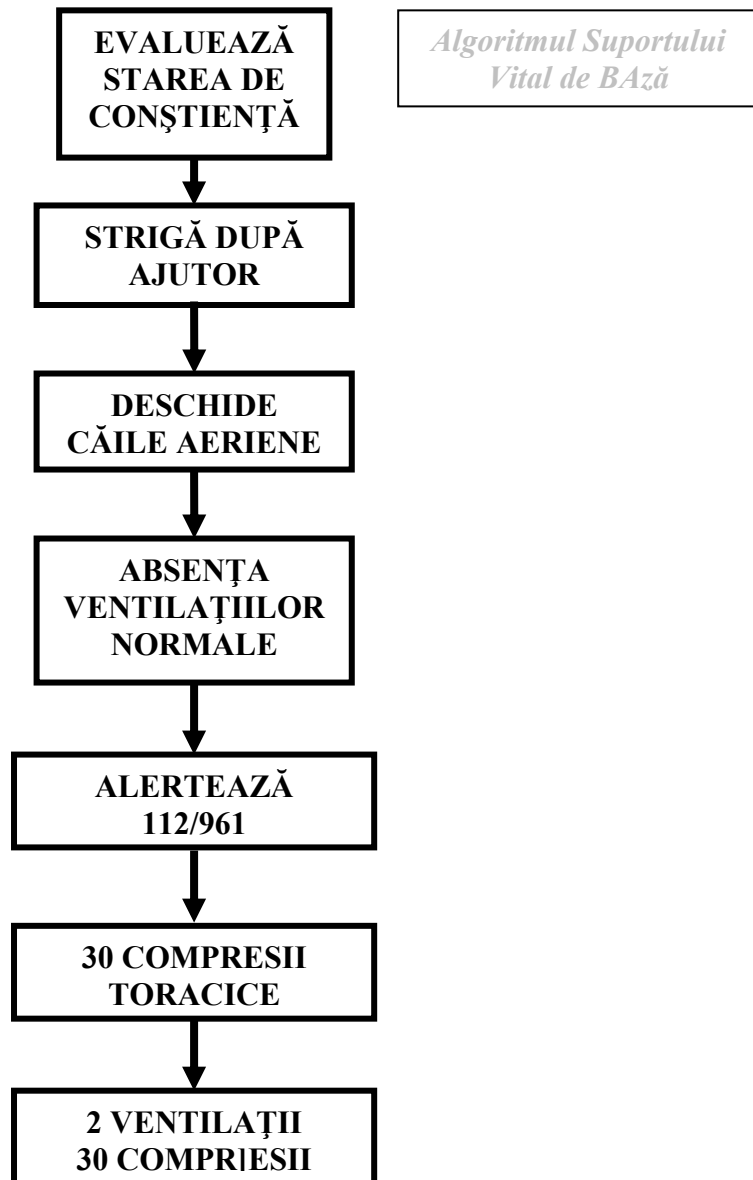


2.4 SUPORTUL VITAL DE BAZĂ LA ADULT

Suportul vital de bază (SVB) reprezintă menținerea libertății căilor aeriene, suportul ventilației și circulației fără ajutorul vreunui echipament cu excepția dispozitivelor de protecție.



1. Se asigură securitatea salvatorului, victimei și a persoanelor din jur.

2. Se evaluează starea de conștiență a victimei: se scutură ușor de umeri și se întreabă cu voce tare: "s-a întâmplat ceva?"; (fig. 1)



Figura 1: Evaluarea stării de conștiență



Figura 2: Strigă după ajutor

3A. Dacă victima răspunde verbal sau prin mișcare:

- se lasă în poziția în care a fost găsită (cu condiția să fie în siguranță), este evaluată starea victimei și, dacă este necesar, se solicită ajutor;
- se trimite o persoană după ajutor sau, dacă salvatorul este singur, lasă victima și merge chiar el după ajutor;
- salvatorul reevaluează periodic victima.
-

3B. Dacă victima nu răspunde:

- salvatorul trebuie să strige după ajutor; (fig.2)
- victima va fi așezată în decubit dorsal;
- se deschid căile aeriene plasând o mână pe frunte și, cu blândețe, se împinge capul spre spate, păstrând policele și indexul libere pentru eventuala pensare a nasului (dacă va fi necesară ventilarea);
- cu vârfurile degetelor celeilalte mâini plasate sub menton se ridică bărbia victimei pentru a deschide căile aeriene. (fig.3)



Figura 3: Deschiderea căilor aeriene

4. Menținând căile aeriene deschise, salvatorul încearcă să stabilească, timp de maxim 10 secunde, dacă victima respiră normal (se exclud mișcările ventilatorii ineficiente, “gasp”-urile) : (fig.4)



Figura 4: Evaluarea respirației

- privind mișcările peretelui toracic anterior;
- ascultând zgomotele respiratorii de la nivelul căilor aeriene superioare;
- simțind fluxul de aer pe obraz.

