

SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OAȘ

Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaș, str. Victoriei nr.90

Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566

e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

PROTOCOL DE SUSTINERE A FUNCȚIILOR VITALE ȘI DE RESUSCITARE

Personalul care de pe secție (asistent, infirmier) care găsește un pacient în stare de inconștientă va aplica protocolul de resuscitare .

Cheama ajutoare MEDICUL DE GARDA SAU MEDICUL DE LA URGENTA comunicand faptul ca exista un STOP CARDIORESPIRATOR pe secția respectivă precum și asistenta sau infirmiera de servicii și evaluează pacientul

Verificați starea de conștientă a victimei: mișcați cu blândețe umerii victimei și întrebați cu voce tare:

- "Sunteți bine?"

Dacă răspunde:

- lăsați victima în poziția în care ați găsit-o, dacă ați stabilit că nu există nici un alt pericol;
- încercați să aflați ce i s-a întâmplat și chemați ajutor dacă este nevoie
- reevaluați-l cu regularitate.

Dacă victima nu răspunde:

- se strigă după ajutor;
- victima se poziționează în decubit dorsal și apoi se deschid căile aeriene prin hiperextensia capului și ridicarea bărbiei;
- se plasează o mână pe frunte și se împinge cu blândețe capul pe spate;
- pentru deschiderea căilor aeriene se va ridica bărbia victimei cu vârful degetelor plasate sub menton.
- Menținând căile aeriene deschise salvatorul încearcă să stabilească dacă victima respiră utilizând **privește –ascultă- simte**:
 - a. privește mișcările peretelui toracic;
 - b. ascultă zgomotele respiratorii la nivelul gurii victimei;
 - c. decide dacă respirația este normală , anormală sau absentă .

Dacă victima respiră normal:

- se așază victima în poziție de siguranță;
- salvatorul va solicita ajutor –va continua să evalueze respirația victimei urmărind dacă aceasta rămâne normal

Dacă victima nu respiră sau respiră anormal:

- salvatorul va trimite pe cineva după ajutor, să aducă DEA(DEFIBRILATOR ELECTRIC AUTOMAT fiecare secție având acces la cel mai apropiat DEFIBRILATOR) și trusa de reanimare resuscitare de pe secție
- salvatorul va părăsi victima numai dacă nu are altă alternativă.
- se încep compresiile toracice după cum urmează:
- se îngenunchează lângă victimă;
- salvatorul plasează podul unei palme pe centrul toracelui victimei;

SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OAȘ

Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaș, str. Victoriei nr.90

Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566

e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

- podul palmei celeilalte mâini se plasează peste cea aflată pe torace;
- se întrepătrund degetele mâinilor evitându-se compresia pe coastele victimei.
- **Nu se îndoiesc coatele.**
- **Nu se vor face compresii la nivelul abdomenului superior sau la nivelul apendicelui xifoid.;**
- Salvatorul se va poziționa vertical deasupra toracelui victimei și va efectua comprimarea sternului cu cel puțin 5 cm (fără a depăși însă 6 cm);
- După fiecare compresie îndepărtați presiunea exercitată pe torace fără a pierde contactul între mâini sau între palmă și stern; repetați compresiile cu o frecvență de cel puțin 100 pe min (fără a depăși 120 pe min);
- compresiile și decompresiile trebuie să fie egale ca intervale de timp.

Combinarea compresiilor toracice cu ventilațiile.

- după 30 de compresii se deschide calea aeriană folosind hiperextensia capului și ridicarea mandibulei;
 - a. se privește în gura victimei și se îndepărtează orice obstrucție;
 - b. se verifică extensia capului și ridicarea mandibulei;
 - c. nu sunt recomandate mai mult de două încercări de a ventila înaintea reluării compresiilor.
- Se va utiliza trusa de resuscitare BALON RUBEN +MASCA FACIALA adecvata ca marime racordate la sursa de oxigen și se va încerca ventilația pe masca **2ventilații la 30de compresii**
- Dacă primele ventilații nu produc ridicarea peretelui toracic, atunci, înaintea următoarei încercări:
 - d. se privește în gura victimei și se îndepărtează orice obstrucție;
 - e. se verifică extensia capului și ridicarea mandibulei;
 - f. nu sunt recomandate mai mult de două încercări de a ventila înaintea reluării compresiilor.
- Dacă sunt prezenți mai mult de un salvator, celălalt ar trebui să preia resuscitarea la fiecare 2 minute pentru a evita apariția oboseții. Asigurați-vă că întreruperea compresiilor este minimă în timpul schimbului salvatorilor.
- **Când aveți defibrilatorul**, continuați compresiile toracice în timp ce se atasează padelele sau electrozii adezivi de defibrilare.
- Identificați ritmul și continuați conform protocolului Suport Vital Avansat

