Avviare il Protocollo per Ictus o Emorragia**

- Ricoverare il paziente in una Stroke Unit o in un'ICU.
- Monitorizzare la PA; trattare le alterazioni.
- Monitorizzare i valori della glicemia e, se necessario, correggerli.
- Iniziare la terapia di supporto e trattare eventuali comorbidità.
- Monitorizzare lo stato neurologico del paziente: se appare in deterioramento, procedere con una TC d'urgenza.

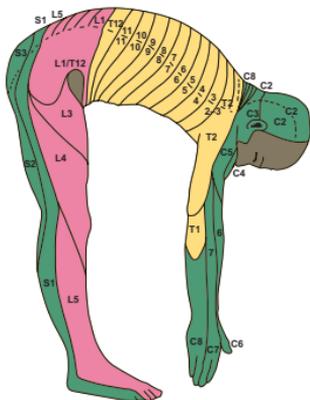


Tempo massimo:
15 minuti



Tempo massimo:
2 ore

■ Dermatomeri



Motori

- C1-C4 Diaframma
- C-5 Abduzione dell'arto superiore
- C-6 Flessione del gomito
- C-7 Estensione del gomito
- C-8 La maggior parte della funzionalità della mano

Sensitivi

- C-2 Subito al di sotto del mento
- T-4 Linea dei capezzoli
- T-10 Ombelico
- L-1 **Creste iliache**
- S-3 Ano

■ Postura



Decorticazione

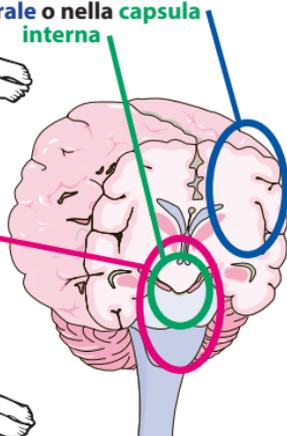
(flessione patologica)

Lesione a livello di un emisfero cerebrale o nella capsula interna

Decerebrazione:

(estensione patologica)

Lesione del mesencefalo del tronco encefalico o del ponte



Pediatria

Valutazione Pediatrica



Il Triangolo della Valutazione Pediatrica

Riproduzione autorizzata dall'American Academy of Pediatrics, *Pediatric Education for Prehospital Professionals*, Copyright American Academy of Pediatrics, 2000.

Aspetto

Condizioni mentali

Tono muscolare

Atteggiamento del corpo

Respirazione

Movimenti respiratori visibili

Sforzo respiratorio (normale/aumentato)

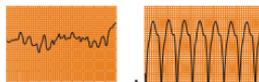
Circolazione

Colorito dei tegumenti

Arresto Cardiaco Pediatrico

Chiamare aiuto, avviare le manovre di emergenza, iniziare le procedure di CPR, somministrare O₂ e collegare il defibrillatore.

FV o TV Senza Polso



⚡ Defibrillazione con 2 J/kg. Proseguire immediatamente la CPR (2 minuti di 15:2*). Procurare un accesso EV o IO

Persiste la FV/TV? ⚡ Defibrillazione con 4 J/kg. Proseguire la CPR x 2 minuti. **Epinefrina: 0.01 mg/kg EV/IO** (0.1 mL/kg della soluzione da 0.1 mg/mL) **ogni 3-5 minuti OVVERO:** ET: 0.1 mg/kg (0.1 mL/kg della soluzione da 0.1 mg/mL)

Valutare il ricorso a un accesso alle vie aeree di tipo avanzato (TET, tubo sopraglottico)
Ventilare con 20-30 atti respiratori/min con massaggio continuo. Controllare le curve capnografiche: se PETCO₂ <20, potenziare la CPR

Persiste la FV/TV? ⚡ Defibrillazione con ≥ 4 J/kg (fino a un massimo di 10 J/kg, ovvero la dose da adulto). Proseguire la CPR (x 2 minuti). **Amiodarone: 5 mg/kg EV o IO; ripetibile per due volte, oppure lidocaina 1 mg/kg come dose di carico; individuare le cause e trattarle***

Persiste la FV/TV? ⚡ Defibrillazione con ≥ 4 J/kg (fino a un massimo di 10 J/kg, ovvero la dose da adulto). Proseguire la CPR (x 2 minuti). Verificare la posizione delle piastre/la qualità del contatto