În primele minute după oprirea cordului victima mai poate respira slab sau poate avea gaspuri rare, zgomotoase. Nu trebuie confundate cu respirația normală. Încercarea de a determina existența unor respirații normale privind, ascultând și simțind fluxul de aer, trebuie să dureze cel mult 10 secunde. Dacă salvatorul nu este sigur că victima respiră normal, trebuie să acționeze ca și cum ea nu ar respira normal.

5A. Dacă victima respiră normal:

- se pune în poziție de siguranță (vezi mai jos);
- salvatorul va trimite pe cineva după ajutor, iar, dacă este singur, va lăsa victima și se va duce după ajutor;
- se reevaluează respirația.

5B. Dacă victima nu respiră normal:

- salvatorul va trimite pe cineva după ajutor, iar dacă este singur, va lăsa victima și se va duce după ajutor; la întoarcere va începe compresiile toracice
- salvatorul îngenunchează lângă victimă
- se plasează podul palmei pe centrul toracelui victimei (fig.5)



Figura 5: Poziția mâinii pe centrul toracelui

- podul palmei celeilalte mâini se plasează peste mâna care se află pe torace și se întrepătrund degetele mâinilor, evitând astfel compresia pe coaste. (fig. 6). Poziția mâinilor trebuie să fie astfel încât să nu exercite presiune pe regiunea epigastrică sau pe apendicele xifoid



Figura 6: Plasarea ambelor mâini

- salvatorul se va poziționa vertical deasupra toracelui victimei și, cu coatele întinse, va efectua compresia cu 4-5 cm a sternului (*fig. 7*)
- după fiecare compresie, toracele trebuie să revină la normal fără a pierde contactul mâinilor cu sternul; compresiile și decompresiile se continuă cu o frecvență de 100/minut (ceva mai puțin de 2 compresii/sec)
- compresiile și decompresiile trebuie să fie egale ca intervale de timp.



Figura 7: Poziția corectă în compresiile toracice

6A. Combinarea compresiilor toracice cu ventilațiile:

- după 30 de compresii se redeschid căile aeriene prin împingerea capului și ridicarea mandibulei
- se pensează părțile moi ale nasului folosind policele și indexul mâinii de pe frunte (*fig 8*)



Figura 8: Pensarea nasului



Figura 9: Ventilație gură la gură

- se deschide puțin cavitatea bucală a victimei, menținând însă bărbia ridicată
- salvatorul inspiră normal, pune buzele în jurul gurii victimei asigurând o bună etanșeitate și expiră constant în gura victimei; în timpul expirului salvatorul va privi ridicarea peretelui toracic anterior și va urmări menținerea ridicată a acestuia timp de 1 secundă, ca într-o respirație normală; aceasta reprezintă o ventilație eficientă (*fig. 9*)
- se menține capul în hiperextensie și bărbia ridicată, se îndepărtează gura de victimă și se urmărește revenirea toracelui la poziția inițială, pe măsură ce aerul iese din plămâni
- salvatorul inspiră din nou și expiră încă o dată în gura victimei, astfel încât să obțină două ventilații eficiente. După aceasta, se re poziționează rapid mâinile în poziție corectă pe toracele victimei pentru a executa încă 30 de compresii toracice
- se continuă efectuarea compresiilor toracice și a ventilațiilor într-un raport de 30:2
- întreruperea compresiilor și ventilațiilor pentru reevaluarea victimei este indicată doar dacă aceasta începe să respire normal; altfel, resuscitarea nu trebuie întreruptă.

Ghidurile actuale recomandă ca resuscitatorul să administreze o ventilație într-o secundă, cu un volum de aer care să determine expansiunea toracelui victimei, dar evitând ventilațiile rapide sau bruște. Aceste recomandări se aplică tuturor tipurilor de ventilație din timpul RCP, incluzând atât ventilația gură-la-gură cât și ventilația pe mască și balon, cu sau fără suplimentare de oxigen.

Ventilația gură-la-nas reprezintă o alternativă eficientă la ventilația gură-la-gură în situațiile de traumă facială severă sau dacă gura nu poate fi deschisă, atunci când victima este ventilată în apă sau când este dificilă obținerea unei bune etanșeități prin ventilație gură-la-gură.

Nu există date publicate care să evidențieze siguranța, eficiența sau posibilitatea de a ventila gură-la-traheostomă, dar poate fi folosită la o victimă cu tub de traheostomă sau stomă traheală dacă este necesară ventilarea acesteia.