A. Ritmurile cu indicație de soc electric (FV/TV fără puls)

- **Dacă ritmul de stop cardiac este FV/TV fără puls**, încărcați defibrilatorul în timp ce un alt salvator efectuează compresiile toracice. O dată ce nivelul de energie a fost atins, întrerupeți compresiile, asigurați siguranța defibrilării, apoi **administrați socul**

SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OAȘ

Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaș, str. Victoriei nr.90

Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566

e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

- electric (360J monofazic sau 150-200J bifazic).** Minimalizați întreruperea compresiilor toracice deoarece și o pauză de 5-10 secunde poate reduce succesul socului electric!
- **Fără a reanaliza ritmul sau a verifica pulsul, reincepeți RCP (raportul CV 30:2)** mai întâi compresiile toracice. Chiar dacă defibrilarea a reușit (restabilirea unui ritm de perfuzie), este nevoie de puțin timp până se reia circulația post soc și foarte rar se poate palpa puls imediat după defibrilare iar întârzierea pentru palparea pulsului poate compromite și mai mult miocardul dacă nu s-a instalat un ritm de perfuzie.
 - **Continuați RCP pentru 2 minute**, apoi verificați rapid ritmul; **dacă se menține FV/TV fără puls, administrați al doilea soc (360J monofazic sau 150-200J bifazic).** Fără a reanaliza ritmul sau a palpa pulsul, **începeți RCP (raportul CV 30:2)** mai întâi cu compresiile.
 - **Continuați RCP pentru 2 minute**, apoi verificați rapid ritmul; **dacă se menține FV/TV, administrați al treilea soc (360J monofazic sau 150-200J bifazic).** Fără a reanaliza ritmul sau a palpa pulsul, **începeți RCP (raportul CV 30:2)** mai întâi cu compresiile toracice.
 - **Dacă a fost stabilit accesul IV/O administrați 1mg de adrenalină și 300mg de amidaronă o dată ce compresiile au fost reluate.** Dacă circulația spontană nu a fost reluată după al treilea soc, adrenalina va îmbunătăți fluxul sangvin al miocardului și va crește șansa următoarei defibrilări. În studiile pe animale, concentrația plasmatică de vârf a adrenalinei este atinsă la 90 de secunde de la administrarea ei în periferie. Dacă s-a restabilit circulația spontană după al treilea soc, este posibil ca doza bolus de adrenalină să producă tahicardie și hipertensiune și să precipite recurența FV.
 - După fiecare 2 minute de RCP, dacă ritmul devine nesocabil (asistolă sau DEM) vezi algoritmul pentru ritmuri nesocabile. Dacă este prezent un ritm organizat, cu complexe QRS regulate sau înguste) încercați să palpați pulsul. Verificarea ritmului trebuie să se facă repede, iar pulsul trebuie verificat doar dacă ritmul este organizat. **Dacă nu sunteți siguri de prezența pulsului în cazul unui ritm organizat, reîncepeți RCP.** Dacă s-a reluat circulația spontană, începeți îngrijirea post-resuscitare.
 - **Oricare ar fi ritmul de stop, administrați 1mg de adrenalină la fiecare 3-5 minute până la reluarea circulației spontane;** în practică aceasta se va administra la fiecare două cicluri ale algoritmului. Dacă apar semne de viață (mişcări voluntare, respirație normală, tuse) în timpul RCP, verificați monitorul; dacă este prezent un ritm organizat, verificați pulsul. Dacă pulsul este palpabil, continuați îngrijirile post resuscitare și/sau tratați aritmiile peristop. Dacă pulsul nu este palpabil, continuați RCP. Efectuarea RCP cu un raport CV de 30:2 este obositoare; schimbați salvatorul care efectuează compresiile toracice la fiecare 2 minute cu minimum de întrerupere a acestora.

Accesul intravascular

- Asigurați accesul venos dacă acesta nu a fost deja efectuat. Abordul venos periferic este mai ușor de făcut, mai rapid și mai sigur decât abordul venos central. Drogurile

SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OAȘ

Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaș, str. Victoriei nr.90

Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566

e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

administrare pe venele periferice trebuie urmate de un bolus de fluid de cel puțin 20 ml.