In caso di ROSC (FC, PA, PETCO₂ ≥ 40 mm Hg) procedere con le misure di assistenza necessarie dopo una crisi cardiaca acuta

Asistolia/PEA



Proseguire immediatamente la CPR (2 minuti di 15:2*)

Procurare un accesso EV o IO
Epinefrina: 0.01 mg/kg EV/IO (0.1 mL/kg della soluzione da 0.1 mg/mL) **ogni 3-5 minuti OVVERO:** ET: 0.1 mg/kg (0.1 mL/kg della soluzione da 0.1 mg/mL)

Valutare il ricorso a un accesso alle vie aeree di tipo avanzato (TET, tubo sopraglottico) Ventilare con 20-30 atti respiratori/min con massaggio continuo. Controllare le curve capnografiche: se PETCO₂ <20, potenziare la CPR

Persiste la FV/TV? – Procedere con l'algoritmo per il trattamento della FV/TV come illustrato a sinistra. Diversamente: proseguire con la CPR (x 2 minuti); ripetere la somministrazione dell'epinefrina, come indicato in precedenza.

*Identificare le cause e trattarle

- Ipossia
- Acidosis
- Ipovolemia
- Tossine
- Iper-/ipokaliemia
- Ipotermia
- Tamponamento cardiaco
- Pneumotorace iperteso
- Trombosi polmonare
- Trombosi coronarica

Farmacoterapia d'Urgenza

NOTA: Il presente paragrafo non rappresenta un'elencazione completa ed esauriente di tutti i farmaci disponibili. Per un'informazione più esaustiva, consultare le istruzioni allegate al singolo farmaco o fare riferimento ad un appropriato testo di terapia medica.

■ Abbreviazioni utilizzate nel Presente Paragrafo

Tipo di Farmaco – usato nel trattamento (scrittura in colore bianco/in carattere corsivo)

Indicazioni – Principali indicazioni (scrittura in colore nero)

Controindicazioni – Principali controindicazioni (scrittura in colore rosso)

Dosaggi* – (scrittura in colore blu/in grassetto)

EC - Effetti collaterali di comune riscontro (scrittura in colore verde)

Ped – Dosi pediatriche (scrittura in colore nero/in carattere corsivo)

* **NOTA:** Tutti i farmaci, il sangue e gli emoderivati possono essere somministrati per via IO.

Adenosina (Adenocard®)

• **Antiaritmico**

Indicazioni – **TPSV: 6 mg** (2 mL) **EV rapido, nell'arco di 1-3 secondi** (lavare il deflussore con 20 ml di SF in bolo; sollevare il braccio dove è l'accesso venoso). In assenza di effetti dopo 1-2 minuti, **somministrare 12 mg** nell'arco di 1-3 secondi.

È poi possibile ripetere ancora una volta un bolo **da 12 mg**.

Controindicazioni – blocco AV di II e III grado, TV, sick sinus syndrome.

EC – disritmie transitorie, vasodilatazione a livello del volto, dispnea, oppressione toracica, ↓ FC, ↓ PA, cefalea, nausea, broncospasmo.

NOTA: L'adenosina viene antagonizzata dalla teofillina, ma viene potenziata dal dipiridamolo e dalla carbamazepina.

Dosi pediatriche: 0.1-0.2 mg/kg per infusione EV rapida/IO, fino a un massimo di 6 mg. In assenza di effetto, è possibile raddoppiare la dose (il massimo somministrabile è pari a 12 mg per ciascuna dose).

Albuterolo 0.5% (Ventolin®) • Broncodilatatore

Indicazioni – Broncospasmo in COPD, asma: **2.5 mg miscelati in 3 mL SF per aerosol.**

Controindicazioni – Tachidisritmie, ipertensione arteriosa, ipokaliemia.

EC – Tachidisritmie, stati ansiosi, nausea e vomito.

Dosi pediatriche – 2.5 mg in 3 mL di SF per aerosol.

Aloperidolo (Haldol®) • Antipsicotico/ Neurolettico

Indicazioni – Schizofrenia, manie, psicosi: **2.5-5 mg EV o IM.** La somministrazione può essere ripetuta fino a una dose massima di 10 mg.

Controindicazioni – Malattia di Parkinson.