Pentru aplicarea corectă a ventilațiilor pe mască și balon este nevoie de aptitudini practice și îndemânare. Resuscitatorul trebuie să reușească deschiderea căilor aeriene prin sublucaxia anterioară a mandibulei fixând în același timp masca pe fața victimei. Este o tehnică adecvată pentru resuscitatorii laici care lucrează în anumite zone cum ar fi cele în care există risc de intoxicație cu cianuri sau expunere la alți agenți toxici. Există și alte situații specifice în care persoanele laice sunt instruite și reinstruite să acorde primul ajutor care include executarea ventilației pe mască și balon. În aceste situații ar trebui urmate aceleași reguli stricte de instrucție ca și în cazul personalului medical.

Dacă ventilațiile inițiale nu au determinat ridicarea peretelui toracic, ca într-o respirație normală, atunci, înaintea următoarei tentative:

- se verifică gura victimei și se îndepărtează orice obstrucție vizibilă (*fig. 10*)



Figura 10: Îndepărtarea obstrucțiilor vizibile

- se verifică din nou dacă hiperextensia capului și ridicarea bărbiei sunt corecte
- oricum, nu trebuie încercată efectuarea a mai mult de două ventilații, înainte de fiecare reluare a compresiilor toracice

Dacă la resuscitare participă mai mulți resuscitatori, aceștia ar trebui să se schimbe la fiecare 1-2 minute pentru a evita epuizarea fizică. Efectuarea schimbului între resuscitatori se va face cât mai rapid.

6B. Resuscitarea doar cu compresii toracice - poate fi efectuată, după cum urmează:

- dacă salvatorul nu poate sau nu dorește să administreze ventilații gură-la-gură, atunci va efectua doar compresii toracice
- în acest caz, compresiile toracice trebuie efectuate continuu, cu o frecvență de 100/minut
- resuscitarea va fi oprită pentru reevaluare doar dacă victima începe să respire normal; altfel resuscitarea nu trebuie întreruptă.

7. Resuscitarea va fi continuată până când:

- sosește un ajutor calificat care preia resuscitarea
- victima începe să respire normal
- salvatorul este epuizat fizic.

RECUNOAȘTEREA SCR

Ghidurile actuale privind recunoașterea SCR de către persoanele laice recomandă începerea RCP dacă victima este inconștientă (nu răspunde la stimuli) și nu respiră normal.

Palparea pulsului carotidian este o metodă inexactă în confirmarea prezenței sau absenței circulației sangvine. De asemenea, căutarea semnelor de circulație sangvină prezentă (mișcări, ventilații, tuse) nu par să confirme cu exactitate mai mare contracțiile eficiente ale cordului.

Persoanele laice întâmpină dificultăți în aprecierea prezenței sau absenței ventilațiilor eficiente la persoanele inconștiente. Aceasta se poate datora deschiderii inadecvate a căilor aeriene sau prezenței gaspurilor. Când sunt întrebate telefonic de către dispecerul de la serviciul de ambulanță dacă victima respiră normal, deseori persoanele laice confundă gaspurile cu ventilația normală. Din această cauză începerea RCP este amânată. Respirațiile agonice sunt prezente la aproximativ 40% din pacienții în SCR. În perioada instrucției trebuie subliniat că aceste gaspuri agonice apar frecvent în primele minute după instalarea SCR. Ele reprezintă o indicație de începere imediată a RCP și nu trebuie confundate cu respirația normală.

SVB ÎN SPAȚII ÎNGUSTE

În cazul SVB în spații înguste efectuată de un singur salvator este recomandată efectuarea RCP peste capul victimei, iar în cazul existenței a doi salvatori, se recomandă poziția-călare.

RESUSCITAREA CU DOI SALVATORI

Deși resuscitarea efectuată de doi salvatori este mai puțin solicitantă, totuși este important ca ambii resuscitatori să cunoască complet algoritmul și să fie antrenați. De aceea se recomandă ca această tehnică să fie rezervată specialiștilor în resuscitare sau acelor salvatori care fac parte din grupuri antrenate.

Sunt de făcut următoarele sublinieri:

- chemarea ajutorului este o prioritate; astfel, un salvator începe singur resuscitarea iar celălalt pleacă după ajutor;
- se recomandă ca salvatorii să stea de o parte și de alta a victimei; (*fig. 11*)



Figura 11: Resuscitarea cu doi salvatori

- se utilizează un raport de 30 compresii la 2 ventilații; la finalul fiecărei serii de 30 compresii, salvatorul respectiv va fi pregătit să administreze cele două ventilații; pentru o mai bună coordonare, cel care face compresiile poate număra cu voce tare;
- ridicarea bărbiei și extensia capului vor fi menținute tot timpul resuscitării; se administrează cele două ventilații timp în care compresiile toracice se întrerup; acestea se reiau imediat după a doua ventilație, așteptând doar ca salvatorul să îndepărteze buzele de pe fața victimei;
- dacă salvatorii vor să facă schimb de locuri, pentru că de obicei, cel care face compresiile toracice obosește, acesta trebuie să se facă cât mai rapid cu putință.