Medicatia

- **Adrenalina.** Pentru FV/TV administrați adrenalină după al treilea soc, atunci când se reiau compresiile, apoi repetați la 3-5 minute în timpul stopului cardiac (alternate cycles). Nu întrerupeți compresiile toracice pentru administrarea medicației.
- **Medicația anti-aritmică.** Dacă FV/TV persistă după al treilea soc, administrați 300 mg amiodaronă în bolus. O altă doză de 150 mg de amiodaronă poate fi administrat în FV/TV recurentă sau refractară, urmată de o perfuzie cu 900 mg amiodaronă în 24 de ore. Lidocaina, 1mg/kgc, poate fi administrată ca alternativă dacă amiodarona nu este disponibilă, însă nu administrați lidocaină dacă amiodrona fost deja administrată.
- **Magneziul.** Folosirea de rutină a magneziului în resuscitare NU îmbunătățește supraviețuirea și NU este recomandată în resuscitare decât dacă este suspionată torsada varfurilor (vezi aritmiile peristop).

B.Ritmurile nesocabile (asistola și DEM)

- Disociația electro-mecanică (DEM) este frecvent urmarea unor cauze reversibile și poate fi tratată dacă aceste cauze sunt identificate și rezolvate. Supraviețuirea dacă ritmul de oprire cardiacă este nesocabil este puțin probabilă, doar dacă este urmarea cauzelor reversibile care să fie identificate și tratate eficient.
- Dacă ritmul inițial de oprire cardiacă este asistola sau DEM, *începeți RCP 30:2 și administrați adrenalină 1mg imediat ce s-a stabilit accesul intravenos.*
- După 2 minute de RCP verificați ritmul. Dacă asistola se menține, continuați imediat cu RCP.
- Dacă este prezent un ritm organizat, verificați pulsul; dacă puls nu este prezent (sau palparea pulsului este nesigură) continuați RCP.
- **Administrați 1mg de adrenalina (IV/IO)** la fiecare ciclu de RCP (de ex. la fiecare 3-5 minute) o dată ce a fost stabilit accesul venos. Dacă pulsul este prezent, începeți îngrijirile post-resuscitare. Dacă apar semne de viață în timpul RCP, verificați ritmul și încercați să palpați pulsul. Dacă se instalează FV în mijlocul ciclului de 2 minute de RCP, efectuați RCP până la terminarea ciclului, apoi administrați socul – această strategie va minimaliza întreruperea compresiilor toracice.
- **Fluidele administrate intravenos.** Hipovolemia este o cauză potențial reversibilă a SCR. Asigurați normovolemia, dar dacă hipovolemia nu este prezentă, administrarea fluidelor în exces poate fi nocivă.

Managementul căilor aeriene și ventilația

- Există trei manevre pentru deschiderea căii aeriene: hiperextensia capului, ridicarea bărbiei și subluxația anterioară a mandibulei. Sonda nazolaringiană și orolaringiană sunt deseori folosite și uneori esențiale în menținerea deschisă a căii aeriene, mai ales în cazul resuscitării prelungite. În timpul resuscitării administrați oxigen oricând

