



Suportul Vital de Bază Pediatrie



IP USMF “Nicolae Testemițanu”
Departamentul Pediatrie
Conf. Dr. Petru Martalog
(curs studenți 2020)

Objective

1. Să cunoaștem cauzele stopului cardio-respirator la copii
2. Să înțelegem importanța instruirii pentru efectuarea corectă a RCP
3. Să aplicăm procedurile de evaluare a nivelului de conștiență a pacientului
4. Să aplicăm manevrele de eliberare și menținere deschisă a căilor aeriene
5. Să descriem scopul și indicațiile efectuării poziției laterale de siguranță
6. Să aplicăm tehnicile de ventilație eficientă la copil și sugar
7. Să aplicăm tehnicile de compresiune toracică externă la copil și sugar
8. Etapele RCP efectuată de un singur salvator, de doi salvatori





Suportul Vital de Bază Pediatic



**EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL**



Lanțul supraviețuirii în afara spitalului

Prevenire

**Resuscitare
inițiată rapid
+eficientă**

112

**Resuscitare
avansată**





Recognition and
activation of the
emergency
response system

Immediate
high-quality CPR

Rapid
defibrillation

Basic and advanced
emergency
medical services

Advanced life
support and
postarrest care





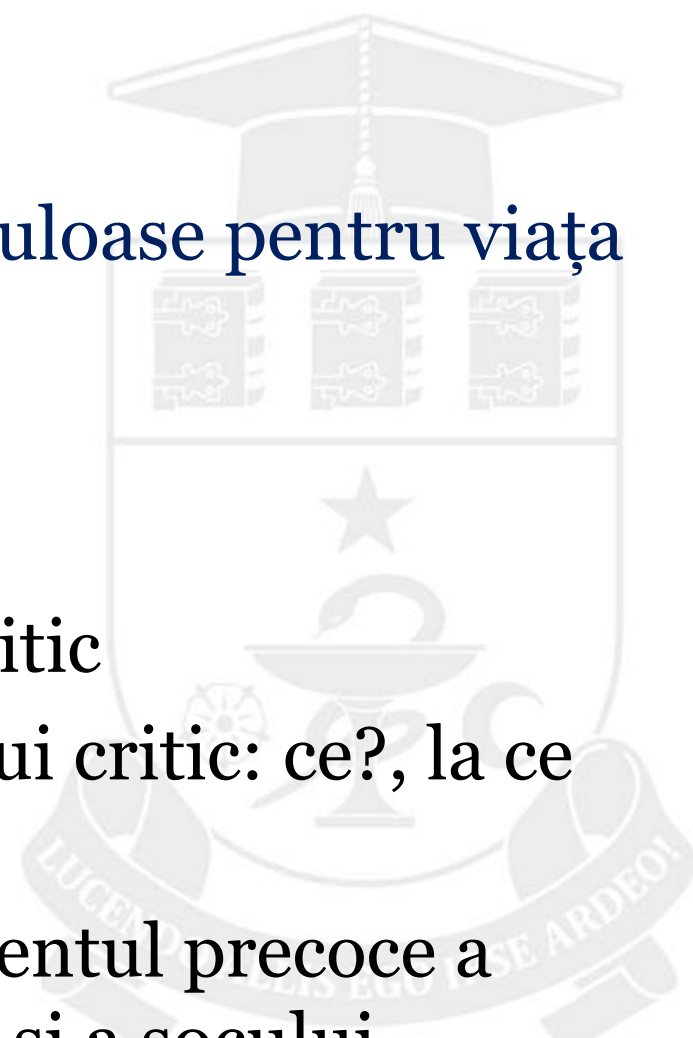
Prevenirea SCR - cel mai mare impact asupra supraviețuirii

Educația populației

- Evitarea situațiilor periculoase pentru viața copiilor
- Cursuri de prim-ajutor

Educație medicală:

- Evaluarea pacientului critic
- Monitorizarea pacientului critic: ce?, la ce interval de timp?
- Recunoașterea și tratamentul precoce a insuficienței respiratorii și a șocului





Fii alături de copilul tău permanent. Câteva secunde sunt de ajuns pentru ca să se întâmple o tragedie!

AFLĂ DE CE →



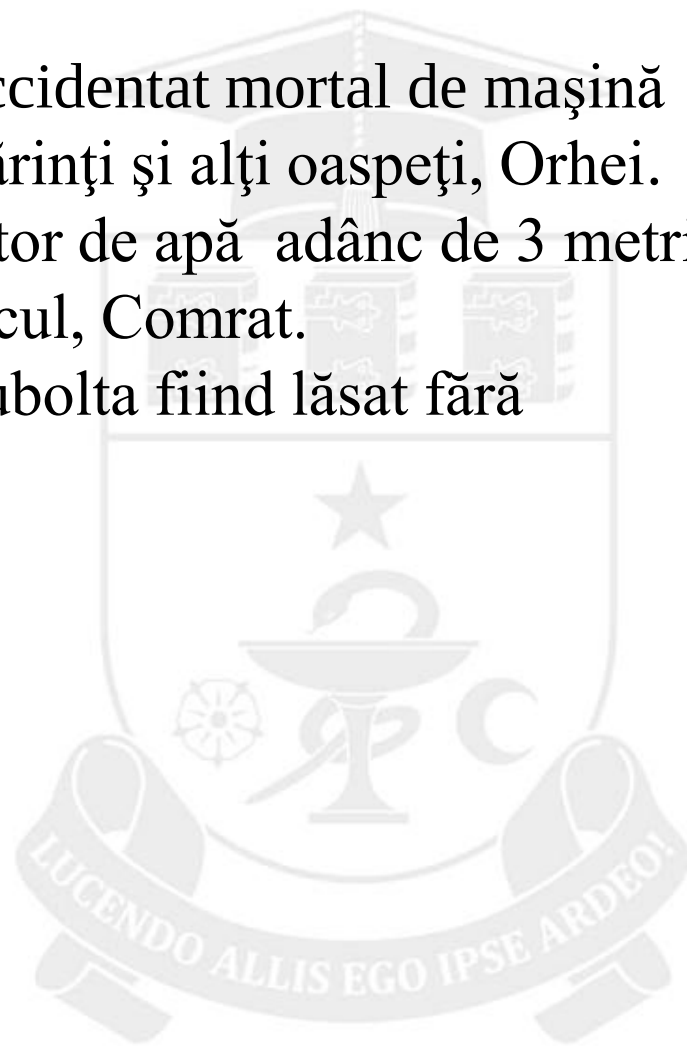
Explică-i copilului care lucruri sunt periculoase pentru el. Învăță-l regulile care trebuie să le respecte pentru propria siguranță!

AFLĂ DE CE →





2020, luna aprilie-mai: copil 2 ani accidentat mortal de mașină chiar în ziua de Naștere, fiind alături de părinți și alți oaspeți, Orhei.
Copil 2 ani înneecat în fântâna (colector de apă adânc de 3 metri) din curtea casei, după ce a deschis capacul, Comrat.
Copil 8 ani Drocia înneecat în râul Cubolta fiind lăsat fără supraveghere circa 15-20 min.



Arsuri și opăriri

Așa DA!



Așa NU!



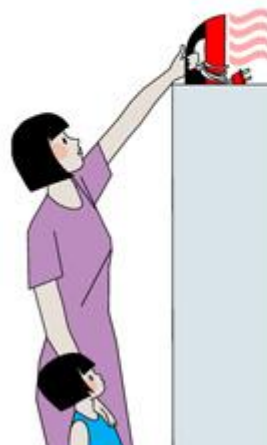
Așa DA!



Așa NU!



37°



Annual 600-700 copii cu arsuri în clinica Em.Coțaga (750 în 2013)

Arsuri și opăririi



Așa DA!

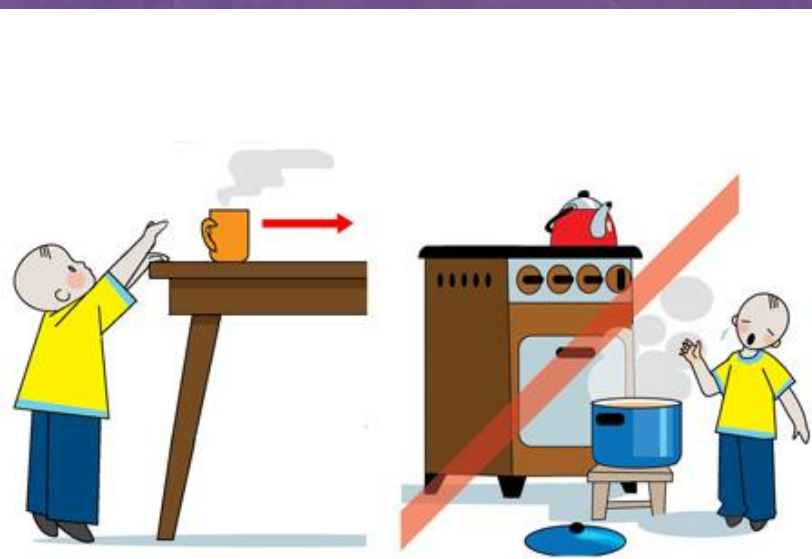
Așa NU!



Așa DA!



Așa NU!



Așa DA!



Așa NU!

Traumatisme

NU lăsa nici
o clipă copilul
fără supraveghere!

AFLĂ DE CE →



Așa NU!



Călătorește cu copilul
doar în scaunul auto
special sau fixează-i mereu
centura de siguranță!

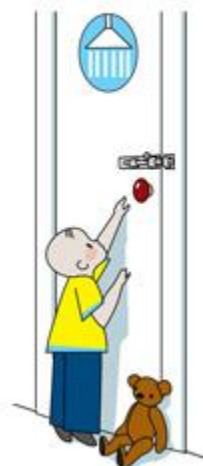
AFLĂ DE CE →



Așa NU!



Un copil de trei ani a murit după ce a căzut din tractorul condus de tatăl său. Cahul. August 2018.



• **Un băiețel de opt ani s-a stins după ce a căzut în WC din curtea locuinței sale. 10.2018. Sângerei**



• **Ungheni. Un copil de doar un an și opt luni a murit asfixiat după ce a căzut în veceul din curtea casei.**

Părinți

Nu lăsa copilul
singur în apă!



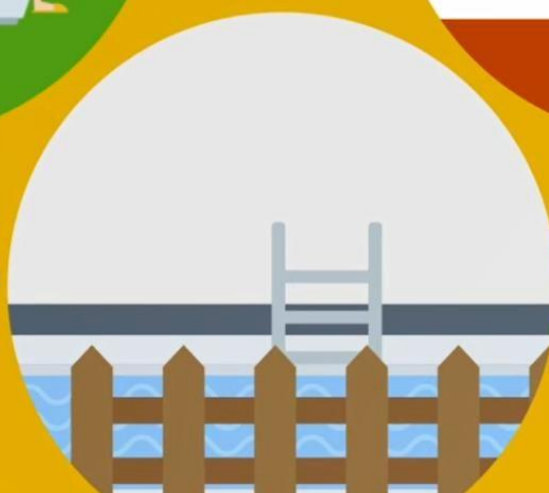
Pune cât
mai sus
vasele cu
apa!



Acoperă cu
capac orice
vas cu apă!



Închide accesul
la locuri cu apă!



- **Trei copii de 7, 9 și 11 ani s-au înecat într-un iaz din localitatea Pohrebeni, Orhei. 06.2018**

- **Trei fete de 11, 12 și 15 ani s-au înecat în râul Nistru. Grigoriopol. 06.2018**

- **Iulie 2019- copil opt ani Florești înecat Răut**

- **Mai 2019- copil 11 ani Florești înecat iaz la pescuit**

- **Copil de doi ani înecat în lac din apropierea casei sale. Dondușeni. 06.2018**

- **Doi copii frate și soră de 7 și 13 ani, s-au înecat într-un rezervor de apă de pe teritoriul unei stații de epurare nefuncțională, Sîngerei august 2019.**

Intoxicații și otrăviri



1,5m

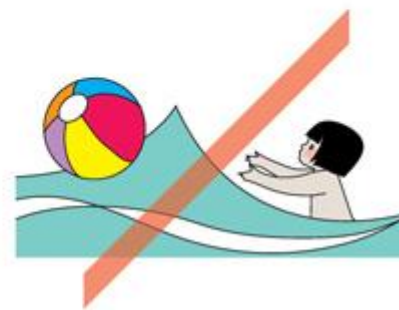
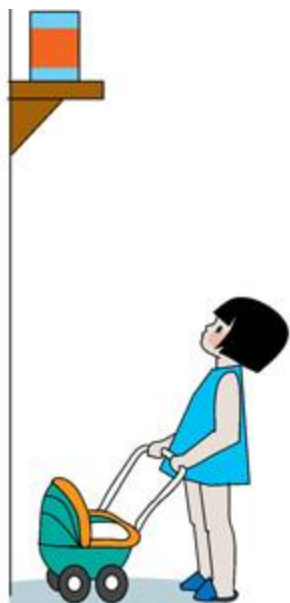
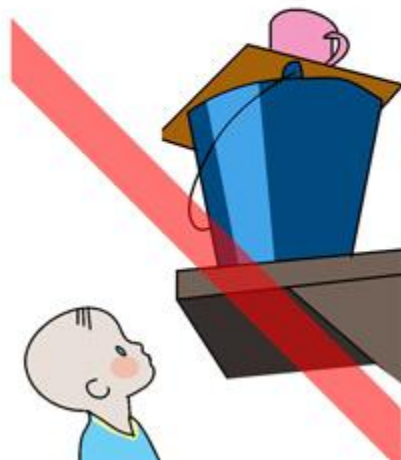


Crocmaș, raionul Ștefan Vodă. un băiat de 15 ani a murit electrocutat, culegând nuci sub liniile electrice.

• În același raion un alt copil a împărțit aceeași soartă. Toamna 2018.



Sufocare cu corp străin

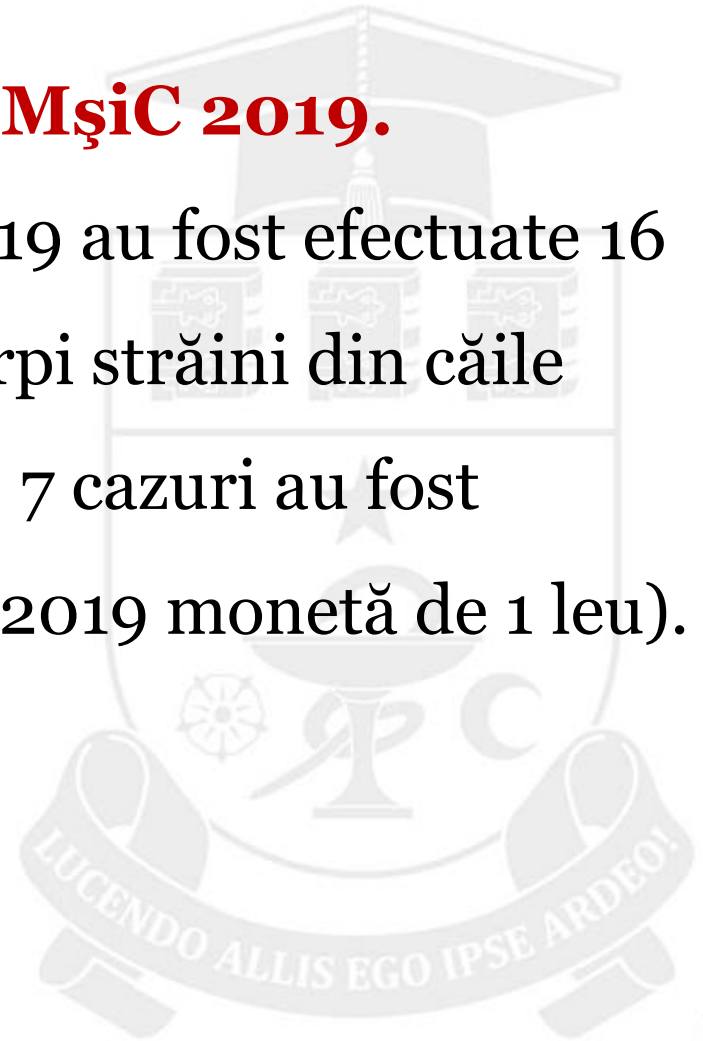




Sufocare cu corp străin

Datele secției endoscopie IMșiC 2019.