EC – Discinesie tardive, contrazioni muscolari/tremori, sindrome neurolettica maligna, depressione, insonnia.

Dosi pediatriche – Per età comprese tra 3 e 12 aa: 0.05 mg/kg EV (dose massima, 2.5 mg).

Alteplase (Activase tPA®) • Fibrinolitico

Indicazioni – IM acuto (<12 ore dall'insorgenza): **100 mg EV nell'arco di 3 ore.**

Miscelare 100 mg in 100 mL di acqua sterile (1 mg/mL).

Emergenze Mediche

Valutazione del Dolore

Scala del Dolore a 5 Livelli

Aspetto del Paziente



Intensità del Dolore

Assenza di dolore

Dolore Lieve

Dolore Moderato

Dolore Intenso

Dolore Intollerabile

Punteggio

0

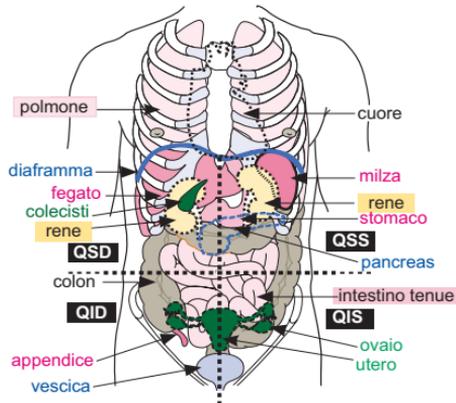
1

2-3

4

5

Dolore Addominale



Dolore Addominale – Cause Frequenti

- **Regione Epigastrica:** IMA, gastroenterite, ulcera, patologia esofagea, reflusso
- **QSS:** gastrite, pancreatite, IMA, polmonite
- **QIS:** rottura di gravidanza ectopica, cisti ovarica, PID, litiasi renale, diverticolite, enterite, ascesso addominale
- **QID:** appendicite, rottura di gravidanza ectopica, enterite, diverticolite, PID, cisti ovarica, litiasi renale, ascesso addominale, ernia strozzata
- **QSD:** litiasi biliare, epatite, epatopatia, pancreatite, appendicite, ulcera duodenale perforata, IMA, polmonite
- **Mediana:** infezione vescicale, aneurisma dell'aorta, patologia uterina, patologia intestinale, fase iniziale dell'appendicite
- **Dolore Diffuso:** pancreatite, peritonite, appendicite, gastroenterite, dissezione ovvero rottura di aneurisma dell'aorta, diabete, ischemia intestinale, crisi acuta in soggetto con anemia a cellule falciformi

■ Maltrattamenti

Percosse

Allontanare il paziente dall'ambiente nel quale sono avvenuti i fatti. Riferire i possibili maltrattamenti alla Polizia, al personale del PS e ai Servizi di Tutela dei Minori. Se è necessario, richiedere l'assistenza della Polizia per allontanare il paziente dall'ambiente. **Non interagire mai con il potenziale responsabile dei maltrattamenti.** Documentare ogni evidenza e ogni dichiarazione che venga fatta dal bambino, dai genitori o da chiunque altro. Procedere con le terapie mediche che risultassero necessarie. Nel sospetto di abusi sessuali, non consentire al paziente di lavarsi.

Maltrattamenti su Bambini

Diagnosi – Qualsiasi meccanismo lesionale inusuale, ovvero meccanismi che non appaiono corrispondere al tipo di lesione o alla patologia evidenziati nel bambino (nella bambina). È possibile che i genitori accusino il bambino (la bambina) di essersi ferito(a) da solo (da sola) ovvero risultino imprecisi o contraddittori nel fornire elementi informativi. Ci possono essere ritardi nel rivolgersi ai medici. **È possibile che il bambino rifiuti di abbracciare la propria mamma.** Elementi diagnostici in qualsiasi bambino d'età <2 aa; **traumi multipli in diverse fasi di guarigione** o coinvolgenti diverse parti del corpo; evidenti segni di ustioni da sigaretta o segni di legature con fili metallici; **malnutrizione**; infestazioni da parassiti, infezioni cutanee croniche o aspetti legati a evidente trascuratezza.