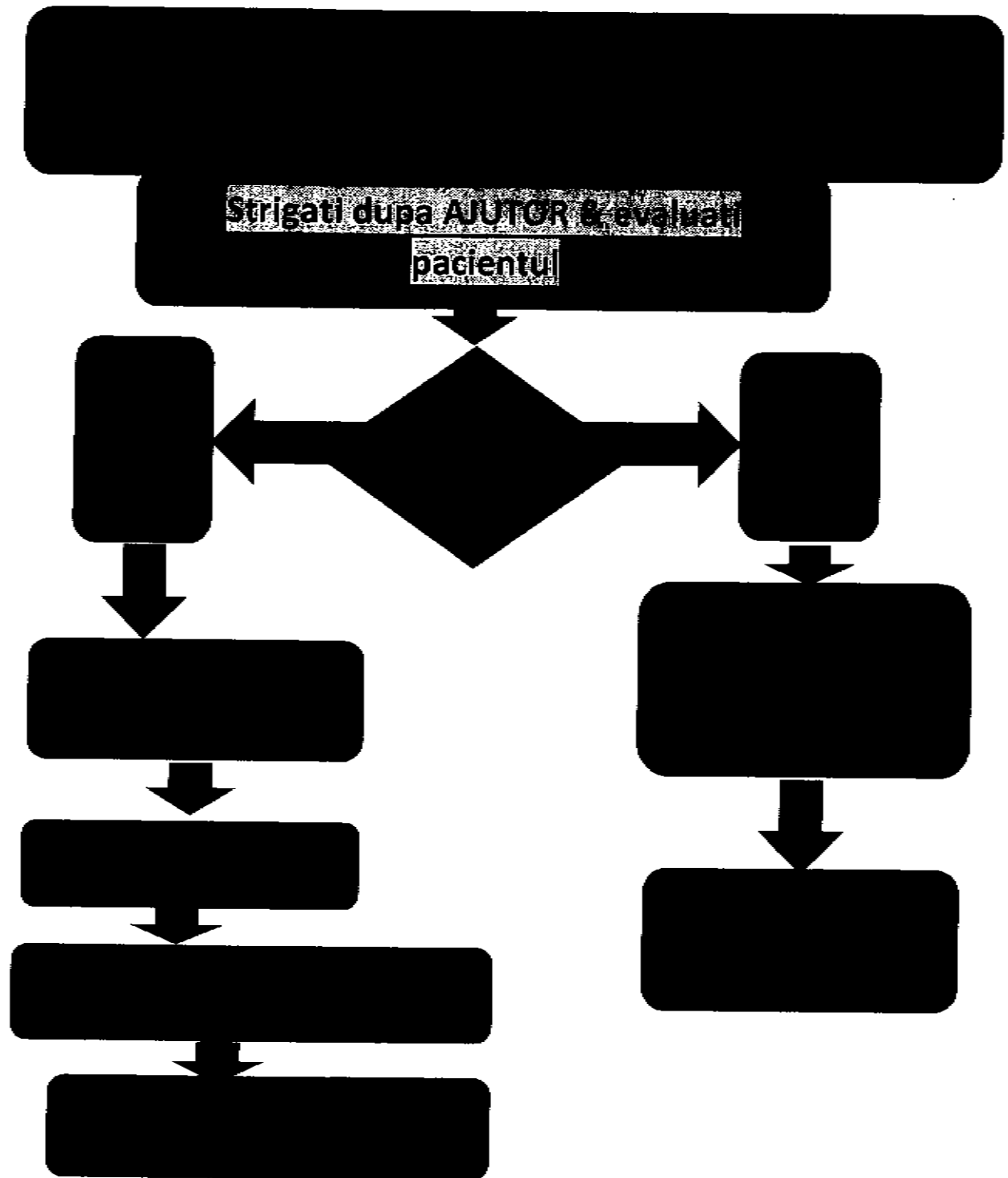
SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OAȘ