Doar lunile ianuarie-martie 2019 au fost efectuate 16 endoscopii cu extragerea de corpi străini din căile digestive superioare, din ele în 7 cazuri au fost monete (ultimul caz din 05.04.2019 monedă de 1 leu).

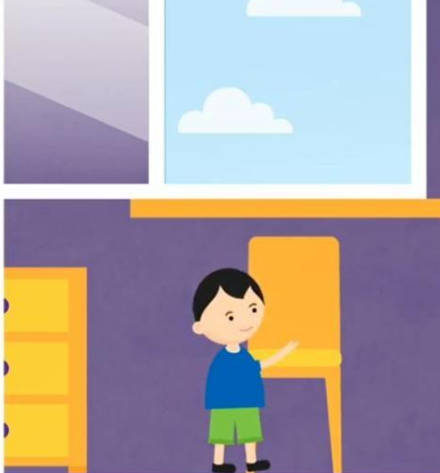




Ferestrele lăsate deschise
îi atrag pe cei mici!



Închide fereastra
unde este un copil mic!



Copiii pot folosi
obiectele ca trepte!



Mută mobila
de lângă fereastră!



Plasa de țânțari
deschide la atingere
copilul poate cădea în gol!



Blochează accesul
copilului la balcon!

- Chișinău, 2018, 2 copii între 2-3 ani au căzut de la etajul 8, 6 și au decedat după ce s-au sprijinit de plasa de țânțari nefixată stabil !!!
- 2019. „Fetița se afla în bucătărie împreună cu mama și sora de șase ani, când s-a urcat pe pervaz și s-a sprijinit de plasa din fereastră și a căzut în gol de la etajul șase.
- Noiembrie 2019. copil 2 ani cade etaj 3 Ciocana decedează la spital.



Accidentele casnice la copii nu sunt „o întâmplare“

● Știați că traumele, otrăvirile, alte accidente sunt a **treia cauză de deces a copiilor de 0-5 ani din RM**? Conform datelor MS, în anul 2014, au decedat din cauza acestor accidente 43 de copii sănătoși, iar 2176 de copii cu vârsta de până în 5 ani au ajuns în stare de urgență la spital în urma traumelor, otrăvirilor, arsurilor, etc

● Accidentele la copiii de la 0 la 5 ani se produc, în majoritatea cazurilor, acasă. Deși mulți părinți considera că aceste accidente sunt inevitabile și imprevizibile, acum se știe cu certitudine – accidentele la copiii mici nu sunt „o întâmplare“! Copiii ajung în stări grave la spital arși, opăriți, intoxicați, electrocuțați, traumatizați etc... deoarece adulții care au grijă de ei – părinții, bunicii, dădacele – **nu au luat toate măsurile necesare pentru a preveni accidentele casnice.**

● **Accidentele casnice la copii pot fi, în mare măsură, prevenite!**



Accidentele casnice la copii nu sunt „o întâmplare“

- NU lasă ceașca cu cafea sau ceai fierbinte la marginea mesei, noptierei
- NU lasă detergenții (???) pe podeaua din baie
- NU lasă geamul deschis, când copilul e singur în cameră
- NU lasă sugarul singur în cada cu apă când sună telefonul, etc.

Important!!!

- Supravegherea constantă a copilului
- Securizarea casei (identificarea și înlăturarea pericolelor din locuință, curte)
- Părintele renunță la unele comportamente periculoase pentru copil.
- Copiii mici se accidentează atunci când supraveghetorii lor nu țin cont de aceste 3 reguli de aur pentru a-i asigura micuțului din familie o copilărie fără accidente.



TRIAJUL ÎN STRUCTURILE PENTRU PRIMIREA URGENȚELOR

- „**Triajul** este un sistem de evaluare și clasificare a pacienților care se prezintă în structurile de primire a urgențelor în vederea stabilirii priorității și a nivelului de asistență medicală necesară”.
- Triajul se face în momentul prezentării pacientului în structura de primire a urgențelor.
- Timpul mediu de triaj nu trebuie să fie mai mare de 2 minute pentru un pacient.
- Multe decese pot fi prevenite prin respectarea etapelor triajului tuturor copiilor bolnavi, evaluarea semnelor de urgență, semnelor prioritare și stărilor neurgente



TRIAJUL ÎN STRUCTURILE PENTRU PRIMIREA URGENȚELOR

- Algoritmul de triaj. **Protocol internațional**. Nivelul de triaj: Cuprinde toți pacienții care prezintă același grad de prioritate în funcție de gravitatea și/sau caracterul acut al patologiei lor și de resursele necesare.
- **Nivel I – RESUSCITARE** (cod roșu): Pacientul care necesită ACUM intervenție salvatoare de viață. Timpul maxim de preluare în zona de tratament: **0 minute**.
- **Nivel II – CRITIC** (cod galben). Pacientul care prezintă o situație cu risc major sau status mental alterat (modificare acută) sau orice durere intensă sau discomfort major. Timpul maxim de preluare în zona de tratament: **10 minute**



TRIAJUL ÎN STRUCTURILE PENTRU PRIMIREA URGENȚELOR

- **Nivel III – URGENT** (cod verde). Pacientul cu funcții vitale stabile dar care necesită 2 sau mai multe dintre resursele definite mai jos (hemoleucograma, electroliții, testele de coagulare, EKG, radiografia toracică etc.). Timpul maxim de preluare tratament: **30min**
- **Nivel IV – NON-URGENT** (cod albastru). Pacientul care prezintă funcții vitale stabile și necesită o singură resursă dintre cele definite anterior. Timpul maxim de preluare în zona de tratament: **60 minute**.
- **Nivel V – CONSULT** (cod alb). Pacientul care nu necesită asistență medicală de urgență și nici una dintre resursele definite mai sus. Persoane care se prezintă pentru vaccinare, caz social fără acuze clinice, probleme clinico-administrative (certificate medicale, rețete, etc). Timpul maxim de preluare în zona de tratament: **120 minute**.

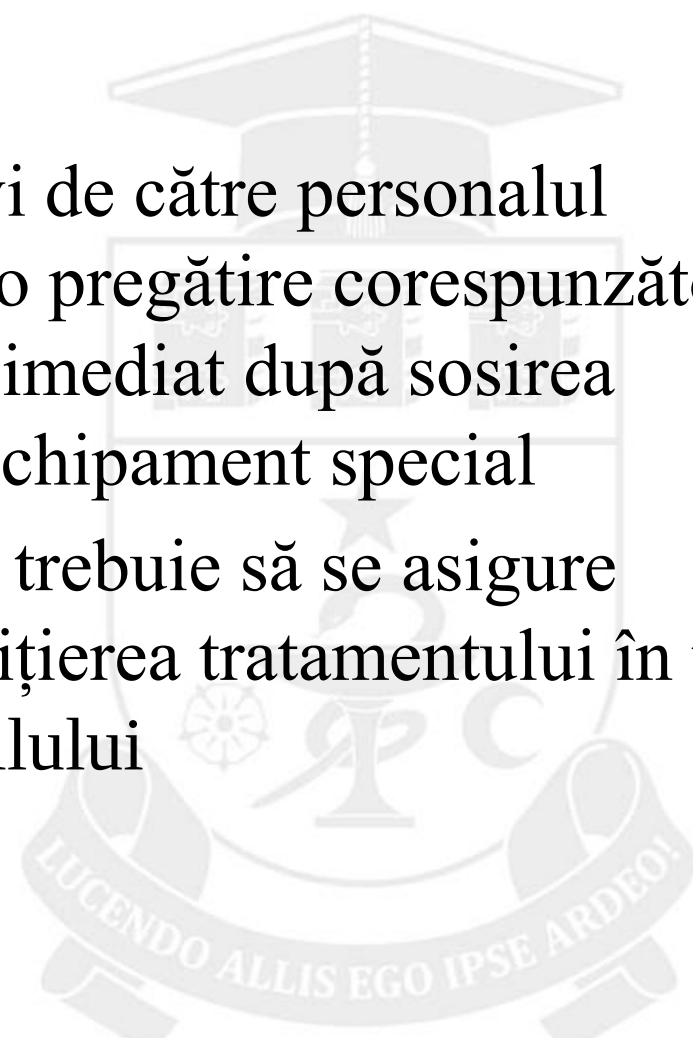


TRIAJUL

● Cine? Cum ?

● Triajul tuturor copiilor bolnavi de către personalul medical sau non-medical (după o pregătire corespunzătoare) durează doar 15-20 de secunde, imediat după sosirea copilului și nu necesită nici un echipament special

● Dacă există semne de urgență trebuie să se asigure conduita acestora în echipă și inițierea tratamentului în timp util pentru a stabiliza starea copilului





TRIAJUL

- **Unde putem facem triajul copiilor bolnavi ?**
- Oriunde avem copii bolnavi !!!
- Asistență medicală primară
- Asistență medicală urgentă
- Unități și Departamente de primiri urgente a spitalelor de copii





TRIAJUL

● Semne generale de pericol

● Copilul se află în pericol și **necesită ajutor medical imediat**, dacă are cel puțin unul din următoarele simptome:

- **Respiră greu** (geme, gâfâie, sunete neobișnuite la inspir/expir, stridor în repaus, bătăi ale aripilor nazale, tiraj cutie toracică);
- **Nu poate bea** sau suge pieptul mamei;
- **Vomită** după fiecare hrană, lichide;
- Este **mai puțin activ** ca de obicei, doarme mai mult ca de obicei
- Letargic (nu poate fi trezit), sau fără conștiință (**comă**);
- Are **convulsii** (contracții involuntare ale mușchilor);
- Cianoză centrală
- **Toate familiile cu copii mici trebuie să cunoască**
Semnele generale de pericol



TRIAJUL

● în lipsa semnelor de **de pericol**, verificați prezența **semnelor prioritare**:

- Copil mic (vârsta sub 2 luni)
- Temperatura foarte înaltă
- Paliditate (severă)
- Durere (severă)
- Intoxicație (sau în antecedente)
- Detresă respiratorie
- Traumatisme sau alte afecțiuni chirurgicale urgente
- Malnutriție: pierdere acută sau semne vizibile
- Edemul ambelor picioare
- Combustii





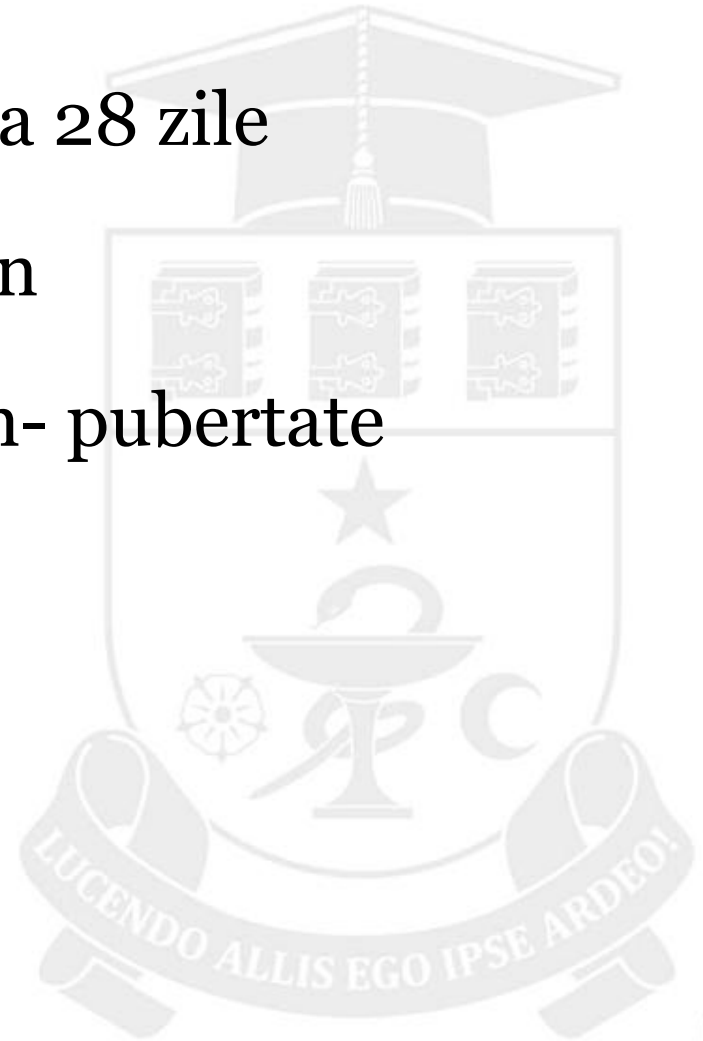
TRIAJUL

- **Semne generale de pericol**
- **Triunghiul evaluării în pediatrie**
- **Toți medicii trebuie să cunoască Semnele generale de pericol, urgențele majore în pediatrie, triajul**
- **ex. caz deces copil 7 ani meningită Ungheni; caz deces copil sugar meningită Cișinău (semne pericol, criterii clinice etc...); caz deces copil Rezina (criterii clinice, tratament neadecvat, nu a fost transportat la spital nivel 3) ...**



TRIAJUL

- nou născut- naștere până la 28 zile
- copil sugar – vârsta sub 1 an
- copil cu vârsta de peste 1 an- pubertate





CE SE ÎNTÂMPLĂ ÎN UNITATEA DE PRIMIRI URGENTE

AMBULANȚĂ



TRIAJ UPU



INDIVIDUAL

COD ROȘU



CRITIC/RISC VITAL

COD GALBEN



RISC DE AGRAVARE

COD VERDE



URGENT

COD ALBASTRU



NONURGENT

COD ALB



NONURGENT



CONSULT
MEDIC UPU



ANALIZE



IMAGISTICĂ

TIMP DE
AȘTEPTARE
A REZULTATELOR
ANALIZELOR



ȘI A
CONSULTULUI
MEDICULUI
DIN SPITAL,
LA NEVOIE



TRATAMENT



DECIZIE
MEDICALĂ

OBSERVAȚIE

EXTERNARE

TRANSFER

INTERNARE

Posibilă
întârziere
din cauza lipsei
paturilor
din spital



DEPARTAMENTUL
PENTRU SITUAȚII
DE URGENȚĂ

Primii pacienți care sunt preluați, indiferent cât de mult a așteptat cineva, indiferent dacă a venit cu ambulanța sau individual, sunt cei al căror **risc vital este imediat**, risc evaluat în triaj, cât și **pacienții pentru care există risc de agravare rapidă**.