2.5.ALGORITMUL SVB ÎN SPITAL

Pentru SCR petrecut în spital, diferența dintre SVB și SVA nu este atât de netă, resuscitarea fiind un proces continuu, armonios.

Tot personalul medical trebuie să fie instruit în RCP astfel încât să fie imediat recunoscut, echipele de intervenție să fie alertate printr-un număr de telefon standard, iar resuscitarea să poată fi inițiată imediat. Resuscitarea imediată presupune folosirea adjuvanților pentru menținerea deschisă a căilor aeriene și pentru ventilație, accesul la un defibrilator într-un timp mai mic de 3 minute.

Pentru pacienții internați poate exista o perioadă de alterare hemodinamică și stop cardiorespirator neasistate. Toți pacienții cu risc înalt de SCR trebuie să fie internați într-un spațiu unde există posibilitatea de monitorizare permanentă și unde resuscitarea poate începe imediat

Întregul personal medical trebuie să fie instruit în recunoșterea SCR, în a solicita ajutor și a începe imediat resuscitarea. În funcție de nivelul de pregătire personalul medical trebuie să facă ceea ce a fost antrenat să facă: personalul din terapie intensivă și serviciul de urgență are abilități de resuscitare avansate față de restul personalului.

Chemarea ajutorului rămâne o prioritate mai ales când SCR este asistat de un singur salvator echipa de resuscitare trebuie să fie completă și trebuie să fie chemată doar când SCR este recunoscut. Pentru situații de urgență în afară de SCR fiecare spital trebuie să aibă în vedere alcătuirea unei echipe de intervenție diferite de cea de resuscitare (tradițional, echipele de medici de gardă).

Secvență de acțiuni

1. Se asigură securitatea salvatorului și a victimei
2. Se evaluează starea de conștiență a pacientului
 - personalul medical în prezența unui pacient în colaps sau aparent inconștient, aflat în spital, va chema întâi ajutor și apoi va evalua starea de conștiență a victimei.
- 3A. Dacă pacientul este conștient și se va administra oxigen este monitorizat și se va stabili o linie venoasă până la sosirea liniei de gardă
- 3B. Dacă pacientul este inconștient:
 - se cheamă ajutor, dacă nu a fost chemat,
 - se așează victima în decubit dorsal și se deschid căile aeriene:
 - se aplică extensia capului și ridicarea mandibulei
 - se îndepărtează orice corp străin sau secreții vizibile de la nivelul cavității bucale folosind o pensă sau aspirator
 - dacă se suspicionează traumă cervicală se vor deschide căile aeriene folosind sublucaxia anterioară a mandibulei; menținerea deschisă a căilor aeriene și ventilația adecvată reprezintă o prioritate în fața unei suspiciuni de leziuni spinale; dacă sublucaxia mandibulei este insuficientă pentru deschiderea căilor aeriene se va recurge la o minimă extensie a capului pentru deschiderea acestora folosind stabilizarea manuală a capului pentru menținerea acestuia în ax cu trunchiul (sunt necesari mai mulți salvatori)

4. Menținând căile aeriene deschise, salvatorul încearcă să stabilească, timp de maxim 10 secunde, dacă victima respiră normal.

- privind mișcările peretelui toracic anterior
- ascultând zgomotele respiratorii la nivelul căilor aeriene superioare
- simțind fluxul de aer la nivelul obrazului

Respirația anormală (gaspuri, respirație slabă sau zgomotoasă) reprezintă un semn de instalare al SCR și nu va fi considerată semn de prezență a circulației sangvine).

5. Salvatorul va căuta timp de maxim 10 secunde existența semnelor de circulație sangvină:

- dacă pacientul nu prezintă semne de viață (mișcări, respirație normală sau tuse) și este evaluat de personal insuficient antrenat se va începe imediat SVB
- personalul medical antrenat va palpa pulsul carotidian simultan cu căutarea semnelor de viață nu mai mult de 10 secunde
- dacă pacientul nu prezintă semne de viață sau există dubii se va începe imediat SVB
- dacă pacientul nu respiră dar prezintă puls carotidian se va ventila cu o frecvență de 10 ventilații pe minut verificând pulsul carotidian la fiecare 10 ventilații

De reținut :

O persoană va începe SVB iar celelalte vor chema echipa de resuscitare, vor pregăti echipamentul și vor aduce defibrilatorul.

În cazul unui singur salvator acesta va părăsi pacientul pentru alertarea echipei de resuscitare.

Secvența SVB rămâne nemodificată (30 compresii toracice urmate de 2 ventilații).

Pentru a evita oboseala personalului și pentru a menține o calitate bună a compresiilor toracice cei care le efectuează se vor schimba la 2 minute.