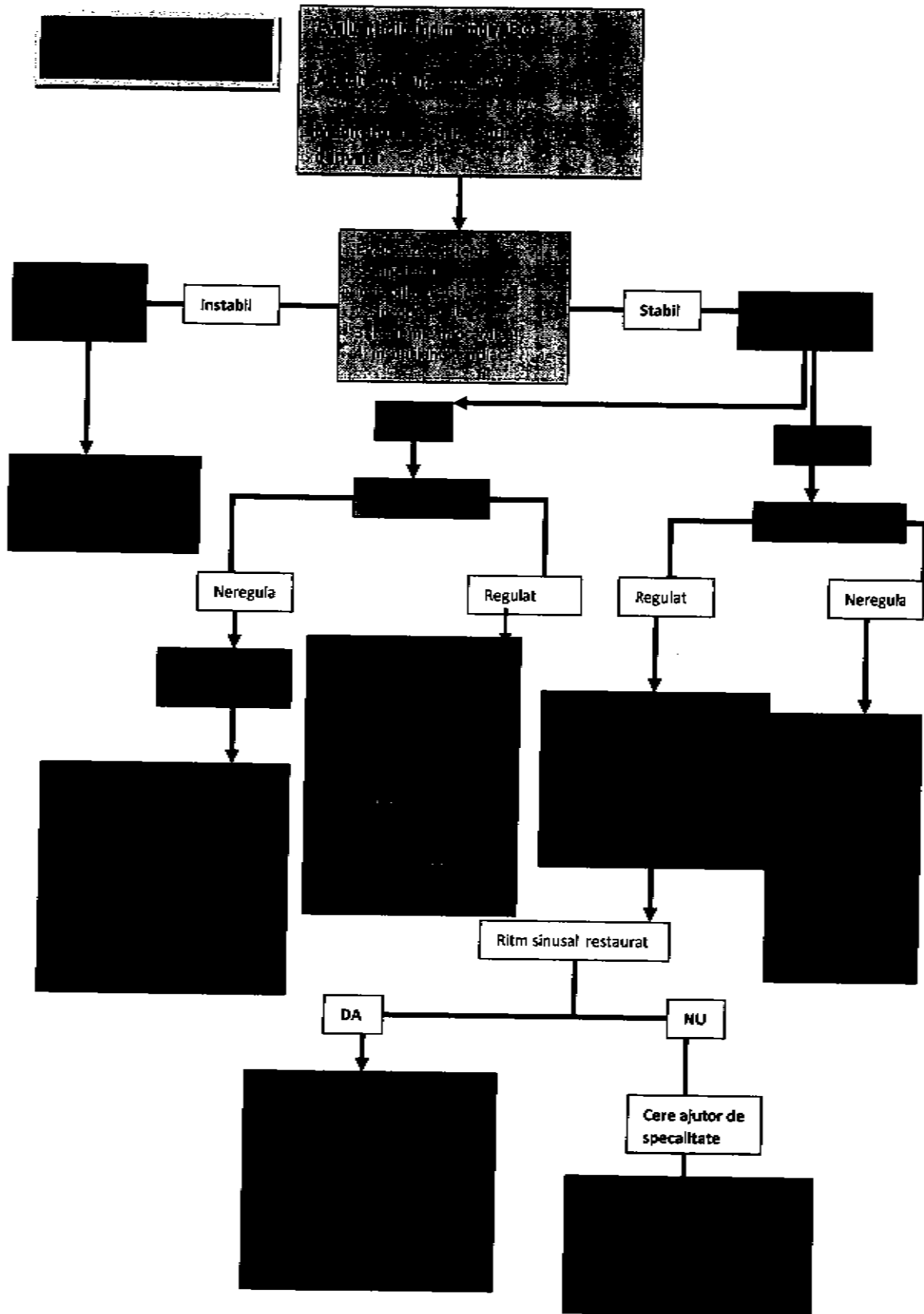
Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaș, str. Victoriei nr.90

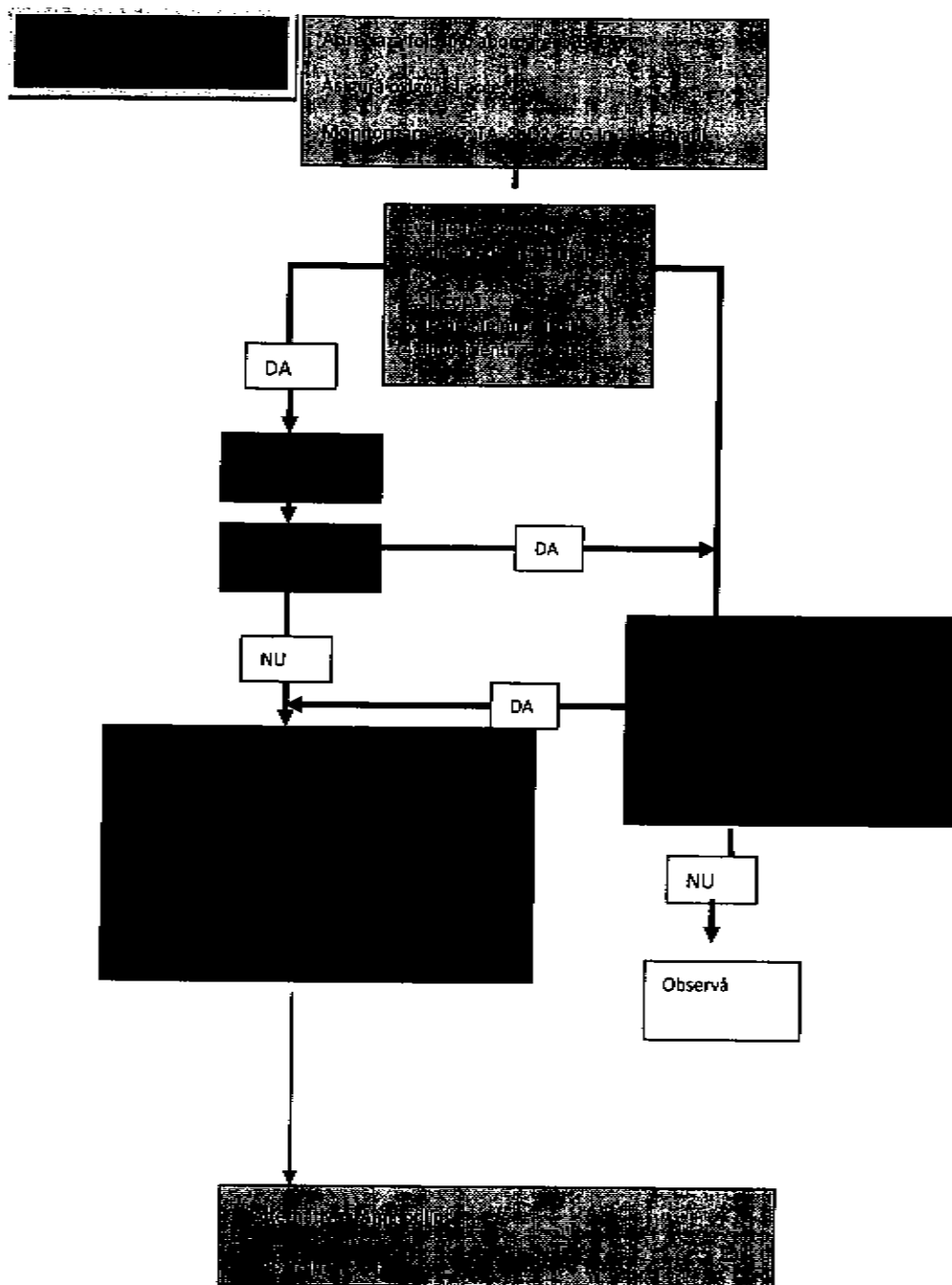
Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566

