



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21
web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEȘ”
BUCUREȘTI

Șos. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

Ziua 04 Luna 02 2015

Aprobat Manager

Dr. Emilian Ioan Imbri

INSUFICIENȚA RESPIRATORIE PROTOCOL CLINIC

Definiție - sindrom care rezultă din incapacitatea aparatului respirator de a-și îndeplini funcția sa principală care constă în asigurarea schimburilor gazoase adecvate între aerul alveolar și capilarele pulmonare, în repaus și la efort. În aparatul respirator sunt incluse: centrul respirator și conexiunile sale neuro-umorale, căile nervoase eferente, musculatura respiratorie, cutia toracică, căile respiratorii superioare și plămânii. Din punct de vedere funcțional, IRp se caracterizează prin scăderea PaO_2 sub 60 mm Hg (hipoxemie), cu sau fără creșterea $PaCO_2$ peste valorile normale.

Manifestările clinice ale hipoxemiei:

- cianoză,
- stimularea eritropoezei → policitemie secundară.

Combinatia hipoxemie cronică + hipercapnie poate induce vasoconstricție pulmonară → hipertensiune pulmonară → hipertrofie ventriculară dreaptă → insuficiență cardiacă congestivă.

Investigații: evaluarea gazelor arteriale este metoda preferată pentru determinarea necesarului de oxigen (PaO_2), incluzând informații de bază. Saturația arterială a oxigenului reprezintă o metodă adecvată pentru monitorizare și se măsoară prin pulsoximetrie (SaO_2).

Tratament

Individualizat în funcție de:

- boala de bază
- particularitățile pacientului (comorbidități, complicații)
- circumstanțe de apariție a IRp

Obiective și metode:

- corectarea tulburărilor metabolice (alcaloză, acidoză);
- administrarea de oxigen suplimentar → atenuarea hipoxemiei, policitemiei și hipertensiunii pulmonare, dar poate agrava retenția de CO_2 și simptomele neurologice asociate;
- ventilație mecanică asistată la unii bolnavi.

Indicațiile oxigenoterapiei pe termen lung (> 15 ore/zi):

- $PaO_2 \leq 55$ mm Hg sau $SpO_2 \leq 88\%$ indiferent de nivelul capniei,
- PaO_2 între 55-59 mm Hg cu $SpO_2 \geq 89\%$ dar cu semne de HTP sau policitemie secundară ($Ht > 55\%$),
- $PaO_2 \geq 60$ mm Hg cu $SpO_2 \geq 90\%$ dar cu hipoxie în cursul efortului fizic sau al somnului.



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21

web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



Indicațiile ventilației noninvazive (pe mască): dispneea moderat-severă cu acidoză moderată și frecvența respirației între 25-35/min la un pacient cooperant, care nu este puternic sedat, hemodinamic stabil și care poate să tușească eficient pentru eliminarea secrețiilor bronșice.

Indicațiile ventilației invazive (prin intubație):

- dispnee severă,
- oboseala mușchilor respiratori,
- tulburări persistente de conștiență,
- frecvența respiratorie > 35/min,
- acidoză severă ($\text{pH} < 7,25$),
- hipoxemie severă ($\text{PaO}_2 < 40$ mm Hg),
- complicații hemodinamice,
- eșecul ventilației non-invazive.

Alte mijloace terapeutice

- bronhodilatatoare
- corticoizi sistemici
- tratament antibiotic
- tratamentul condițiilor asociate (insuficiență cardiacă, aritmii, ș.a.)
- hidratare corectă (monitorizare hidroelectrolitică)
- încurajarea tusei ± fizioterapie
- supliment nutrițional
- terapie antitrombotică
- se vor evita tranchilizantele, sedativele și hipnoticele.

Intocmit

Dr Olimpia Nicolaescu
Medic Primar Pneumolog

Director Medical
Dr Florescu Simin -Aysel