Căile aeriene se vor menține deschise iar ventilația se va efectua cu echipamentul adecvat care se află cel mai aproape de victimă (pocket mask, masca laringiană sau mască-balon de ventilație), intubația traheală fiind efectuată doar de personal antrenat și cu experiență în domeniu.

Timpul de insuflație este de o secundă iar volumul expirator trebuie să producă expansiune toracică normală. Se va administra oxigen cât mai repede posibil.

O dată trahea intubată compresiile toracice vor fi efectuate neîntrerupt (cu excepția momentelor de defibrilare) cu o frecvență de 100 pe minut iar ventilațiile vor fi administrate 10 pe minut evitându-se hiperventilația pacientului.

În absența echipamentului de ventilație se va practica ventilație gură la gură. În cazul în care salvatorul nu poate sau nu vrea să administreze ventilația gură la gură va efectua numai compresii toracice până la sosirea ajutorului sau echipamentului de ventilație .

Când defibrilatorul este accesibil se aplică imediat padelele și se analizează ritmul. Padele autoadezive vor fi aplicate fără întreruperea compresiilor toracice

Compresiile toracice vor fi începute imediat după defibrilare.

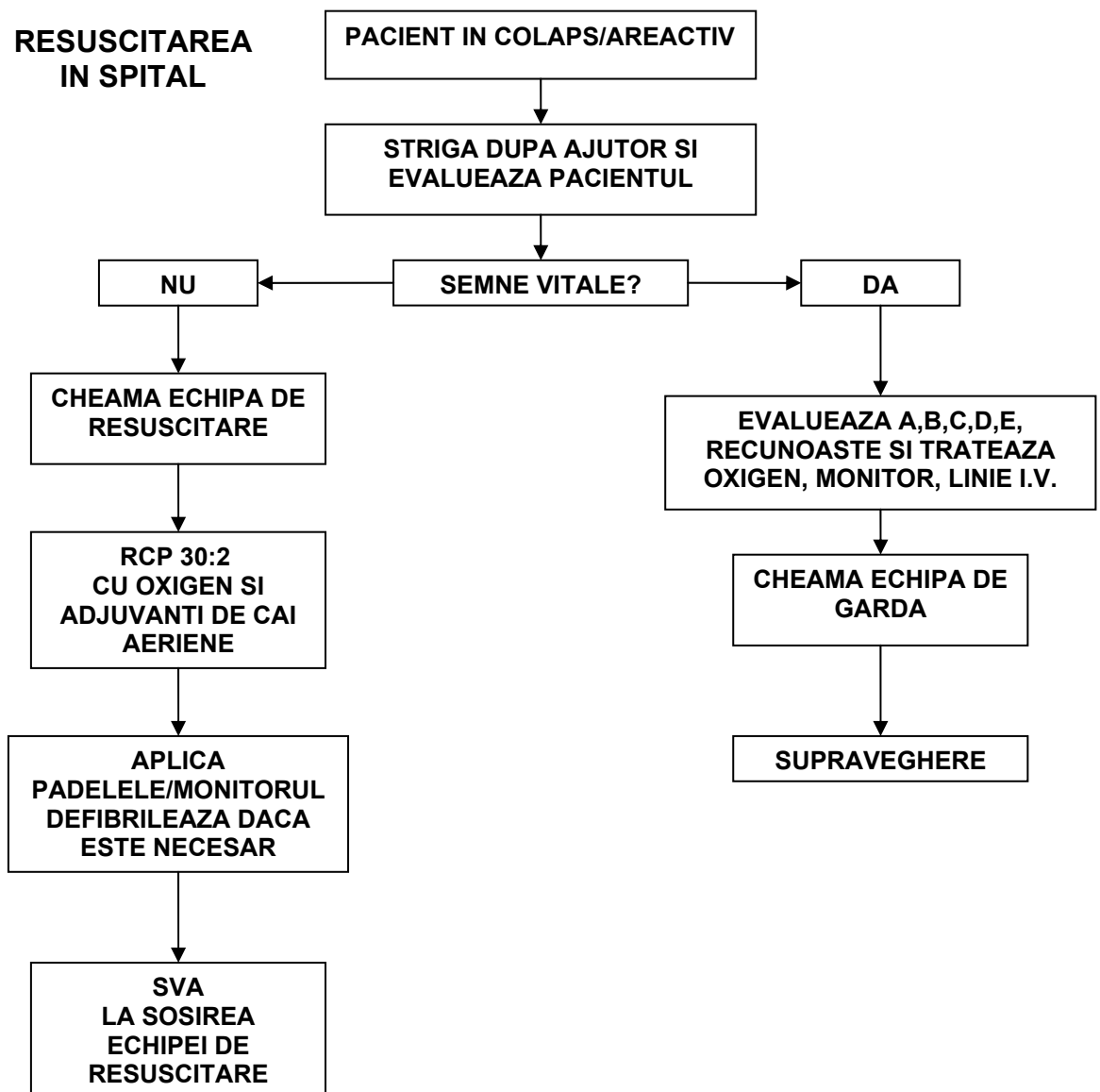
Resuscitarea se continuă până la sosirea echipei de resuscitare sau până când pacientul prezintă semne de viață.

