

SPITALUL CLINIC "Dr. V. BABEȘ"

BUCUREȘTI

Șos. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

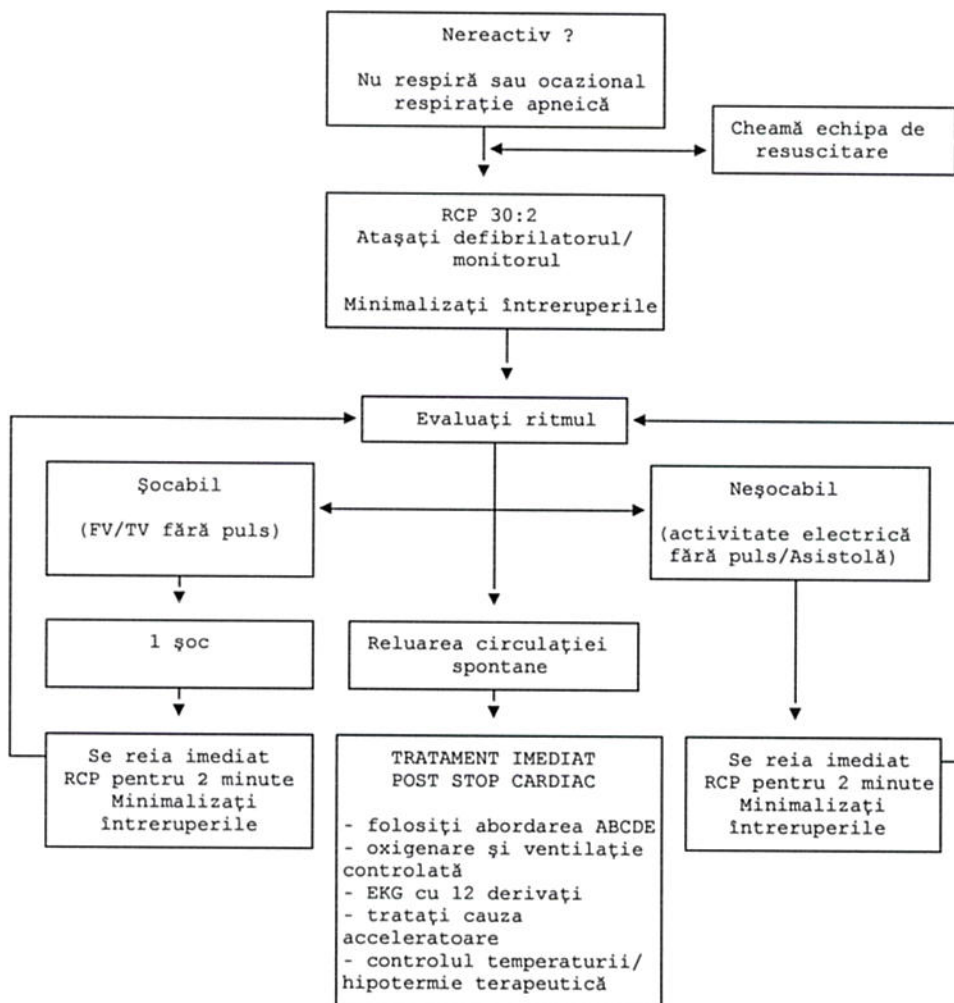
7... 09 Luna 02 : 20... 15

Aprobat Manager

Dr. Emilian Ioan Imbri



PROTOCOL DE RESUSCITARE PENTRU ADULT



ÎN TIMPUL RCP

- asigurați o calitate ridicată a RCR (rată, profunzime, recoil)
- planificați acțiunile înainte de oprirea RCR
- administrați oxigen
- luați în considerare căi aeriene avansate și capnografia
- compresii toracice continue când căile aeriene sunt pe loc
- acces vascular (intravenos, intraos)
- administrați adrenalină la fiecare 3-5 minute
- corectați cauzele reversibile

CAUZE REVERSIBILE

- hipoxie
- hipovolemie
- hipo/hiperkaliemie/metabolice
- hipotermie
- tromboză
- tamponada cardiacă
- toxine
- tensiune în pneumotorax

Suportul vital de bază la adult

1. Verifică siguranța mediului/locului

2. Verifică dacă victima răspunde:

- ☐ scuturare umeri
- ☐ "sunteți bine / totul e în regulă?"

3. a) Dacă pacientul răspunde:

- ☐ se lasă pacientul în poziția găsită
- ☐ se reevaluează starea pacientului periodic

b) Dacă pacientul nu răspunde:

- ☐ strigă după ajutor
- ☐ poziționare în decubit dorsal și se eliberează căile aeriene (o mână se poziționează pe fruntea pacientului și se pune capul în hiperextensie, în timp ce cu cealaltă mână se ridică madibula)

4. Verifică dacă pacientul respiră:

- ☐ privește (se urmăresc mișcările toracelui)
- ☐ ascultă (se ascultă cu urechea poziționată în dreptul gurii pacientului)
- ☐ simte

În primele minute după un stop cardiac, victima poate să respire foarte superficial sau foarte neregulat. Nu trebuie confundat acest mod de respirație cu cel normal, de aceea pacientul nu trebuie evaluat mai mult de 10 secunde iar dacă există dubii asupra modului în care respiră pacientul trebuie luată o atitudine conformă cu cea din cazul în care pacientul nu respiră.