Violenza da Parte di Familiari Stretti

Ripetute visite presso il PS, con lesioni che divengono più gravi con il succedersi delle visite; **atteggiamento di minimizzazione** rispetto alla gravità delle lesioni o alla loro frequenza; visita in PS a distanza ≥ 1 giorno dal trauma; **lesioni che verosimilmente sono riconducibili a meccanismi differenti rispetto a quelli descritti**; atteggiamento iperprotettivo dei congiunti che non consentono che il paziente resti da solo con i sanitari; **fratture in differenti fasi evolutive**, come evidente dai riscontri radiografici; precedenti di maltrattamenti su minori sia sullo stesso paziente che sui suoi congiunti.

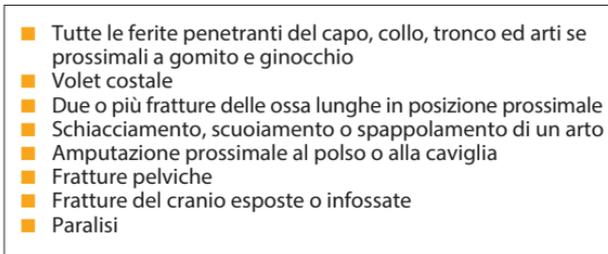
Trauma

■ Scheda di Valutazione del Paziente Traumatizzato (Trauma Triage)

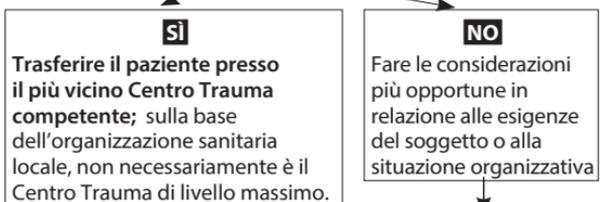
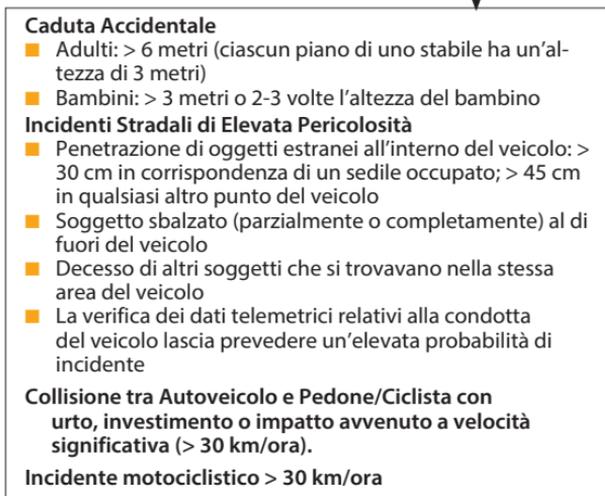
(Vedi anche, "Arresto Cardiaco da Trauma" nel paragrafo sull'ACLS)

Valutare i parametri vitali e il livello di coscienza

Glasgow Coma Scale	< 14 ovvero
Pressione arteriosa sistolica	< 90 ovvero
Frequenza respiratoria	<10 ovvero >29 (<20 nel bimbo < un anno)



Vai alla pagina seguente



Vai alla pagina seguente

Avvelenamenti e Overdose

NOTA: Questo capitolo non contiene una lista esaustiva di tutti i farmaci, veleni, eventi avversi, precauzioni o trattamenti da mettere in atto. Prima di procedere a qualsiasi trattamento, consultate il Centro Anti-Veleni di riferimento, l'etichetta del prodotto o le istruzioni allegate, verificate i protocolli in uso presso il vostro centro e la bibliografia medica pertinente che risulta disponibile online.

■ Abbreviazioni Utilizzate nel Presente Paragrafo

NAC (noto anche come) – Marche di più comune riscontro[®]™ e termini di uso quotidiano

EC – Effetti collaterali tossici di comune riscontro (caratteri in colore verde)

Precauzioni – Precauzioni fondamentali da mettere in atto (caratteri in colore rosso)

MPR – Misure da attuare Prima del Ricovero

Acetaminofene

• *Analgesico*

NAC – Tylenol[®], APAP.

EC – Possono non evidenziarsi sintomi di sorta, ma l'acetaminofene è tossico a livello del fegato. Nausea e vomito, anoressia, dolore al QSDex, pallore, sudorazione.