Dacă există suficient personal se va obține acces venos și se vor administra medicamente

Șeful echipei de resuscitare va fi ales dintre persoanele cel mai bine antrenate

În cazul unui pacient monitorizat care instalează SCR în prezența salvatorului:

- se va confirma SCR și se va striga după ajutor
- se va aplica lovitura precordială dacă ritmul este șocabil iar defibrilatorul nu este imediat disponibil.



2.6. POZIȚIA DE SIGURANȚĂ

Poziția de siguranță este folosită în managementul victimelor inconștiente care respiră și au semne de circulație sangvină și nu prezintă leziuni ale coloanei vertebrale.

Când o victimă inconștientă este culcată în decubit dorsal și respiră spontan căile respiratorii pot fi obstructate de limbă, mucus sau vomă. Aceste probleme pot fi prevenite dacă victima este plasată pe una din părțile ei laterale. Scopul acestei poziții este menținerea liberă a căilor respiratorii, permiterea monitorizării, respectarea curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale și evitarea compresiilor pe pachetele vasculonervoase. Această poziție trebuie să fie una stabilă în timp. O poziție aproape-culcat pe burtă pe de altă parte poate împiedica o ventilație adecvată, deoarece imobilizează diafragma și reduce complianța toracică și pulmonară.

Poziția de siguranță prezintă ca dezavantaj compresia unui braț, recomandându-se urmărirea circulației periferice a brațului și înlăturarea compresiei cât mai rapid; dacă este necesară menținerea poziției de siguranță pe o perioadă mai lungă de timp, după 30 minute victima va fi întoarsă pe partea opusă. Există câteva variante ale poziției de siguranță fiecare cu avantajele sale. Nu există o singură poziție potrivită pentru toate victimele. Poziția trebuie să fie stabilă, aproape de poziția laterală reală, cu capul decliv și fără ca presiunea pe torace să împiedice ventilația.



Figura 12: Brațul în unghi drept cu corpul, cotul îndoit și palma în sus

CNRR recomandă următoarea secvență de manevre pentru poziția de siguranță:

- dacă este cazul, se îndepărtează ochelarii victimei;
- salvatorul îngenunchează lateral de victima aflată în decubit dorsal și cu membrele pelvine întinse;
- brațul de partea salvatorului se poziționează în unghi drept cu corpul, cotul fiind îndoit și palma orientată în sus; (fig 12)

brațul de partea opusă se aduce peste torace de aceeași parte cu salvatorul și se poziționează cu dosul palmei în contact cu obrazul; (fig. 13)



Figura 13: Dosul palmei în contact cu obrazul

- salvatorul prinde membrul inferior de partea opusă cu mâna chiar deasupra genunchiului și îl trage în sus, dar păstrând contactul piciorului cu solul (o flectare incompletă a coapsei pe abdomen); (fig. 14)



Figura 14: Flectare incompletă a coapsei pe abdomen

- cu o mână pe genunchiul flectat și cu cealaltă menținând dosul mâinii victimei pe obraz, se rotește victima spre salvator în poziție laterală, până când piciorul flectat se sprijină pe sol; (fig. 15)
- se ajustează poziția membrului inferior de deasupra astfel încât coapsa și genunchiul să fie flectate în unghi drept



Figura 15: Rotirea victimei către salvator

- se împinge și se menține capul spre posterior pentru a asigura libertatea căilor aeriene; această manevră se realizează prin ajustarea poziției mâinii de sub obraz; (*fig. 16*)
- se verifică respirația la intervale regulate.

În ciuda dificultăților ce pot apare atât la antrenamente cât și într-o situație reală, rămâne fără îndoială faptul că plasarea unei victime inconștiente în poziție de siguranță poate fi un gest salvator de viață.



Figura 16: Pacient în poziție de siguranță

2.7. OBSTRUCȚIA CU CORP STRĂIN A CĂILOR AERIENE

Moartea accidentală prin obstrucția cu corp străin a căilor aeriene (OCSCA), deși rară, poate fi prevenită; mai puțin de 1% din evenimentele de obstrucție cu corp străin sunt mortale. Deoarece majoritatea cazurilor de OCSCA apare, atât la copii cât și la adulți, în timpul mesei, frecvent, aceste evenimente au martori. Totuși, este nevoie de intervenție rapidă, cât timp victima este încă responsabilă.