5. a) Dacă respiră normal:

- ☐ se așează în poziția de siguranță
- ☐ apel pentru ambulanță
- ☐ evaluare continuă

b) Dacă nu respiră normal:

- ☐ trimite după sau cheamă ambulanța
- ☐ masaj cardiac extern
- ☐ se poziționează mâinile în centrul toracelui victimei
- ☐ se comprimă sternul aproximativ 4-5 cm
- ☐ frecvența compresiei: 100/min

6. a) Se combină compresiile toracice cu ventilația artificială

- ☐ după 30 de compresii toracice se eliberează căile respiratorii și se pensează nasul
- ☐ se execută 2 respirații succesive
- ☐ se continuă cu alternanța compresii:respirații 30:2
- ☐ se întrerupe resuscitarea numai dacă pacientul respiră normal

b) Numai masajul cardiac extern, fără ventilație artificială (gură la gură sau gură la nas)

- ☐ este considerat acceptabil, dacă salvatorul nu e capabil sau nu dorește să execute respirația gură la gură; studiile arată că MCE fără ventilație artificială este net superior lipsei de



resuscitare, unele sugerând chiar că procentul de supraviețuire este comparabil cu cel din resuscitarea utilizând și ventilația artificială

- ☐ frecvența compresiilor trebuie să fie de 100/min
- ☐ se întrerup compresiile numai dacă pacientul începe să respire normal

7. Se continuă resuscitarea

- ☐ până când sosește personalul calificat
- ☐ până când victima începe să respire normal
- ☐ până când salvatorul este epuizat

Ventilația

În timpul RCR scopul ventilației este de a menține oxigenarea adecvată a sângelui. Volumul curent, frecvența respiratorie optimă și concentrația optimă de oxigen din aerul inspirat pentru a obține o oxigenare adecvată nu sunt cunoscute în totalitate.

De aceea recomandările se fac pe baza următoarelor observații:

1. Volumele curente trebuie să fie mai mici decât normalul dar frecvența respiratorie mai mare
2. Hiperventilația este nocivă deoarece crește presiunea intratoracică determinând o scădere a reîntoarcerii venoase
3. Când pacientul este ventilat fără protecție, un volum curent de 1 l produce o distensie gastrică semnificativ mai mare decât unul de 500 ml
4. La adult ventilația cu volume mici 500-600ml este adecvată
5. Întreruperile frecvente din compresia toracelui au un efect negativ asupra supraviețuirii

Se recomandă:

1. Respirațiile să dureze peste o secundă și cu volum suficient pentru a determina mișcarea toracelui, dar să se evite respirațiile prea puternice.
2. Respirația gură la nas este o alternativă eficientă în cazul în care cea gură la gură nu este posibilă.

Masajul cardiac extern(MCE)

MCE determină apariția unui flux sanguin prin creșterea presiunii intratoracice și prin compresia directă a cordului. Chiar dacă MCE poate produce o TAS de 60-80 mmHg, TAD este foarte mică iar tensiunea arterială medie la nivelul carotidei rareori depășește 40 mmHg. MCE generează un flux sangvin mic, dar critic pentru cord și creier, crescând probabilitatea unei defibrilări reușite. Acesta este deosebit de important dacă primul șoc este administrat la mai mult de 5 minute după colaps.

Recomandări:

1. De fiecare dată când se reia MCE mâinile salvatorului trebuie să fie așezate în centrul toracelui
2. Frecvența compresiilor trebuie să fie 100/min
3. Toracele trebuie comprimat 4-5cm
4. După fiecare compresie toracele trebuie lăsat să revină în poziția inițială
5. Durata compresiei toracelui trebuie să fie egală cu cea a decompresiei
6. Întreruperi cât mai puține
7. Puls palpatil la carotidă sau femurală nu înseamnă întotdeauna flux arterial eficient



Defibrilarea electrică automată

RCR înaintea defibrilării

Folosirea imediată a defibrilatorului odată ce acesta este disponibil a fost un element cheie în toate ghidurile de RCR de până acum, fiind considerată de importanță capitală pentru tratamentul fibrilației ventriculare.

Acest concept a fost combătut, deoarece dovezile au sugerat că efectuarea MCE înaintea folosirii defibrilatorului ar putea crește supraviețuirea dacă timpul scurs până la sosirea ambulanței este mai mare de 5 minute.

Fazele fibrilației ventriculare:

1. Electrică (~ 4 minute)
2. Circulatorie (min. 4-10)
 - epuizare energetică miocardică
 - defibrilarea directă este inefficientă
 - masajul cardiac extern crește șansele unei defibrilări reușite
3. Metabolică – în această fază supraviețuirea este improbabilă

Intocmit

Dr Delia Stanciu

Medic primar ATI

Director Medical

Dr Florescu Simin Aysel