Pacientul necesită ACUM
intervenție salvatoare de viață

DA

1

0
min

NU

Situație cu risc major
sau
Alterarea acută a statusului mental
sau
Durere intensă / Disconfort major

DA

2

max
10
min

NU

Câte resurse sunt necesare ?

Nici una

Una

Multiple

DA

Sunt afectate
funcțiile vitale ?

NU

5

max
120
min

4

max
60
min

3

max
30
min

NU RĂSPUNDE?

SVBP

Se strigă după ajutor

Eliberarea căilor aeriene

NU RESPIRĂ NORMAL?

5 respirații salvatoare

NU ARE SEMNE DE VIAȚĂ?

15 compresii toracice

**2 respirații salvatoare
15 compresii toracice**

**După 1 minut de
resuscitare,
apelați echipa de
resuscitare!**



SVBP

1. **Siguranța salvatorului și victimei**
2. Se verifică dacă răspunde/reacționează copilul (se scutură ușor copilul și se întreabă cu voce tare: ești bine?)



SE CAUTĂ SEMNE DE VIAȚĂ!

SEMNE DE VIAȚĂ:

- orice mișcare activă
- tuse
- respirație normală (NU gasp-uri, respirații anormale sau neregulate)

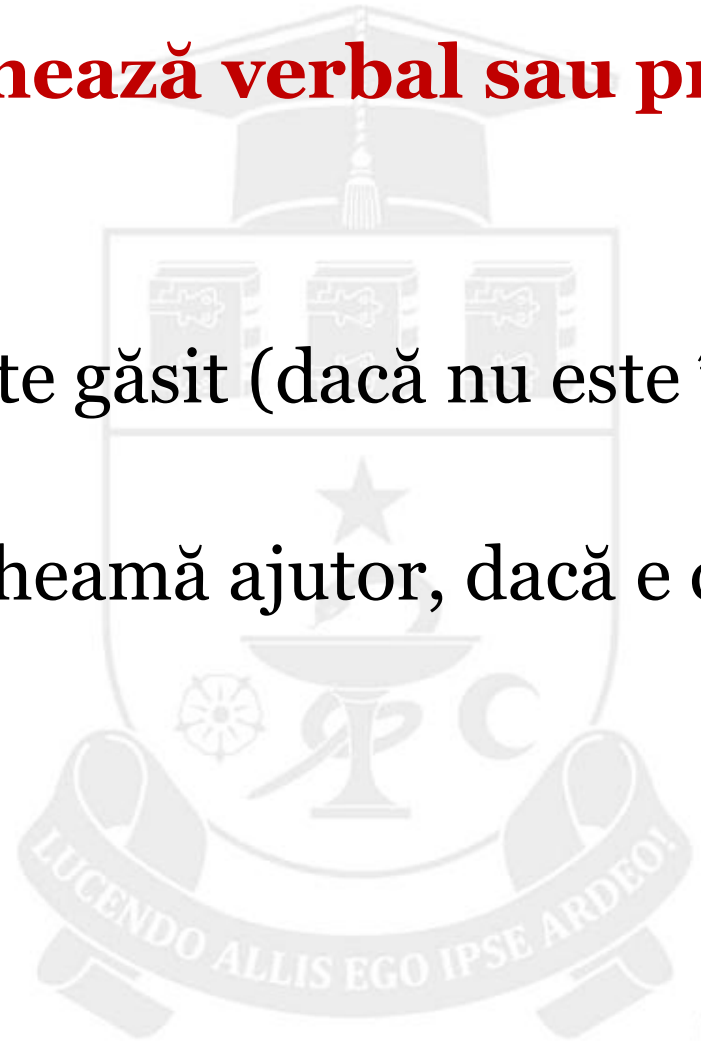




SVBP

Copilul răspunde/reacționează verbal sau prin mișcare:

- se lasă în poziția în care este găsit (dacă nu este în continuare în pericol)
- se verifică starea lui și se cheamă ajutor, dacă e cazul
- se reevaluează periodic





SVBP

Copilul NU răspunde:

- Se strigă după ajutor (**tare, în glas**)
- Se întoarce cu grijă copilul pe spate
- Se deschid căile aeriene CA prin: ridicarea capului și ridicarea mandibulei



Atenție! Dacă se suspicionează leziune de coloană vertebrală cervicală – doar Subluxația mandibulei ± ridicarea mandibulei!



SVBP

Menținând CA deschise, se verifică respirația:

- ***se privește*** spre torace
- ***se ascultă*** zgomote respiratorii la nivelul nasului și gurii
- ***se simte*** mișcarea aerului pe obraz

10 secunde

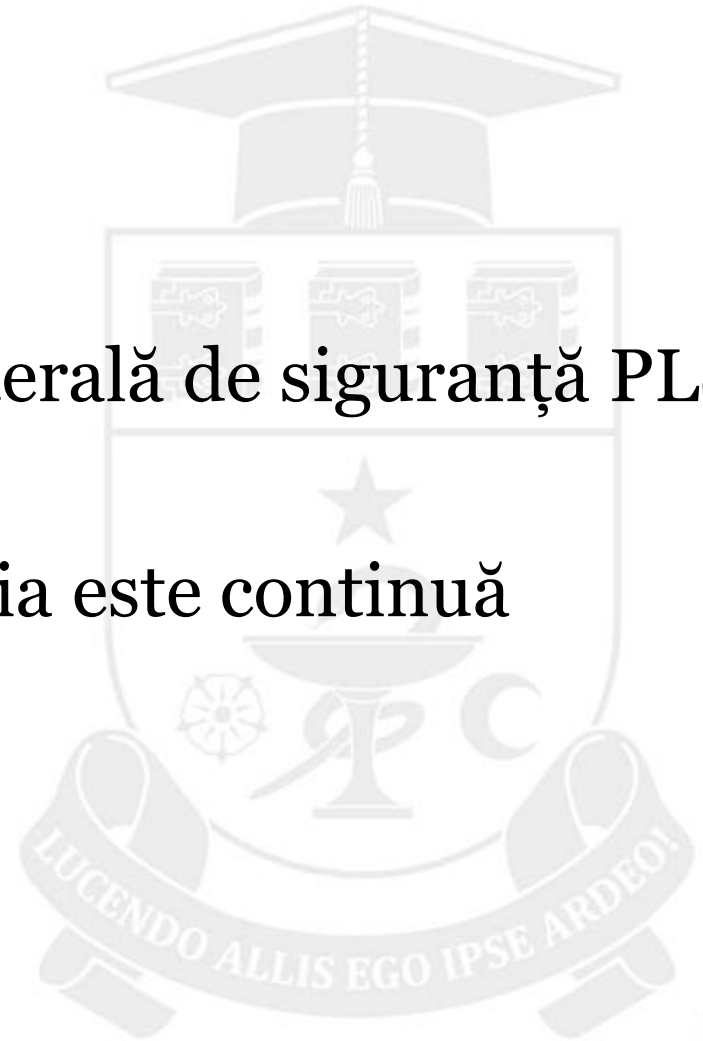




SVBP

Copilul respiră NORMAL:

- Se întoarce în poziție laterală de siguranță PLS
- Se solicită ajutor
- Se verifică dacă respirația este continuă

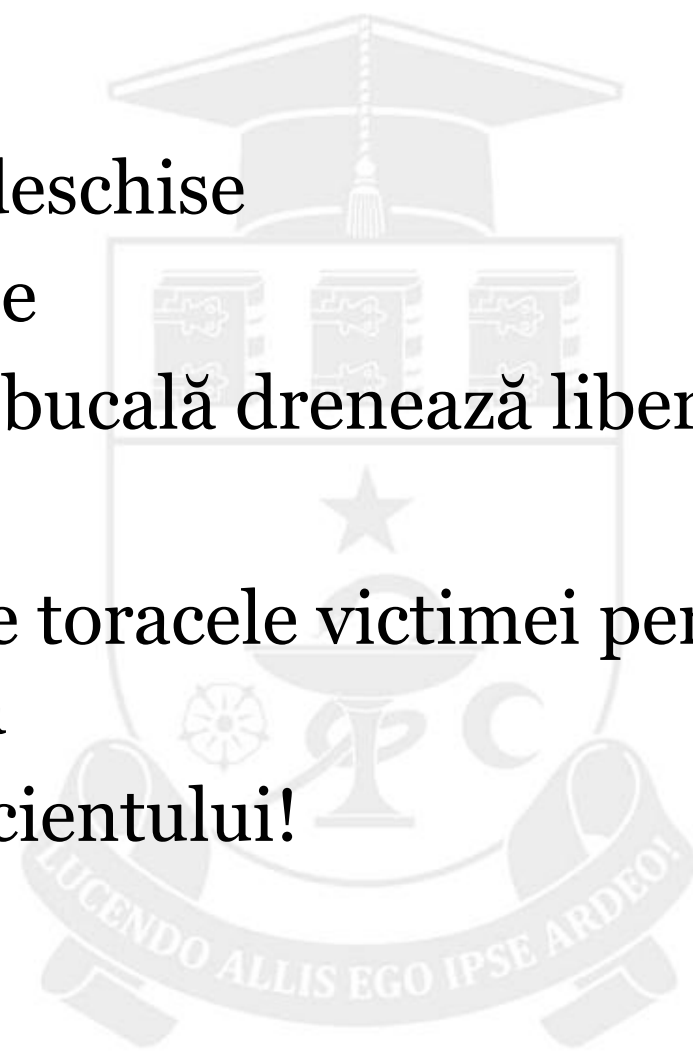


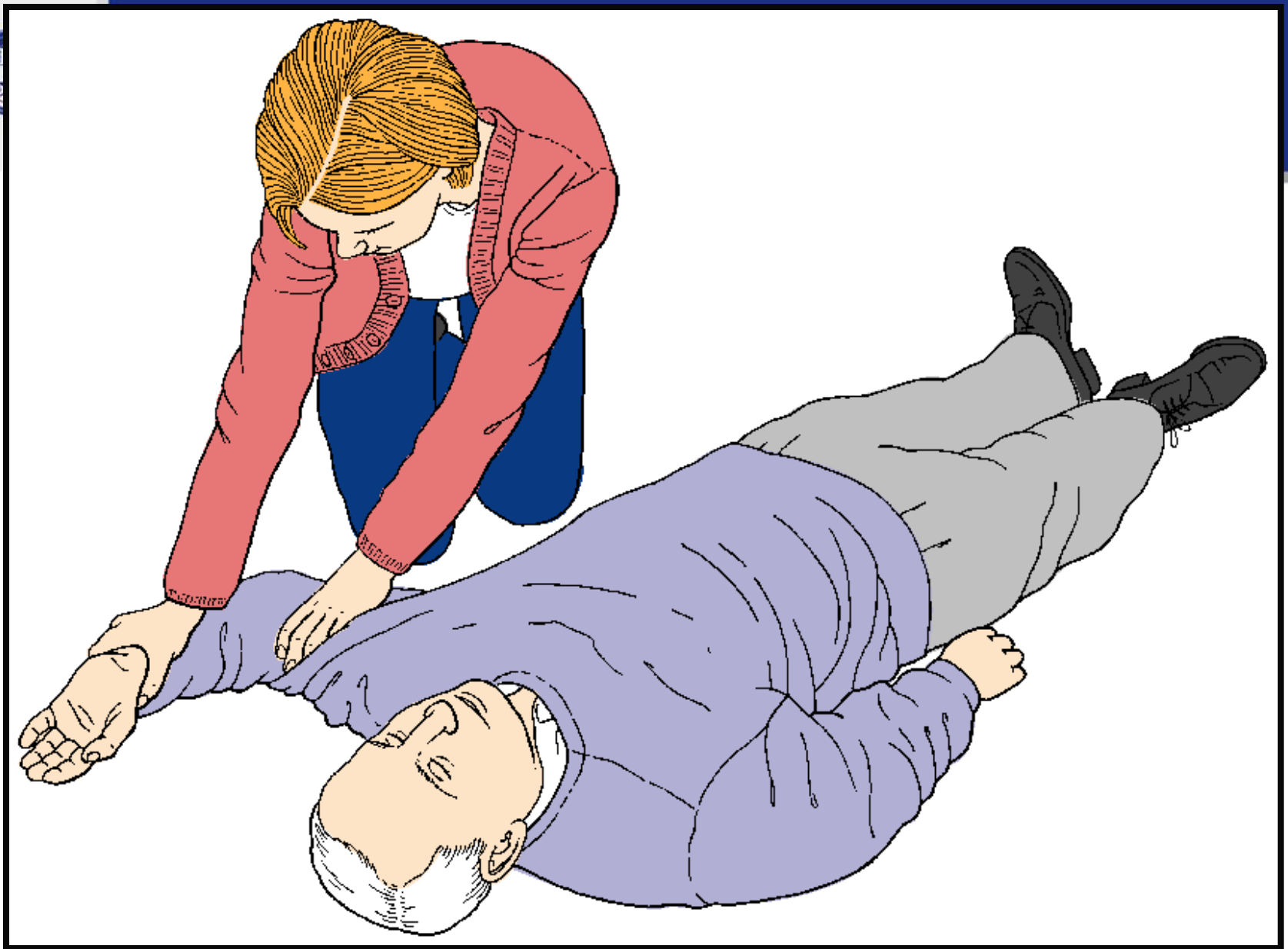


Poziția laterală de siguranță

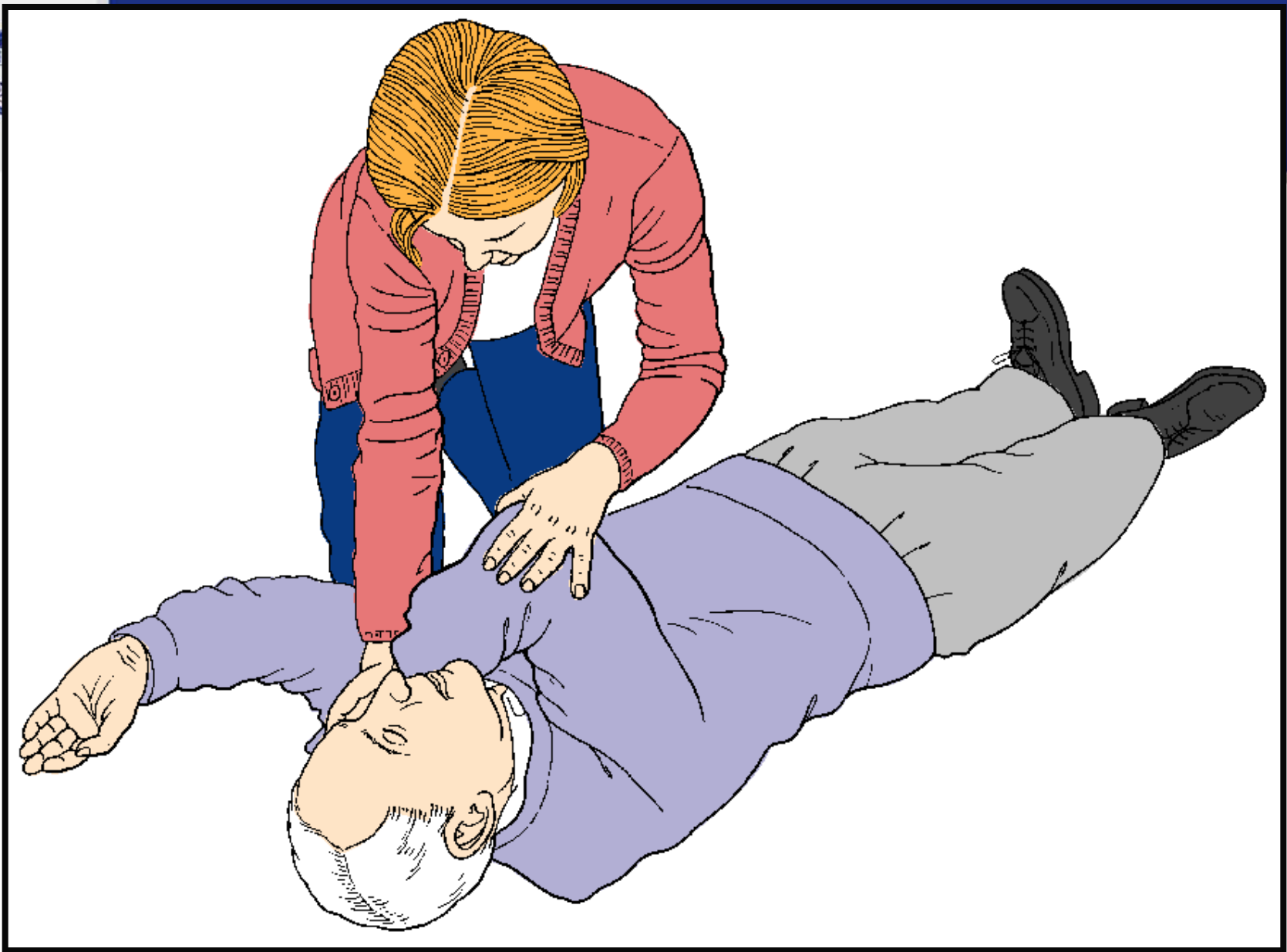
- Menține căile aeriene deschise
- Scade riscul de aspirație
- Lichidele din cavitatea bucală drenează liber
- Stabilă
- Nu se va așeza nimic pe toracele victimei pentru a nu împiedica respirația

Reevaluarea periodică a pacientului!