MPR – ABC, O₂, liquidi EV in caso di ipotensione, ECG. Carbone attivo 1 g/kg PO o attraverso SNG, da somministrare entro 4 ore dall'ingestione del farmaco. In PS è possibile somministrare Acetilcisteina.

Fasi dell'Overdose Acuta da Acetaminofene

Fase	Tempo Trascorso dall'Ingestione	Sintomi
1	0-24 ore	Nausea e vomito, anoressia
2	24-72 ore	Dolore al QSDex; inizia innalzamento di ALT, AST, INR, Bilirubina
3	72-96 ore	Massimo innalzamento di ALT, AST, INR, Bilirubina; vomito. Possono manifestarsi insufficienza renale e pancreatite
4	> 5 giorni	L'epatotossicità regredisce o il quadro evolve verso una insufficienza multiorgano, che può risultare fatale

Acidi

• *Caustici*

NAC – Prodotti per rimuovere la ruggine, lucidanti per metalli.

EC – Dolore, ustioni chimiche del tratto GI, ustioni sulle labbra, vomito.

MPR – Somministrare latte o acqua, latte di magnesia, bianco d'uovo; prevenire episodi di aspirazione. Se possibile, il paziente deve essere movimentato in posizione seduta.

Precauzioni – Evitare di indurre il vomito.

Alcali

• *Caustici*

NAC – Drano®, prodotti per sturare lavandini e per la pulizia del forno, candeggina.

EC – Dolore, ustioni chimiche del tratto GI, ustioni sulle labbra, vomito.

MPR – Somministrare latte o acqua; prevenire episodi di aspirazione. Se possibile, il paziente deve essere movimentato in posizione seduta.

Precauzioni – Evitare di indurre il vomito.

Risultati degli Esami di Laboratorio di più Comune Esecuzione

NOTA: I valori di riferimento possono variare, in base al singolo laboratorio o alla tecnica utilizzata.

■ Ematologia

GR (RBC)	♂ 4.2–5.6 M/ μ L; ♀ 3.8–5.1 M/ μ L; Bambino: 3.5–5 M/ μ L
GB (WBC)	♂ / ♀ : 3.8–11.0 K/ mm^3 ; Bambino: 5–10 K/ mm^3
Hgb	♂ : 14–18 g/dL; ♀ : 11–16 g/dL; Bambino: 10–14 g/dL; Neonato: 15–25 g/dL
Hct	♂ : 39–54%; ♀ : 34–47%; Bambino: 30–42%
MCV	78–98 fL
MCH	27–35 pg
MCHC	31–37%
Neutrofilii	50–81%
Neutrofilii del tipo "a banda"	1–5%
Linfociti	14–44%
Monociti	2–6%
Eosinofili	1–5%
Basofili	0–1%

■ Markers Cardiaci

(Vedi nel Paragrafo sull'ACLS, la Scheda sui Markers Cardiaci)

Troponina I	0–0.1 ng/mL (esordio: 4-6 ore, picco: 12-24 ore, ritorno alla normalità: 4-7 giorni)
Troponina T	0–0.2 ng/mL (esordio: 3-4 ore, picco: 10-24 ore, ritorno alla normalità: 10-14 giorni)
Mioglobina	♂: 10–95 ng/mL; ♀: 10–65 ng/mL (esordio: 1-3 ore, picco: 6-10 ore, ritorno alla normalità: 12-24 ore)
CK-MB	♀: 0–4 ng/mL; ♂: 0–4 ng/mL >10% del totale (esordio: 3-4 ore, picco: 12-24 ore, ritorno alla normalità: 2-3 giorni)

■ Chimica Generale

Acetone	0.3–2 mg%
Albumina	3.5–5.0 g/dL
Fosfatasi alcalina	32–110 U/L
Anion Gap	5–16 mEq/L
Ammoniaca	11–35 µmol/L
Amilasi	50–150 U/dL
AST (SGOT)	♂: 7–21 U/L; ♀: 6–18 U/L
Bilirubina, diretta	0.0–0.4 mg/dL
Bilirubina, indiretta	Totale meno diretta
Bilirubina, totale	0.2–1.4 mg/dL
BUN	6–23 mg/dL
Calcio (totale)	8–11 mg/dL
Diossido di Carbonio	21–34 mEq/L