RECUNOAȘTEREA OCSCA

Pentru supraviețuirea unui eveniment de OCSCA este necesară recunoașterea rapidă a urgenței. OCSCA nu trebuie confundată cu leșinul, infarctul miocardic, epilepsia sau alte situații care pot produce insuficiența respiratorie acută, cianoza sau pierderea stării de conștiență.

În general obstrucția apare în timpul mesei, victima ducându-și frecvent mâinile spre gât. (*fig. 17*) Pacienții cu obstrucție ușoară pot vorbi, tuși și respira. Cei cu obstrucție severă însă, nu pot vorbi, răspund prin mișcări ale capului, nu mai pot respira sau au respirații zgomotoase, eforturile de tuse sunt ineficiente, nezgomotoase și devin în scurt timp inconștienți.

În recunoașterea evenimentului de OCSCA este indicat ca salvatorul să întrebe victima conștientă: „te-ai înecat?”



Figura 17: Pacient cu OCSCA

ALGORITMUL DE INTERVENȚIE ÎN CAZ DE OCSCA LA ADULT

(Acest algoritm poate fi utilizat și în cazul copiilor peste un an)

1. Dacă victima prezintă semne de obstrucție ușoară a căilor aeriene:
 - Se încurajează victima să tușească, fără a mai face altceva
2. Dacă victima prezintă semne de obstrucție severă a căilor aeriene și este conștientă:
 - Se aplică până la 5 lovituri la nivelul toracelui posterior, după cum urmează (*fig. 18*)

- salvatorul se poziționează lateral și ușor în spatele victimei



Figura 18 Lovituri interscapulovertebrale

- va sprijini cu o mână pieptul victimei și o va înclina ușor spre înainte astfel încât, atunci când corpul străin va fi dislocat, să se deplaseze mai degrabă spre cavitatea bucală decât să alunece mai jos în căile aeriene
- cu podul palmei celeilalte mâini va administra până la 5 lovituri bruște interscapulovertebrale (între omoplați)
 - După fiecare lovitură se verifică dacă a fost înlăturat obstacolul. Scopul nu este acela de a aplica toate cele 5 lovituri ci ca fiecare din acestea să fie capabilă să dizloce corpul străin.
 - Dacă după cele 5 lovituri între omoplați corpul străin nu a fost înlăturat, se efectuează 5 comprimări abdominale bruște astfel (*fig. 19*), salvatorul:



Figura 19: Manevra Heimlich

- se poziționează în spatele victimei cu ambele brațe în jurul părții superioare a abdomenului acesteia
- va înclina ușor victima spre înainte

- va plasa pumnul între ombilic și apendicele xifoid
- va prinde pumnul cu cealaltă mână și va trage brusc spre în sus și înapoi

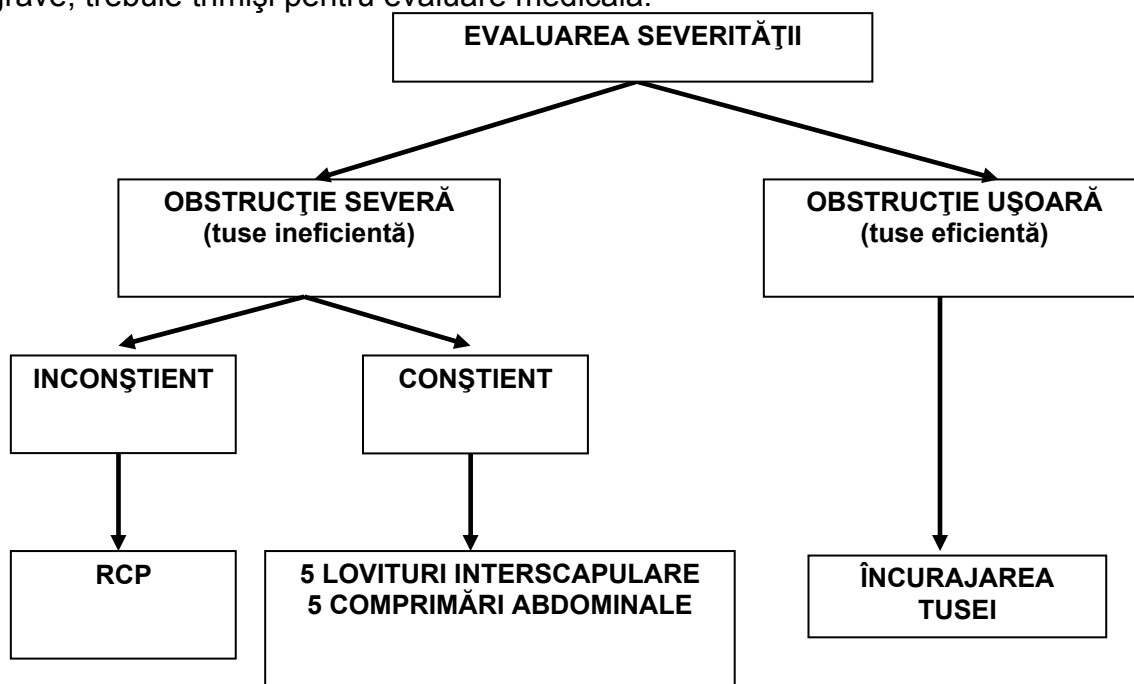
- va repeta de maxim 5 ori această manevră.