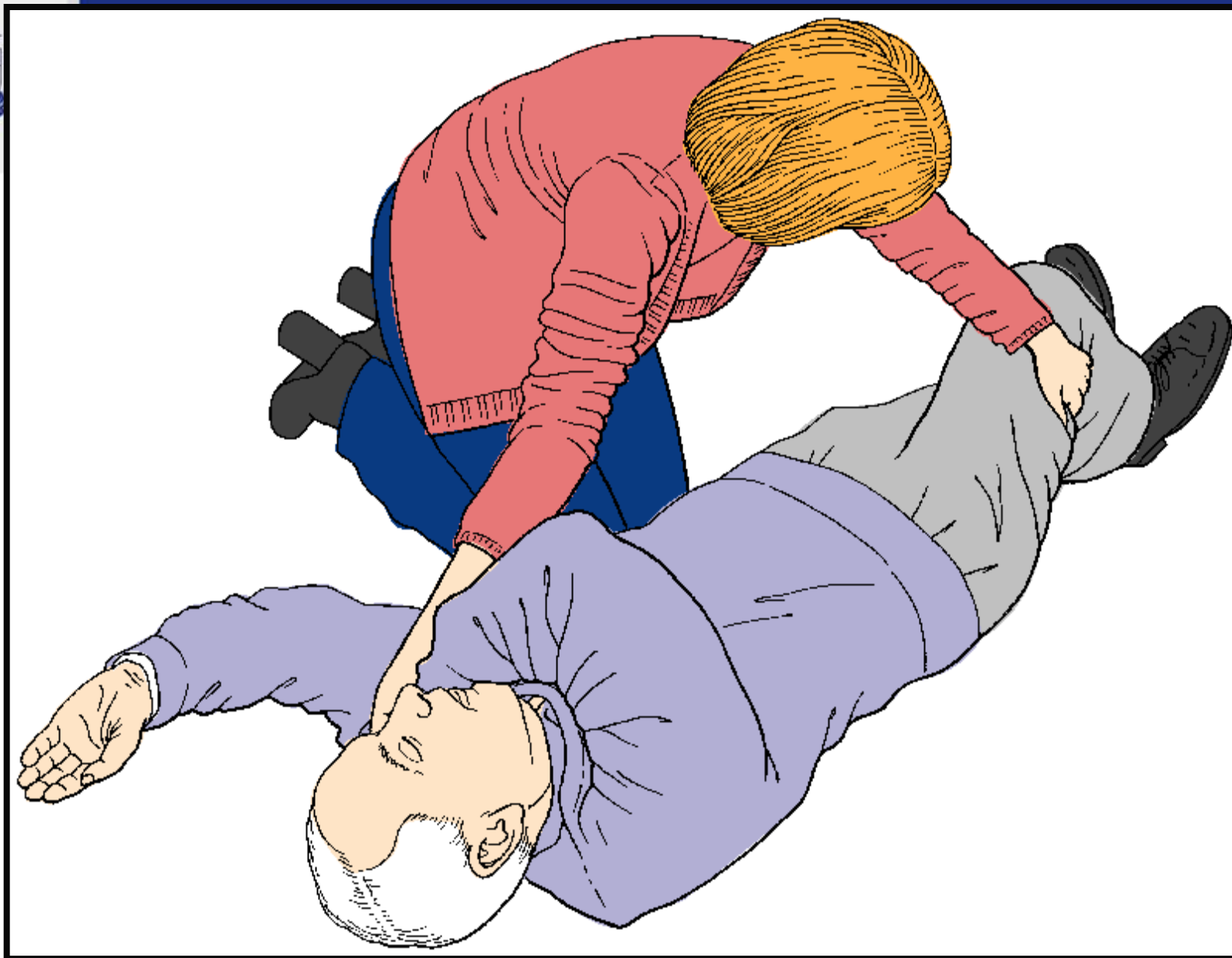




Poziția laterală de siguranță Faza I



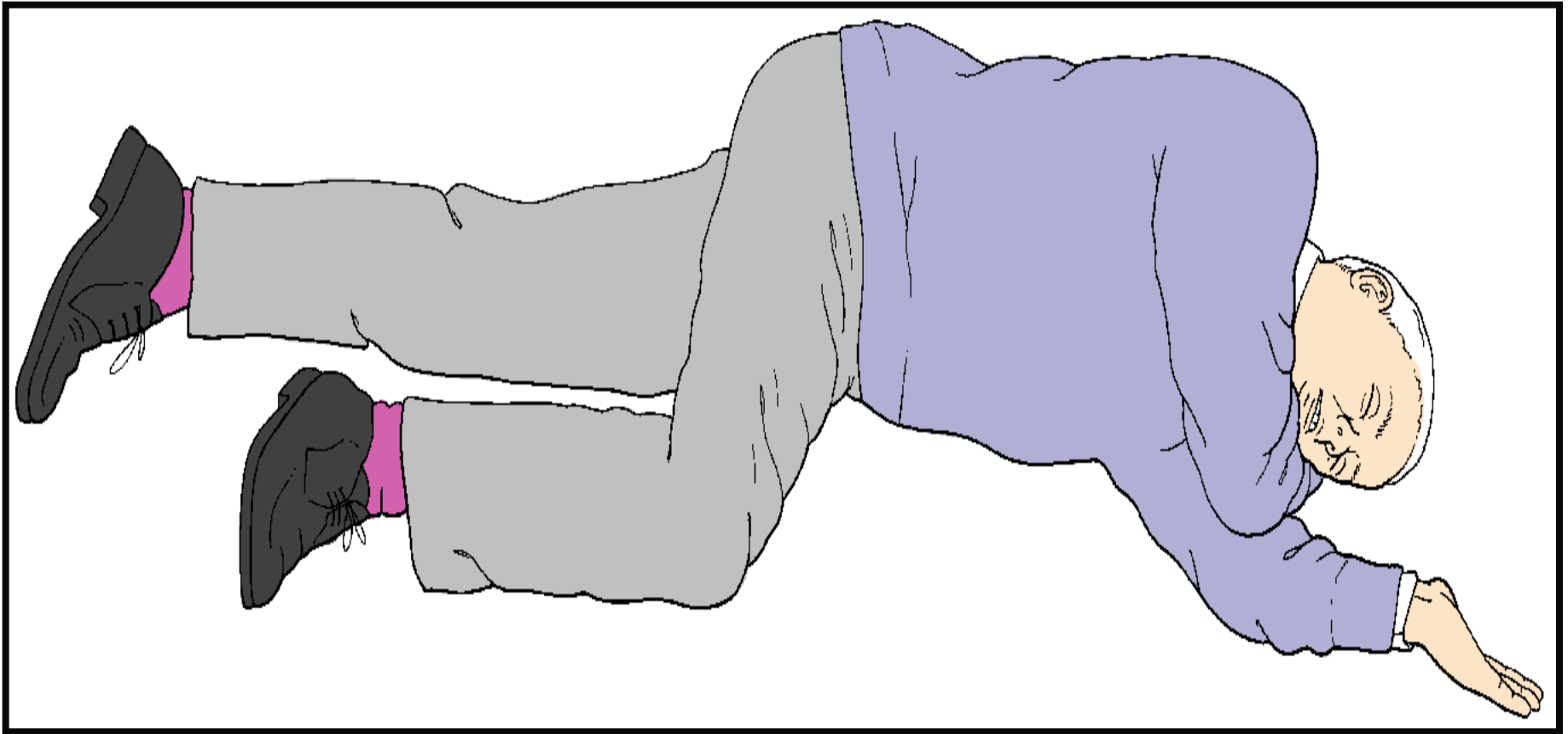
Poziția laterală de siguranță Faza II



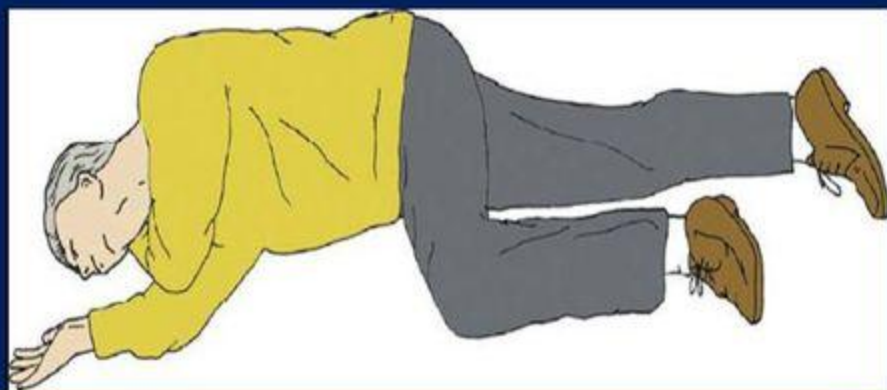
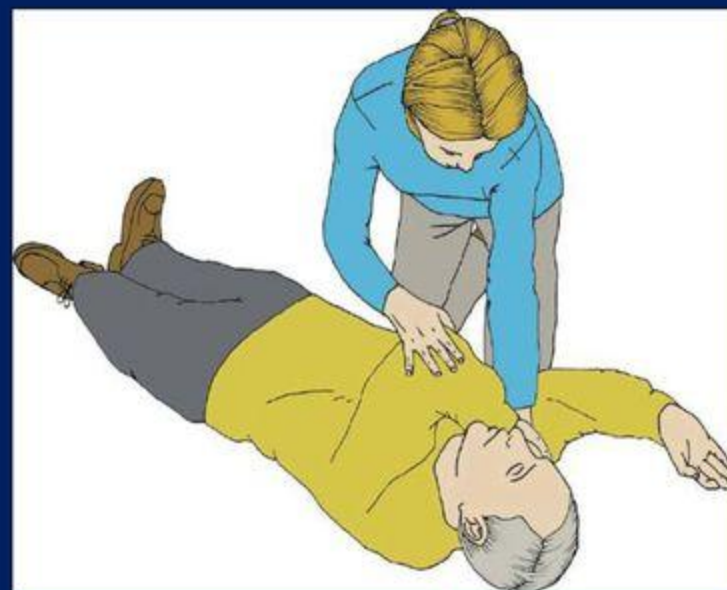
Poziția laterală de siguranță Faza III



SVBP



Poziția laterală de siguranță Faza IV

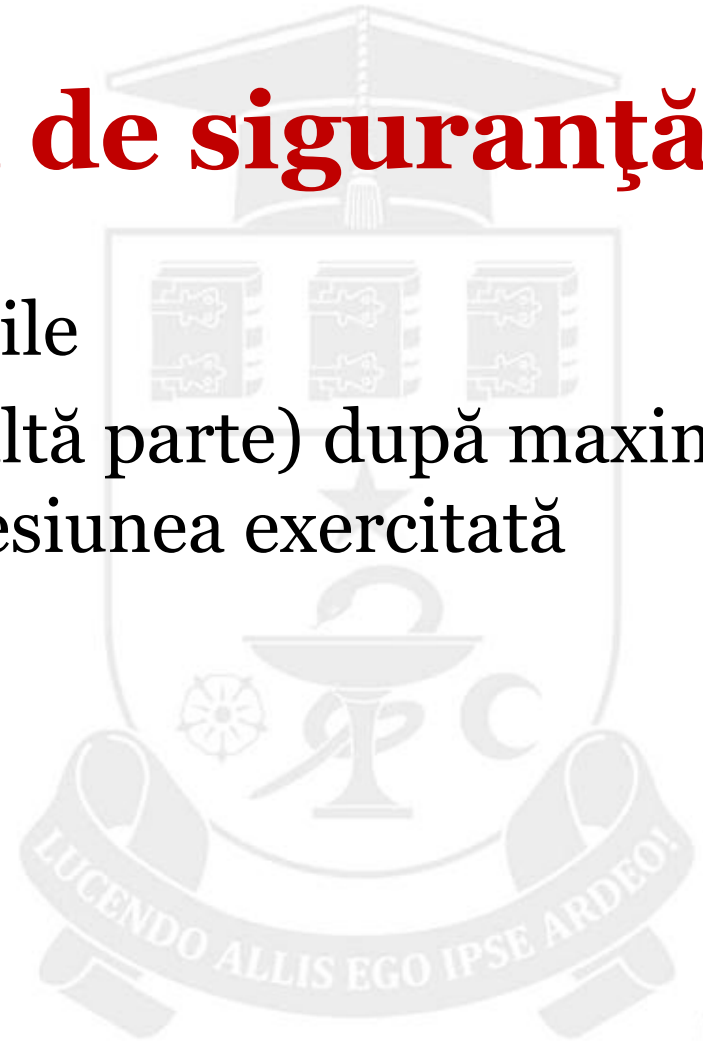


Poziție laterală de siguranță



Poziția laterală de siguranță

- Verificați periodic respirațiile
- Modificați poziția (pe cealaltă parte) după maxim 30 min pentru a reduce presiunea exercitată asupra membrului inferior







Poziția de siguranță la sugar

- Poziția trebuie să fie stabilă
- Necesită un suport (pătură sau scutec rulat) așezat în spatele sugarului pentru a-și putea menține poziția