Farmaci che Necessitano di Prescrizione Medica

A

- ABILIFY** (aripiprazolo): antipsicotico; indicazione: schizofrenia
- Acarbose** (PRECOSE): ipoglicemizzante orale; indicazione: diabete
- ACCOLATE** (zafirlukast): inibitore del broncospasmo; indicazione: asma
- ACCUNEB** (albuterolo): broncodilatatore β -2 agonista; indicazione: asma, COPD
- ACCUPRIL** (quinapril): ACE-inibitore; indicazione: ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco cronico
- ACCURETIC** (quinapril/HCTZ): ACE-inibitore/diuretico; indicazione: ipertensione arteriosa
- Acebutololo** (SECTRAL): β -bloccante; indicazione: ipertensione arteriosa, angina, disritmie
- ACEON** (perindopril): ACE-inibitore; indicazione: ipertensione arteriosa, coronaropatie
- Acetaminofene** (TYLENOL): analgesico non-narcotico
- Acetazolamide** (DIAMOX): diuretico/anticonvulsivante; indicazione: glaucoma, edema da scompenso cardiaco cronico, epilessia, mal di montagna
- Acido nicotinico** (niacina): vitamina B-3; indicazione: ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia
- Acido valproico** (DEPAKENE): anticonvulsivante; indicazione: crisi epilettiche, emicrania, stati maniacali
- ACIPHEX** (rabeprazolo): inibitore della secrezione acida gastrica; indicazione: ulcera, GERD, sindrome di Zollinger-Ellison
- ACLOVATE** (alclometasone): corticosteroide ad azione locale; indicazione: eruzioni cutanee, psoriasi
- ACTICIN** (permethrin): scabicide; indicazione: scabbia
- ACTIFED** (triprolidina/pseudoefedrina): antistaminico/decongestionante; indicazione: allergie, febbre da fieno, raffreddore

- ACTIGALL** (ursodiolo): acido biliare; indicazione: litiasi biliare
- ACTIQ** (fentanyl): analgesico narcotico per uso orale transmucoso; indicazione: dolore cronico di origine neoplastica
- ACTONEL** (risedronato): frena la perdita di tessuto osseo; indicazione: osteoporosi, malattia di Paget
- ACTOS** (pioglitazone): ipoglicemizzante orale; indicazione: diabete
- Acyclovir** (ZOVIRAX): antivirale; indicazione: herpes, vescicole, varicella
- ADALAT, ADALAT CC** (nifepidina): calcioinibitore; indicazione: angina, ipertensione arteriosa
- ADDERALL** (anfetamina): stimolatore del SNC; indicazione: sindrome da deficit di attenzione con iperattività (ADHD), narcolessia
- ADRENALINA** (epinefrina): broncodilatatore, vasopressore; indicazione: asma, reazioni allergiche a rischio di vita
- ADVAIR DISKUS** (fluticasone/salmeterolo): steroide inalatorio/broncodilatatore β -2 stimolante; indicazione: asma, COPD
- ADVICOR** (niacina/lovastatina): antiperlipidemico; indicazione: ipercolesterolemia
- AEROBID, AEROBID M** (flunisolide): steroide inalatorio; indicazione: asma, bronchite
- AGGRENOX** (aspirina/dipiridamolo): agenti antiplastrinici; indicazione: riduce il rischio di ictus
- Albuterolo** (PROVENTIL): broncodilatatore β -2 stimolante; indicazione: asma, COPD
- Alcaloidi della Belladonna con Fenobarbital** (DONNATAL): antispastico; indicazione: intestino irritabile
- ALDACTAZIDE** (HCTZ/spironolattone): diuretici; indicazione: ipertensione arteriosa, ritenzione idrica
- ALDACTONE** (spironolattone): diuretico risparmiatore di potassio; indicazione: scompenso cardiaco cronico, malattia epatica in fase terminale (ESLD), ipertensione arteriosa
- ALDOMET** (metildopa): antipertensivo ad azione centrale; indicazione: ipertensione arteriosa
- Alendronato** (FOSAMAX): riduce la perdita di tessuto osseo; indicazione: osteoporosi, malattia di Paget
- ALLEGRA** (fexofenadina): antistaminico; indicazione: allergie
- Allopurinolo** (ZYLOPRIM): inibitore della xantina-ossidasi; diagnosi: gotta
- Aloperidolo** (HALDOL): antipsicotico; indicazione: disturbi da psicosi