e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

se poate. Inițial administrați oxigen în concentrație cât mai mare. Imediat ce SaO₂ poate fi măsurată corect fie prin pulsoximetrie fie prin măsurarea gazelor arteriale, titrați oxigenul administrat astfel încât saturația în oxigen să fie între 94%-98%. Intubația traheală este considerată cea mai bună metodă de protezare a căii aeriene. Nicio încercare de a intuba nu trebuie să întrerupă compresiile toracice mai mult de 10 secunde. După intubație, trebuie confirmată poziția corectă a sondei, apoi fixată sonda corespunzător.







SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI OAȘ

Jud. Satu Mare – Localitatea Negrești Oaș, str. Victoriei nr.90

Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566

e-mail: spitalnegrestioas@yahoo.com

Trusa de resuscitare trebuie sa conțină:

1. balon Ruben adulti cu rezervor de oxigen.
2. masti faciale diferite marimi
3. pipe guedel diferite marimi
4. Tub racordare oxigen

- Medicatie:**
1. Adrenalina 1mg/ml fiole 5
 2. Amiodarona 150mg/3ml fiole 2
 3. Lidocaina 1% 10ml fiole 3
 4. Sulfat de Magneziu fiole 200mg/10ml

REPARTIZAREA DEFIBRILATOARELOR CELE MAI APROPIATE DE SECTII

Spitalul Nou

1.Etajul I (Interne Acuti) Defibrilatorul Manual de la CPU

2.Etajul II (Interne Cronici) Defibrilatorul Electric Automat de la Blocul Operator

3.Etajul III (Chirurgie,Urologie,Ortopedie) Defibrilatorul Electric Automat de la Compartiment A.T.I.

4.Etajul IV (Pediatrie,Ingrijiri Paliative) Defibrilatorul Electric Automat de la Compartiment A.T.I.

Spitalul Vechi

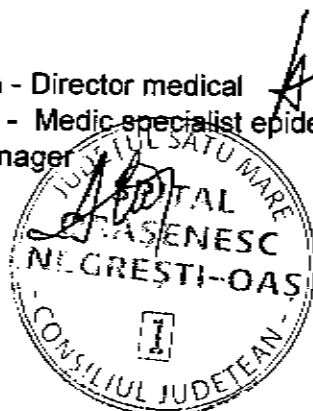
1.Compartiment Gastroenterologie Defibrilatorul Electric Automat de la Sală operații Obstetrica Ginecologie

2.Sectia Obstetrica Ginecologie Defibrilatorul Electric Automat de la de la Sală operații Obstetrica Ginecologie

Întocmit: Dr. Lupu Cristian - Director medical

Verificat: Dr. Budea Adina - Medic specialist epidemiolog

Aprobat: Mitruț Diana- Manager



DR. BUDEA ADINA
medic specialist
epidemiologie
cod B77934