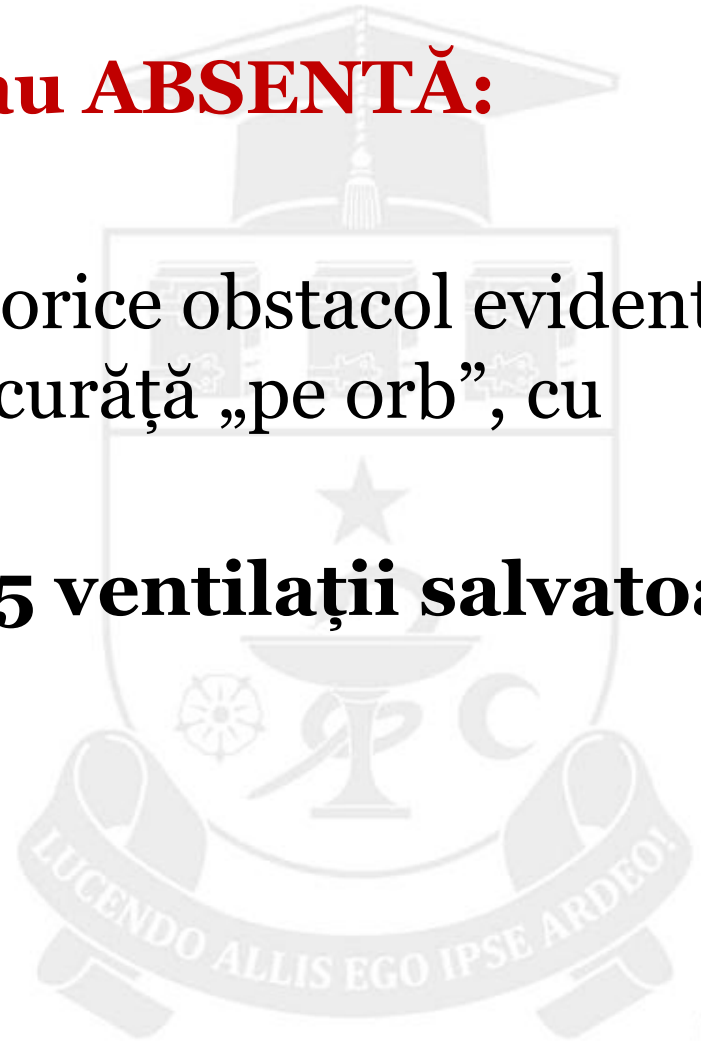




SVBP

Respirație ANORMALĂ sau ABSENTĂ:

- se îndepărtează cu grijă orice obstacol evident din căile respiratorii. Nu se curăță „pe orb”, cu degetul!
- se administrează inițial **5 ventilații salvatoare**

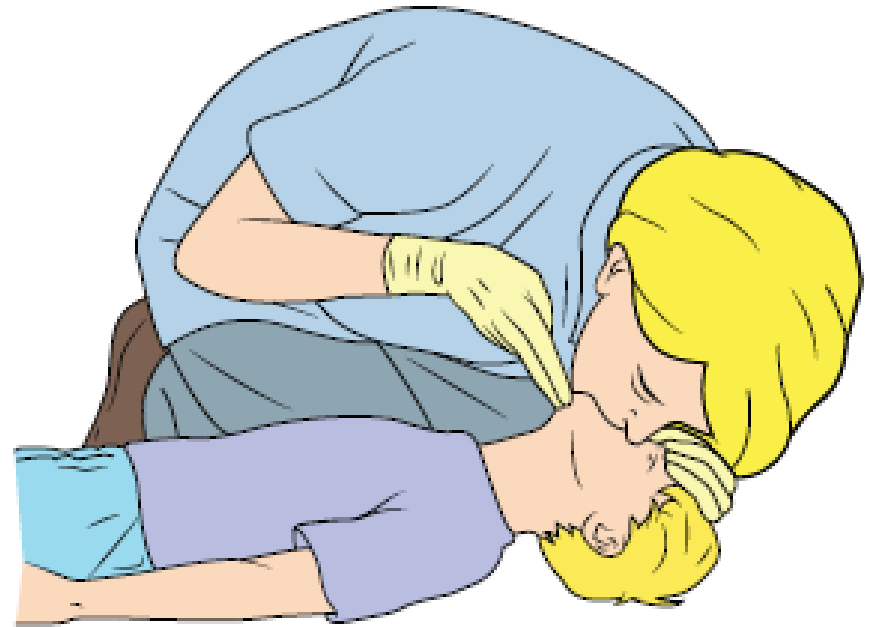




SVBP

- **Extensia capului și bărbia ridicată**
- se presează nasul cu indexul și policele mâinii de pe frunte
- se inspiră
- se plasează buzele etanș în jurul **gurii copilului**
- se insuflă constant 1 – 1,5 secunde, urmărindu-se ridicarea toracelui
- se îndepărtează gura de victimă, menținând capul în extensie, se privește toracele revenind la poziția inițială.

VENTILAȚII SALVATOARE LA COPILUL PESTE 1 AN:



SE REPETĂ DE 5 ORI



VENTILAȚII SALVATOARE LA SUGAR:



- **capul în poziție neutră și bărbia ridicată**
- se inspiră
- se plasează buzele etanș în jurul **gurii și nasului** copilului
- se insuflă constant 1 – 1,5 secunde, urmărindu-se ridicarea toracelui
- se îndepărtează gura de victimă, menținând capul în poziție neutră și bărbia ridicată, se privește toracele revenind la poziția inițială.

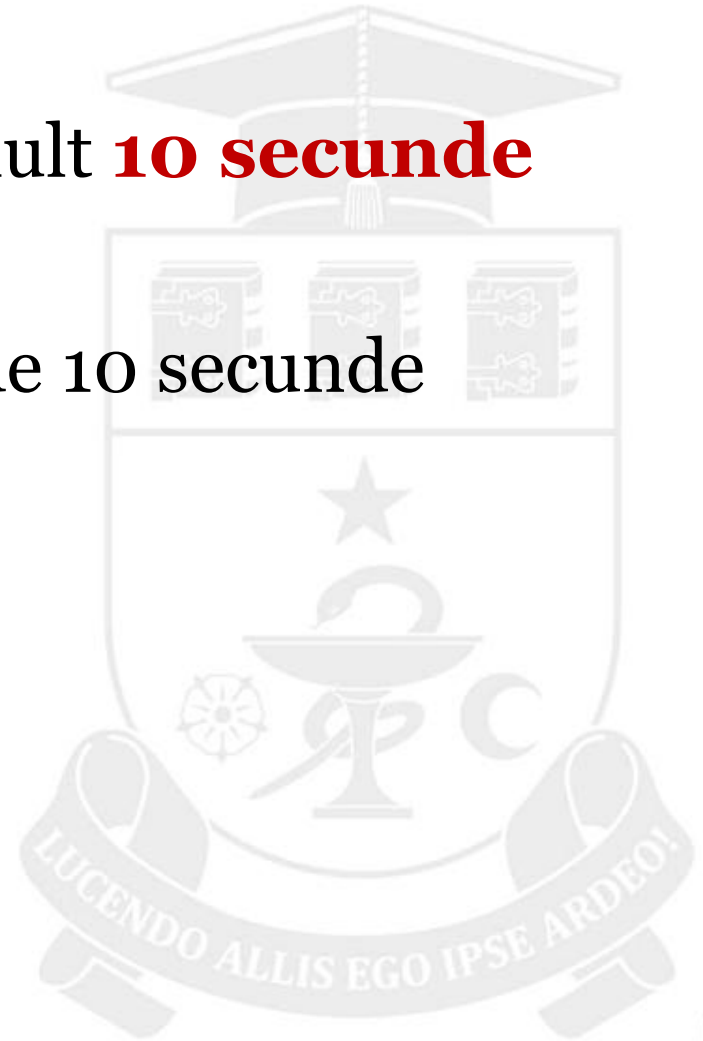
SE REPETĂ DE 5 ORI



SVBP

Se caută *semne de viață* cel mult **10 secunde**

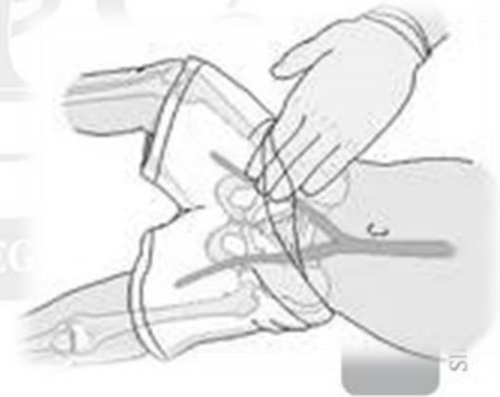
- *se verifică* pulsul timp de 10 secunde





Punctele de palparea a pulsului în funcție de vârsta copilului:

- SUGAR: a. brahială
- COPIL: a. carotidă
- SUGAR și COPIL: a. femurală



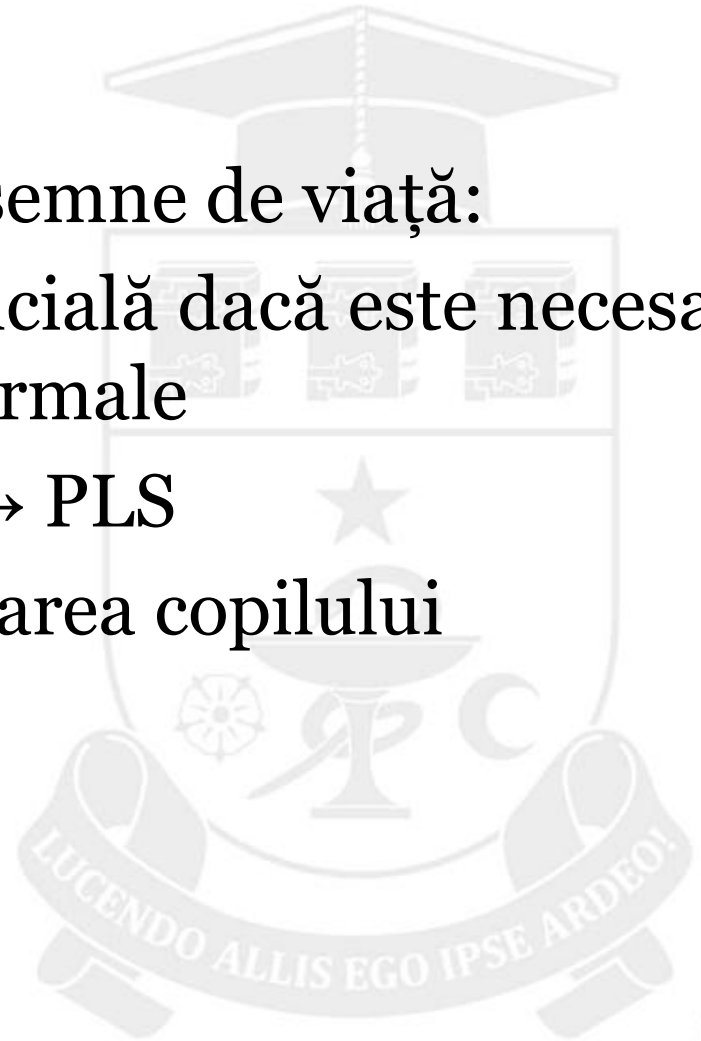
LUCENDO ALLIS EG



SVBP

Dacă după 10 secunde există semne de viață:

- se continuă ventilația artificială dacă este necesar, până prezintă respirații normale
- dacă rămâne inconștient → PLS
- se reevaluaează frecvent starea copilului

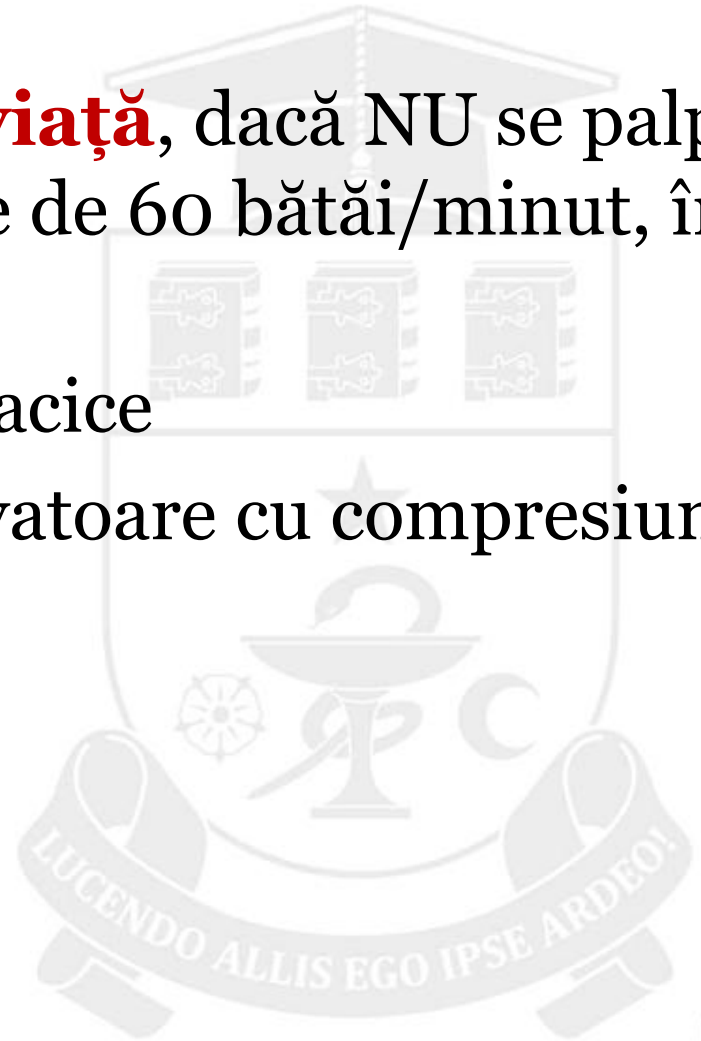




SVBP

Dacă **NU există semne de viață**, dacă NU se palpează puls cu frecvență mai mare de 60 bătăi/minut, într-un interval de 10 secunde:

- se încep compresiunile toracice
- se combină ventilațiile salvatoare cu compresiunile toracice **15:2**