- Dacă obstrucția nu a fost înlăturată, se continuă alternând 5 lovituri între omoplați cu 5 comprimări bruște ale abdomenului.

3. Dacă victima devine inconștientă:

- se așează ușor victima pe sol
- se alertează imediat Sistemul Medical de Urgență
- se începe SVB direct cu aplicarea compresiilor toracice. Personalul medical antrenat și cu experiență în detectarea pulsului carotidian, va începe aplicarea compresiilor toracice chiar dacă pulsul este prezent (pacient inconștient și cu OCSCA).

Chiar și în cazul rezolvării cu succes al unei OCSCA, sunt posibile complicații ulterioare datorate retenției de material străin la nivelul tractului respirator superior sau inferior. Pacienții cu tuse persistentă, dificultăți de deglutiție sau cu senzația de corp străin retenționat la nivelul gâtului dar și cei la care s-au efectuat comprimări abdominale, care pot determina leziuni interne grave, trebuie trimiși pentru evaluare medicală.



MODIFICĂRI ALE SVB ÎN CAZUL RESUSCITĂRII VICTIMELOR ÎNECULUI

În cazul SCR la înecat, protocolul SVB prezintă următoarele modificări:

- se vor administra 5 ventilații înaintea începerii compresiilor toracice
- dacă salvatorul este singur, va aplica măsurile de RCP pentru aproximativ un minut înainte de a pleca după ajutor

Aceste modificări trebuie însușite în special de acele persoane care, prin specificul muncii lor pot veni în contact cu potențiale victime ale unui înec. Spre deosebire de alte cauze asfixice de SCR, înecul este ușor de recunoscut; persoanele laice pot avea dificultăți în identificarea cauzei directe de SCR în cazul traumei sau intoxicațiilor. De aceea, în cazul acestor pacienți se va aplica protocolul standard de SVB.

2.8. UTILIZAREA DEFIBRILATORULUI EXTERN AUTOMAT (DEA)

DEA standard pot fi folosite la adulți și copiii peste 8 ani. Pentru copiii între 1 și 8 ani se vor folosi, dacă este posibil, padelele pediatrice sau modul pediatric; dacă nu este posibil, se va folosi DEA disponibil. Utilizarea DEA nu este indicată în cazul copiilor sub un an.

ALGORITMUL UTILIZĂRII DEA

1. Trebuie asigurată securitatea salvatorului, victimei și a celor din jur.
2. Dacă victima este inconștientă și nu respiră normal, salvatorul va trimite pe cineva după DEA și va chema ambulanța.
3. Salvatorul va începe RCP conform protocoalelor SVB
4. Imediat după sosirea defibrilatorului:
 - va porni defibrilatorul și atașează padelele. Dacă există mai mult de un resuscitator, SVB trebuie continuat în timpul efectuării acestor manevre
 - vor fi urmate comenzile vocale sau cele afișate
 - resuscitatorul se va asigura că nimeni nu atinge victima în timp ce DEA analizează ritmul
- 5a. Dacă există indicație de șoc
 - resuscitatorul se va asigura că nimeni nu atinge victima
 - va apăsa butonul de șoc urmând instrucțiunile (DEA complet automate vor administra șocurile direct)
 - va continua conform comenzilor vocale sau celor afișate
- 5b. Dacă nu există indicație de șoc
 - salvatorul va reîncepe imediat SVB cu un raport compresii toracice:ventilații de 30:2
 - va continua conform comenzilor vocale sau celor afișate
6. Resuscitarea va continua până când:
 - sosește un ajutor calificat care preia resuscitarea
 - victima începe să respire normal
 - salvatorul este epuizat fizic

Comenzile vocale sau afișate ale DEA trebuie (re)setate conform cu recomandările actuale privind SVB și defibrilarea. Modificările ar trebui să includă cel puțin:

1. DEA va administra doar un singur șoc în cazul unui ritm la care acesta este indicat
2. scoaterea comenzii de verificare a ritmului, a respirației sau a pulsului imediat după șoc
3. introducerea unei comenzi pentru reluarea SVB imediat după șoc (efectuarea compresiilor toracice chiar în cazul prezenței circulației spontane nu este dăunătoare)
4. permiterea unui interval de timp de 2 minute pentru efectuarea RCP, înaintea comenzii de reverificare a ritmului, respirației sau pulsului.

ALGORITMUL DEA