COMPRESIUNILE TORACICE

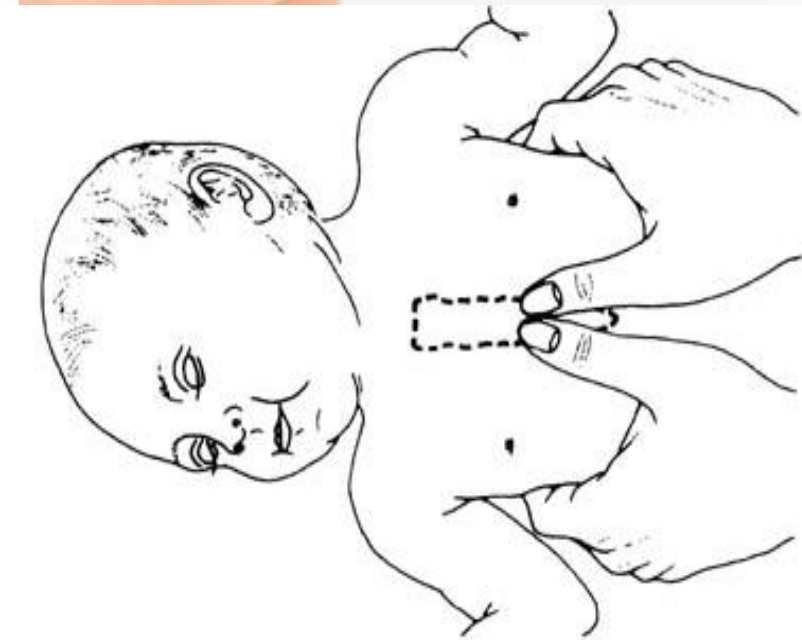
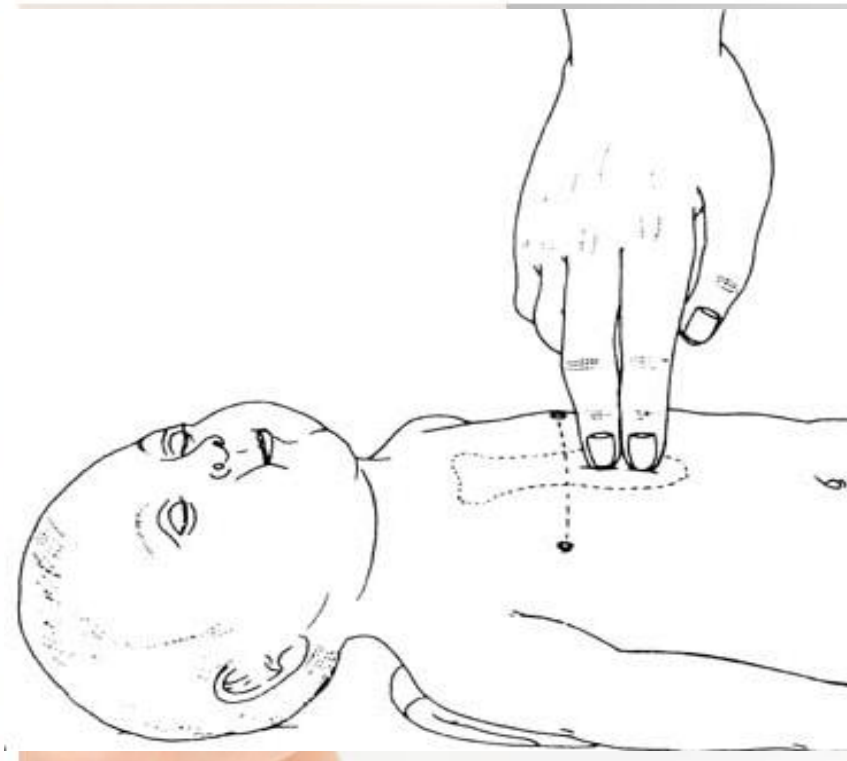
Pentru copiii de toate vârstele, compresiunile se aplică în jumătatea inferioară a sternului!

- la o lățime de deget deasupra apendicelui xifoid
- se comprimă sternul cu cel puțin 1/3 din diametrul antero-posterior al toracelui
- 4 cm sugar
- 5 cm copilul mic
- 5-6 copil mare
- se apasă tare și repede
- se relaxează complet presiunea
- frecvența = 100/minut (maxim 120/min)



COMPRESIUNILE TORACICE

- un singur salvator: cu vârful a două degete adiacente
- 2 salvatori: cu 2 mâini aplicate circular





COMPRESIUNI TORACICE LA COPILUL PESTE 1 AN:



- se plasează podul palmei, cu degetele ridicate, în poziție verticală, deasupra toracelui victimei
- pentru copii mai mari sau salvatori mai scunzi: se folosesc ambele mâini, cu degetele întrepătrunse







SVBP

Se întrerupe resuscitarea doar când:

- copilul prezintă semne de viață: se trezește, se mișcă activ, deschide ochii, respiră normal, tușește, puls mai mare de 60/min
- sosește echipa de resuscitare calificată
- se epuizează salvatorul
- dacă sunt mai mulți salvatori, aceștia vor schimba rolurile la 2 minute (6 cicluri 15:2), schimbul se va face în max. 5 sec, mai facil dacă aceștia stau de o parte și de alta a victimei
- SVB se va întrerupe pentru reevaluarea victimei numai dacă aceasta prezintă respirații normale



INCONȘTIENT

Strigați după ajutor

Deschideți căile aeriene

Nu respiră normal ?

5 ventilații

**Rămâne inconștient ?
(Fără semne de circulație)**

**15 compresioni
2 ventilații**

**După 1 minut de
resuscitare**

**sunăți echipa
specializată**

**și continuați
manevrele de**

RCP

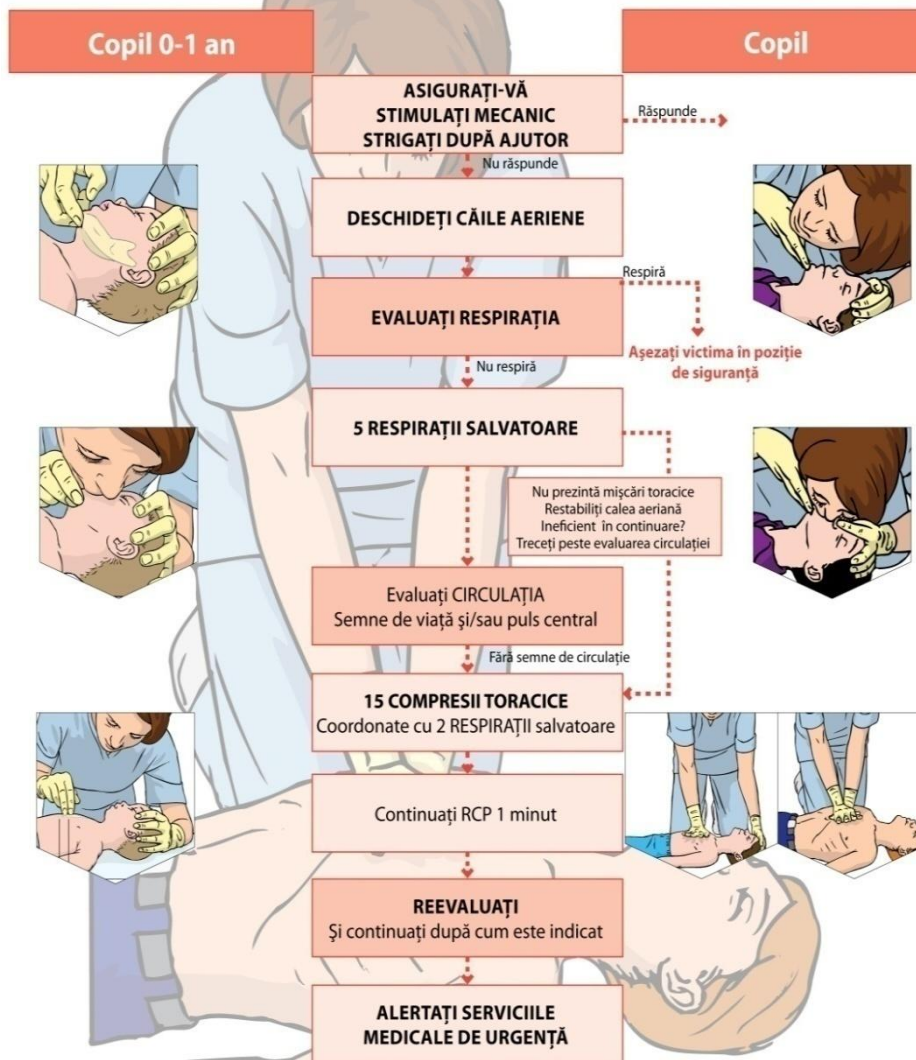


www.erc.edu
info@erc.edu

European
Resuscitation
Council

Suportul vital pediatric

Suportul vital de bază





ÎNTREBĂRI?





Managementul de bază al căilor aeriene



EGO IPSE ARDEO!



OBIECTIVE

- **Să recunoască semnele obstrucției de căi aeriene**
- **Să efectueze corect managementul de bază al căilor aeriene:**
 - **Manevre de deschidere a căilor aeriene**
 - **Adjuvanții căilor aeriene**
 - **Ventilația eficientă fără echipament**
- **Asigurarea unei căi aeriene permeabile care să permită o ventilație adecvată este de o importanță covârșitoare în asigurarea succesului resuscitării pacientului critic pediatric.**



Importanța managementului căilor aeriene

- Obstrucția căilor aeriene este cel mai rapid “ucigaș” al pacientului
- Managementul căilor aeriene este **întotdeauna** **primul pas** în asistența pacientului traumatizat





SUPORTUL VITAL BAZAL

ABC

A – (Airway)

- Căi aeriene

B - (Breathing)

- Respirație

C – (Circulation)

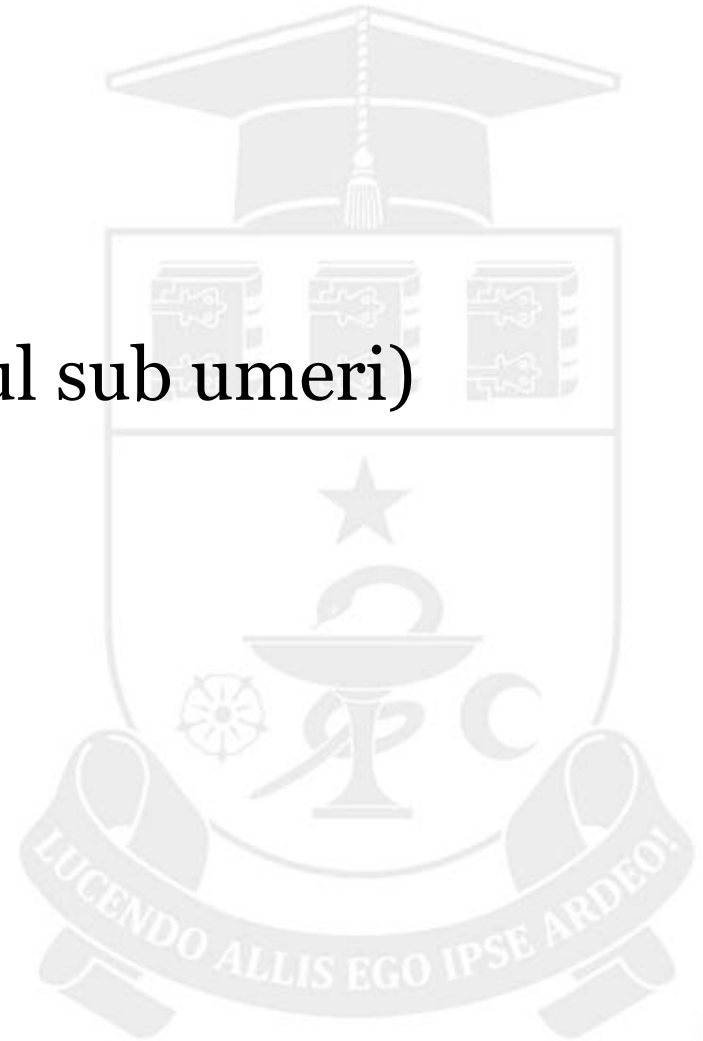
- Circulație sanguină





Deschiderea căilor aeriene

- Extensia capului
- Ridicarea mandibulei
- Subluxația mandibulei
- Sugar – poziție neutră (sul sub umeri)





5 11 2005

Extensia capului + ridicarea mandibulei

- Plasați o mână pe fruntea copilului și basculați ușor capul pe spate până ajunge în *poziție neutră*.

5 11 2005

Extensia capului + ridicarea mandibulei



- Plasați degetele celeilalte mâini (cu excepția policelui) sub bărbie și ridicați mandibula în sus și în afară
- Dacă vedem - un corp străin, secreții, lichid de vărsătură ele trebuie ținute îndepărtate

8 11 2005



Nou-născut, sugar: extremitatea cefalică este proeminentă →
sul sub umeri pentru a-l pune în **poziție neutră**

Subluxația mandibulei

2-3 degete plasate sub
unghiul mandibulei - se
ridică mandibula

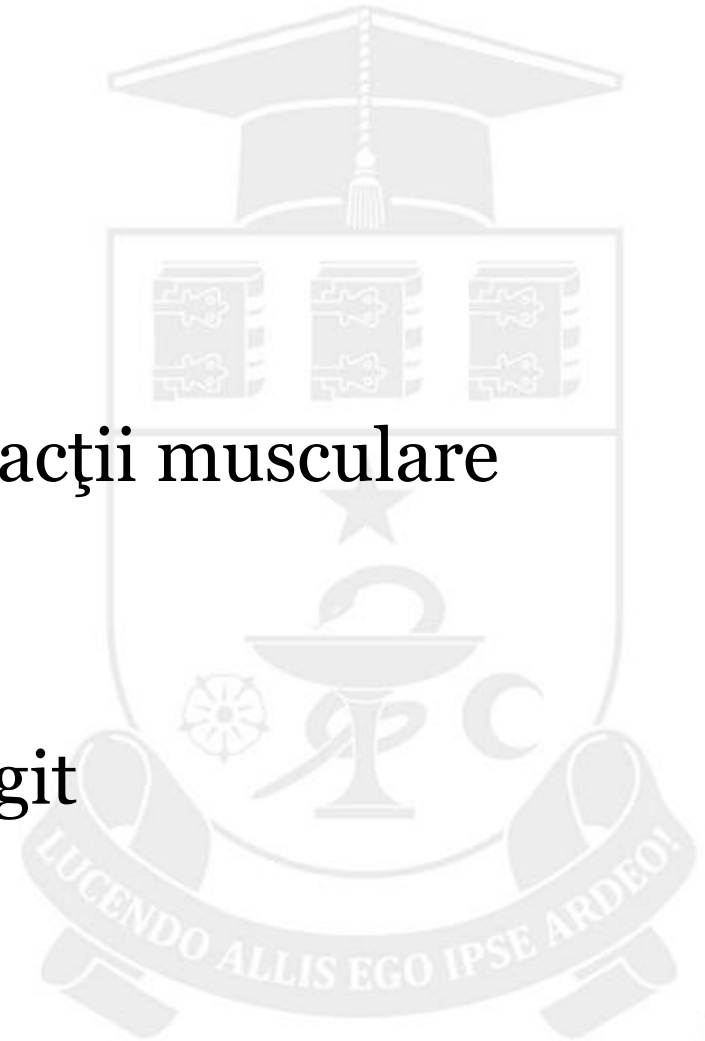
Cu policele, bilateral, se
deschide cavitatea bucală
Palmele plasate pe cap
mențin capul în extensie

5 11 2005



Semnele insuficienței respiratorii

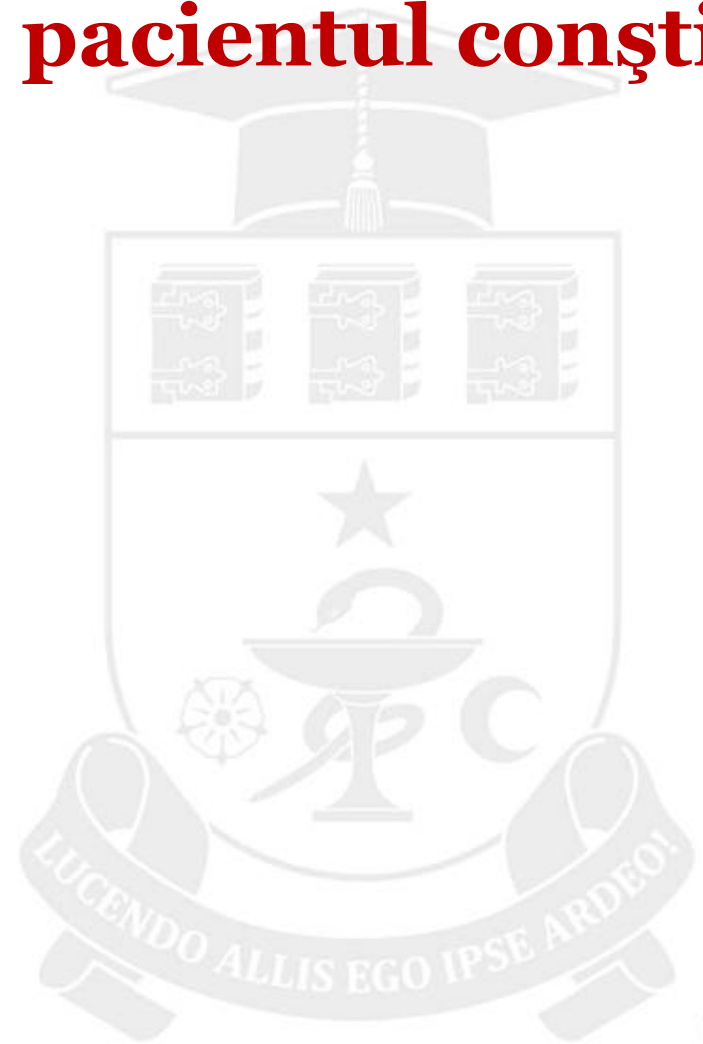
- Respirație accelerată
- Protruzia capului
- Bătăile aripilor nazale
- Tirajul cutiei toracice. Retracții musculare
- Geamăt
- Stridor
- Wheezing sau expir prelungit





Tratamentul inițial la pacientul conștient

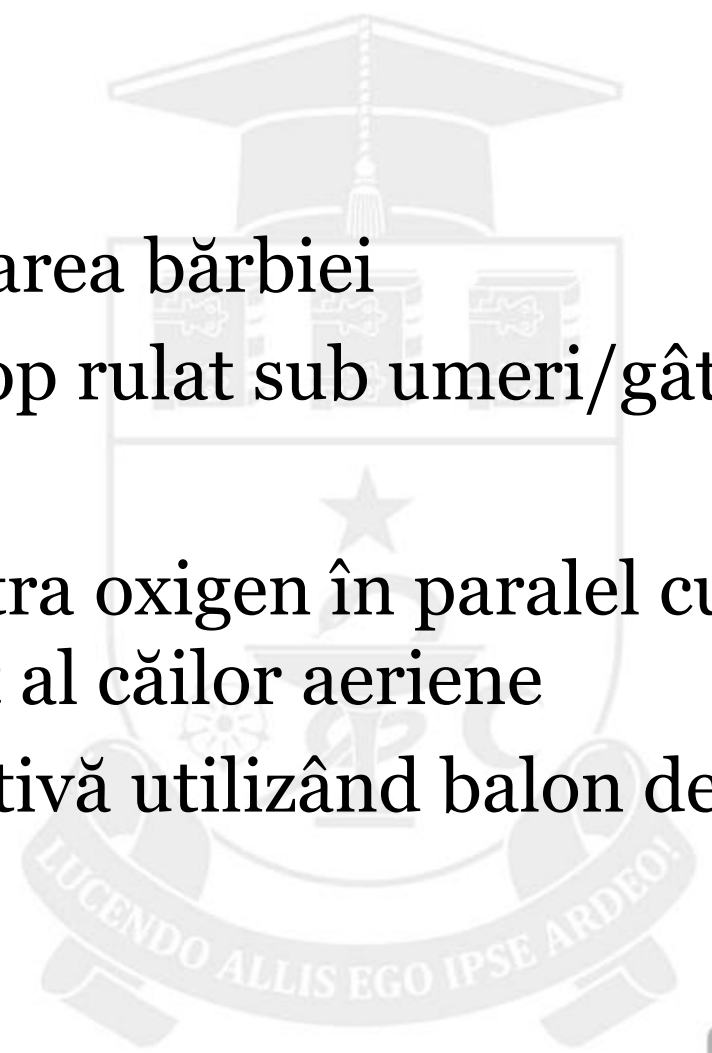
- Oxigen
 - Canula nazală
 - Masca facială
 - Cort
- Stimulare





Tratamentul inițial la pacientul inconștient

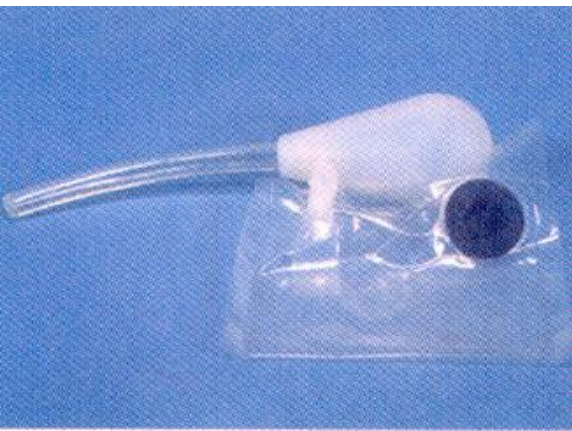
- Deschiderea căilor aeriene
 - Subluxația mandibulei
 - Extensia capului și ridicarea bărbiei
 - Poziționarea cu un prosop rulat sub umeri/gât
- Adjuvanți
- Întotdeauna se va administra oxigen în paralel cu manevrele de management al căilor aeriene
- Ventilația cu presiune pozitivă utilizând balon de ventilație





Curățarea cavității bucale

- Folosind degetul înfășurat într-o compresă este o metodă rapidă și nu necesită echipament special
Poate fi efectuată și doar cu mânuși
- Ștergerea cavității bucale este de multe ori ineficientă → aspiratorul de secreții
- Aspiratoare: Manuale, Mecanice

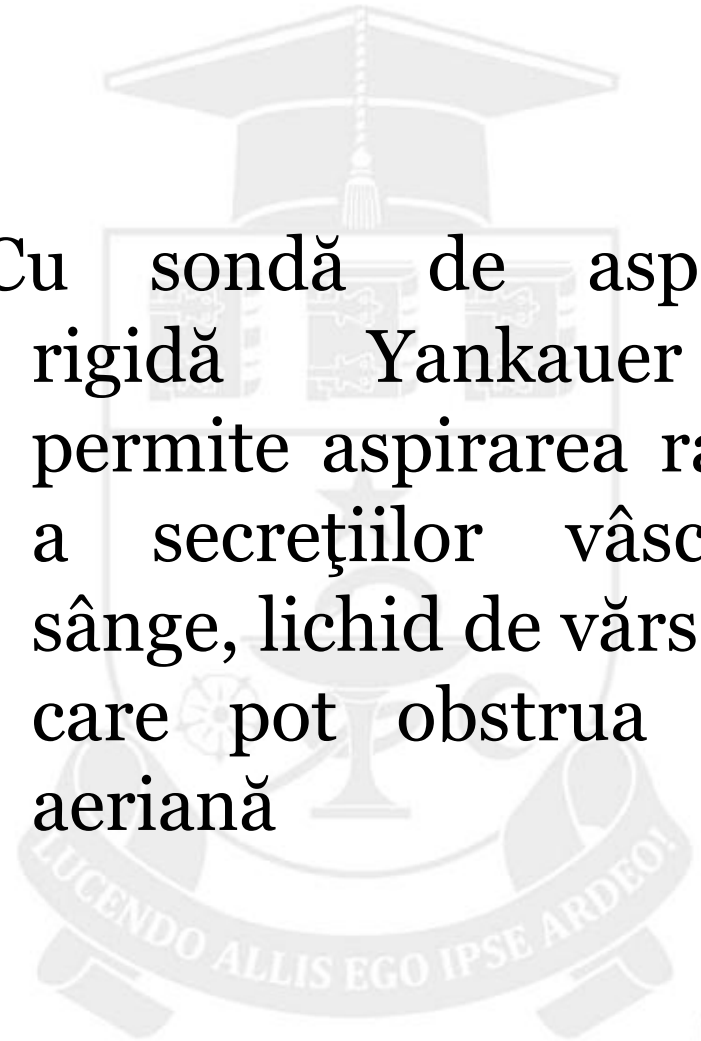




ASPIRAREA SECREȚIILOR DE LA NIVELUL CAVITĂȚII BUCALE



Cu sondă de aspirație rigidă Yankauer – permite aspirarea rapidă a secrețiilor vâscoase, sânge, lichid de vărsătură care pot obstrua calea aeriană





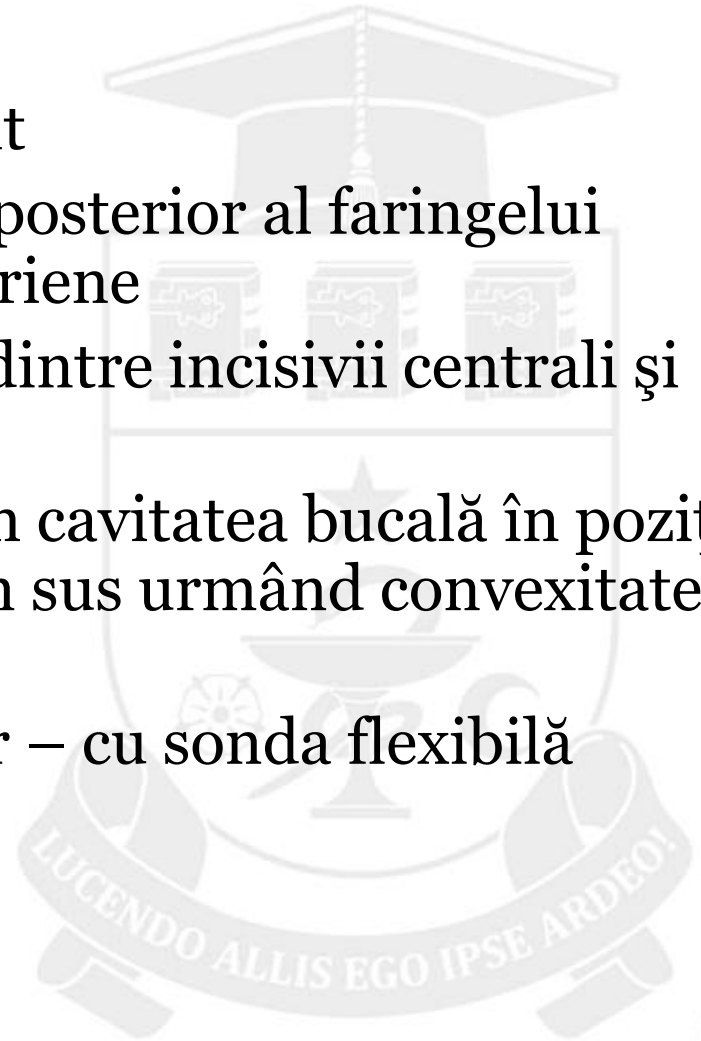
Îndepărtarea corpurilor străini vizibili – pensa
Magill



Adjuvanți ai căilor aeriene

Canula orofaringiană

- Doar la pacientul inconștient
- Ridică limba de pe peretele posterior al faringelui menținând deschise căile aeriene
- Dimensiunea = cu distanța dintre incisivii centrali și unghiul mandibulei
- Poziționare – se introduce în cavitatea bucală în poziția definitivă, cu convexitatea în sus urmând convexitatea palatului
- Permite aspirarea secrețiilor – cu sonda flexibilă



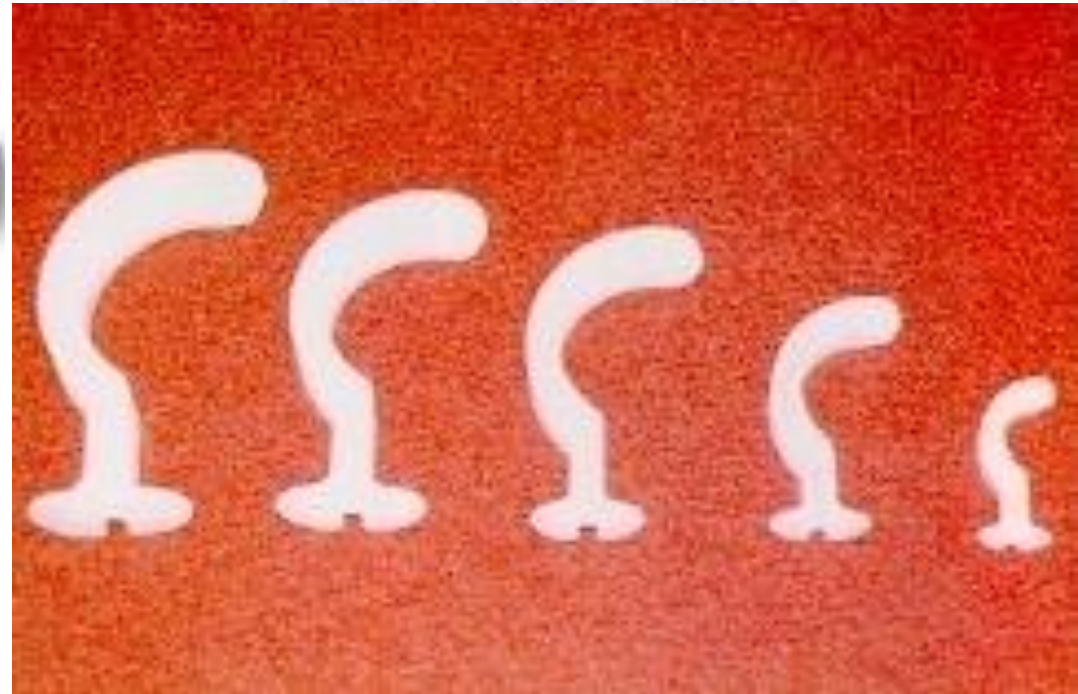


Adjuvanți ai căilor aeriene

Canule Guedel



Canule Berman



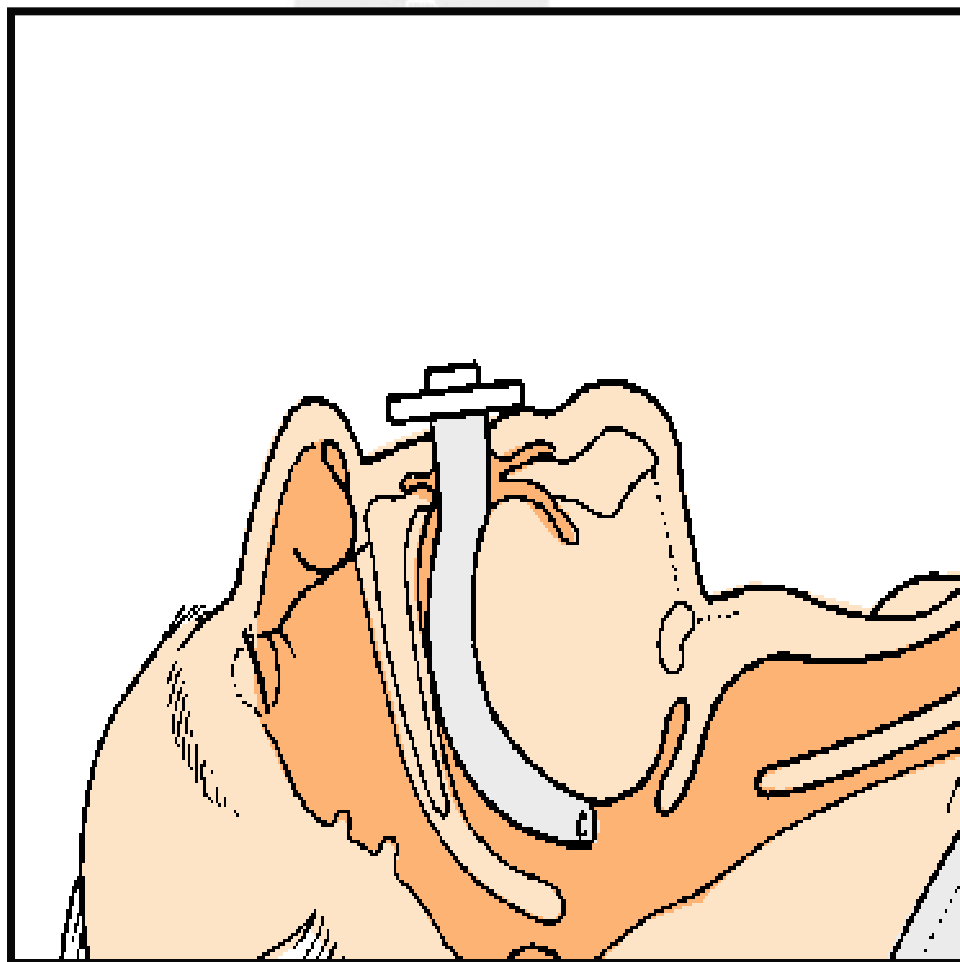
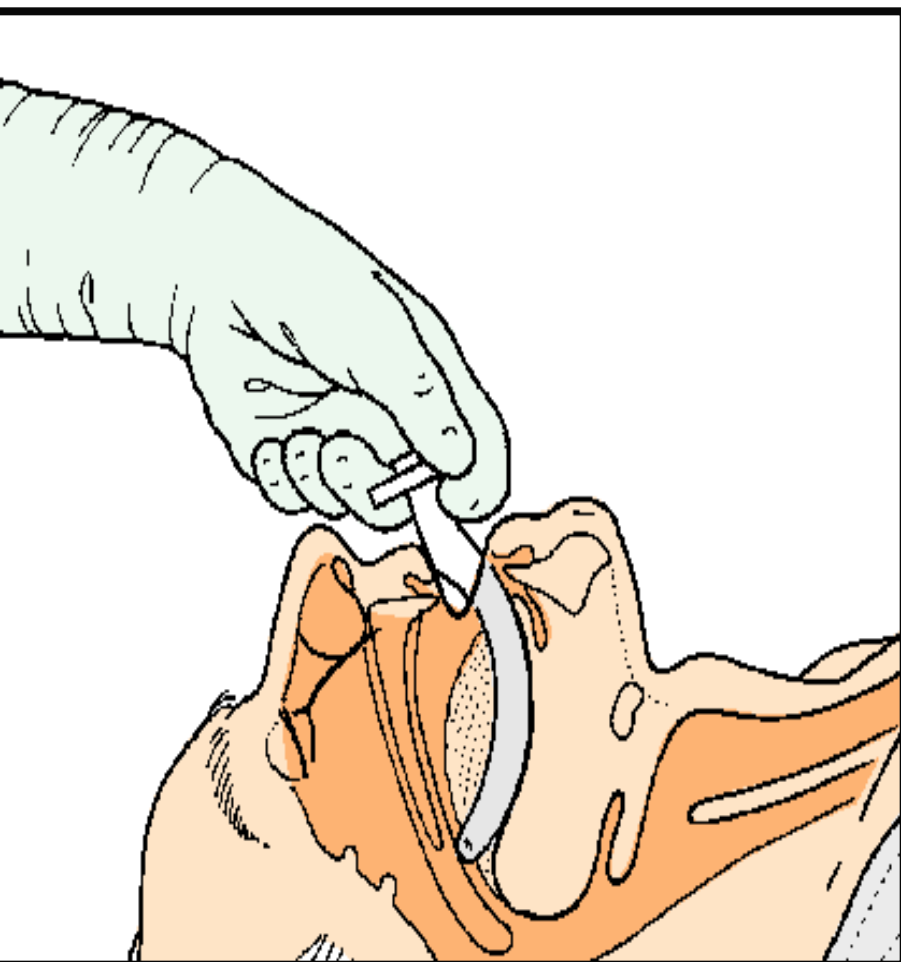


Alegerea dimensiunii corecte a canulei oro-faringiene





Montarea canulei oro-faringiene la copil, adolescent





Montarea canulei oro-faringiene la copil, adolescent

- La sugar-copil mic canula oro-faringiană se introduce urmând curbura limbii

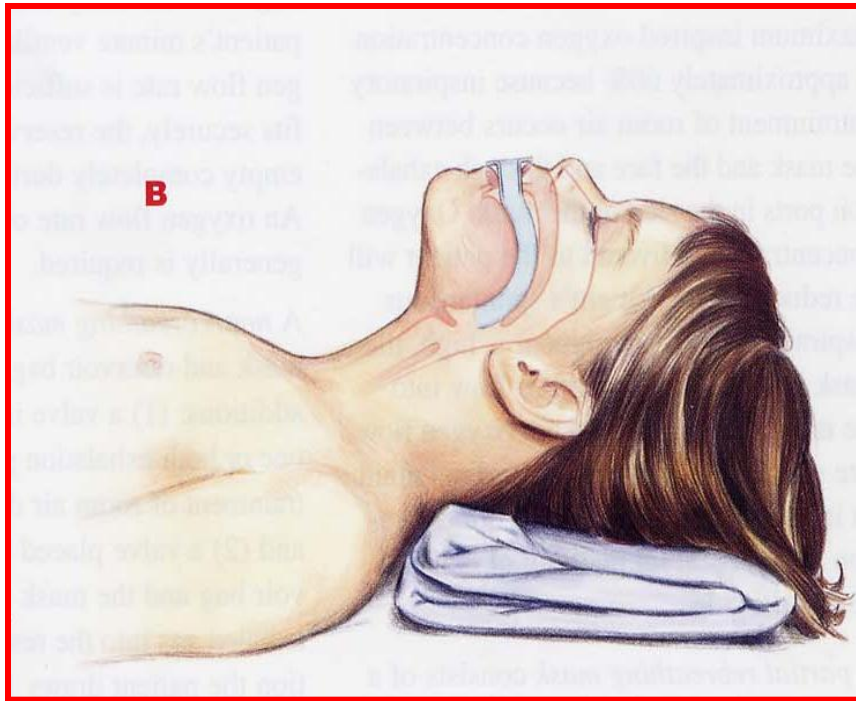
Atenție!!!

La copii palatul dur este mult mai fragil decât la adulți

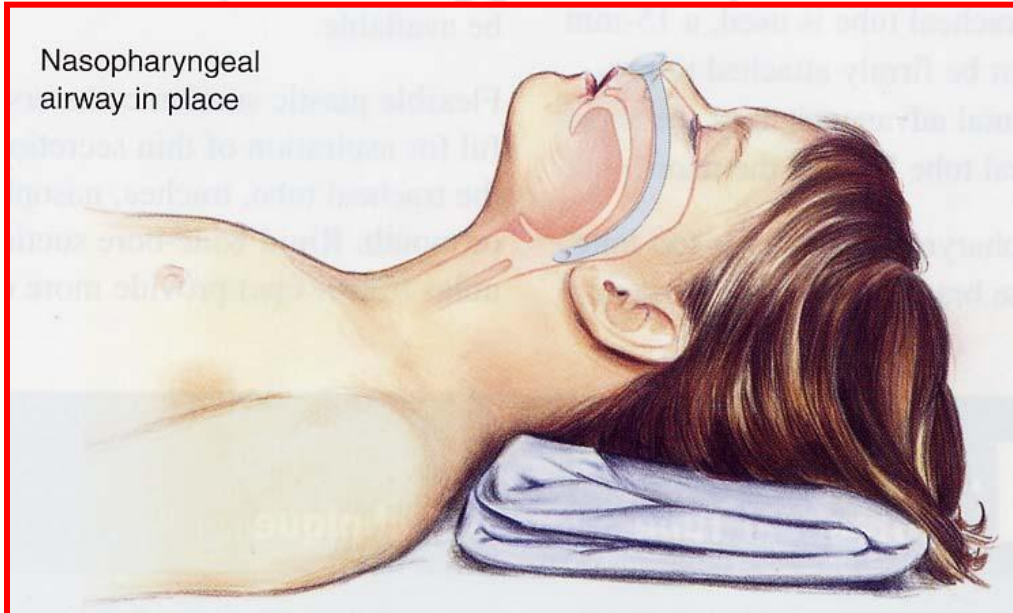




Montarea canulei oro-faringiene la copil, adolescent



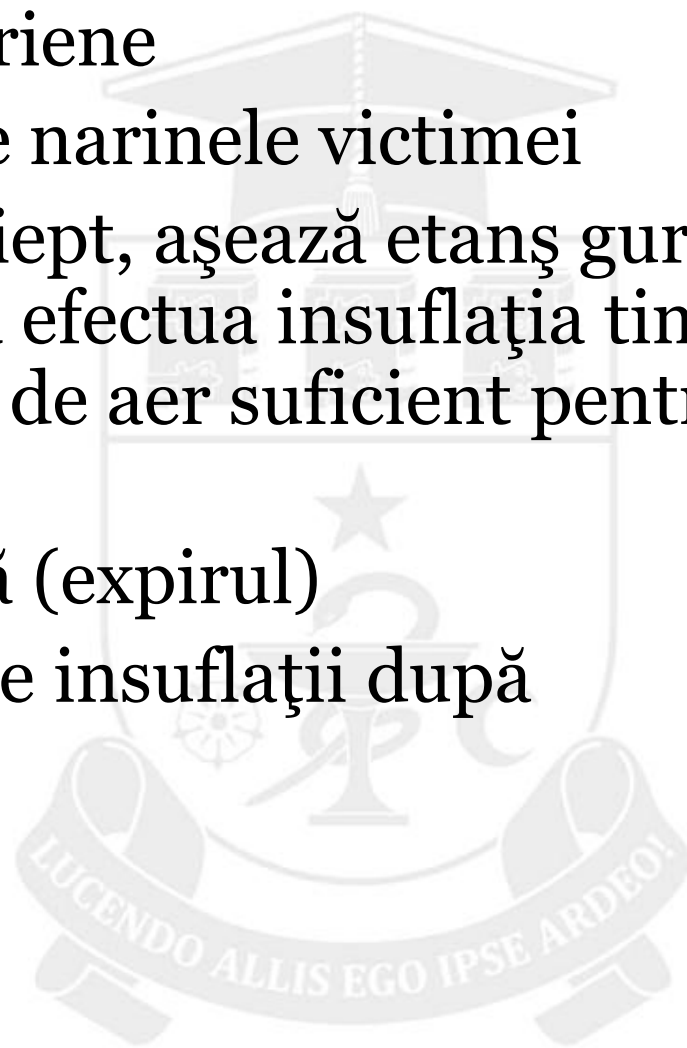
Nasopharyngeal
airway in place



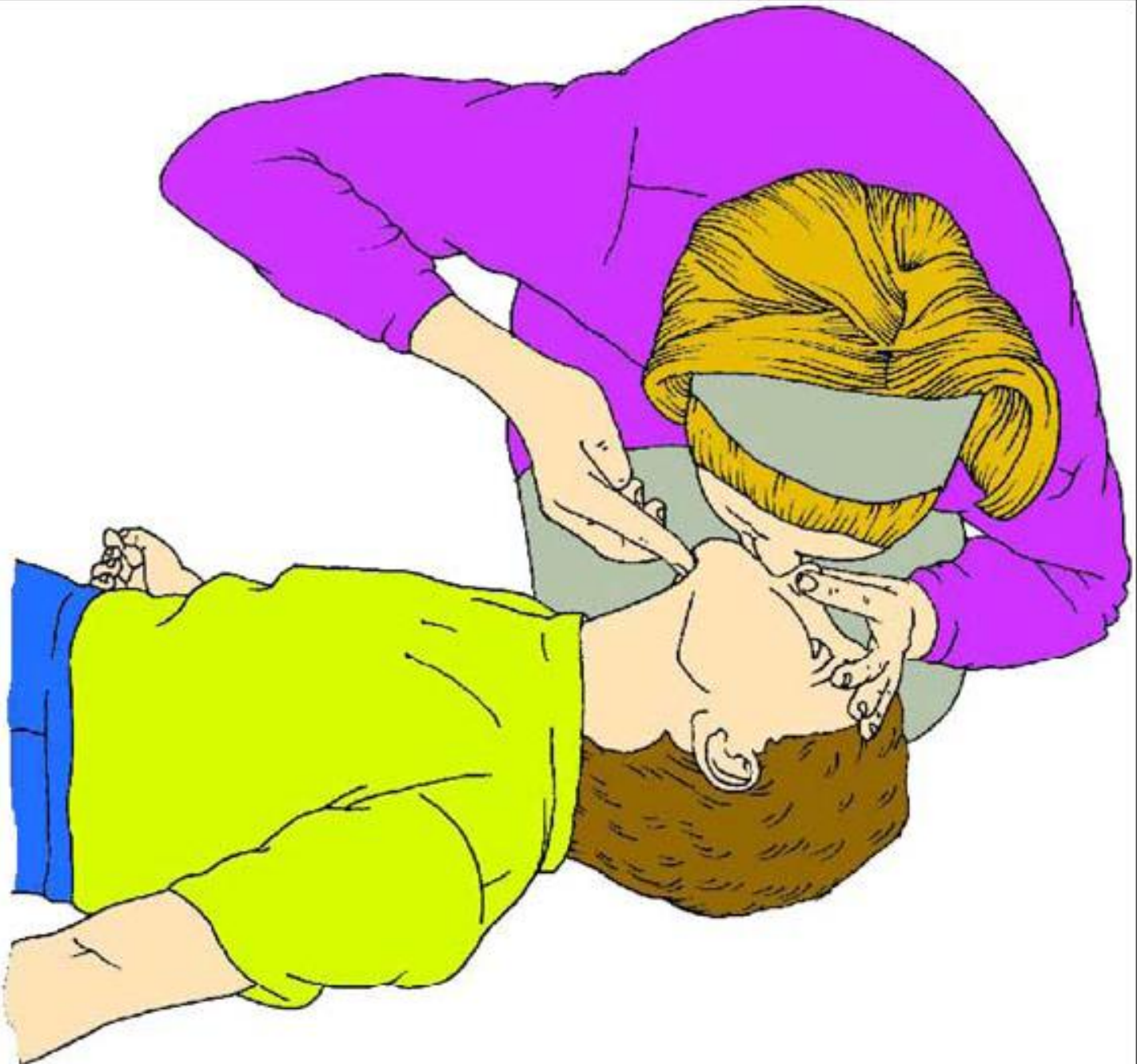


Ventilatia gură la gură la copii

- Mențineți deschise căile aeriene
- Se pensează cu două degete narinele victimei
- Salvatorul va trage aer în piept, așează etanș gura lui asupra gurii victimei, va efectua insuflația timp de 1-1,5 secunde, un volum de aer suficient pentru a ridica toracele
- Se lasă ca toracele să revină (expirul)
- Se execută apoi următoarele insuflații după aceeași tehnică



Ventilația gură la gură la copii peste un an





Batistă facială





ÎNTREBĂRI?





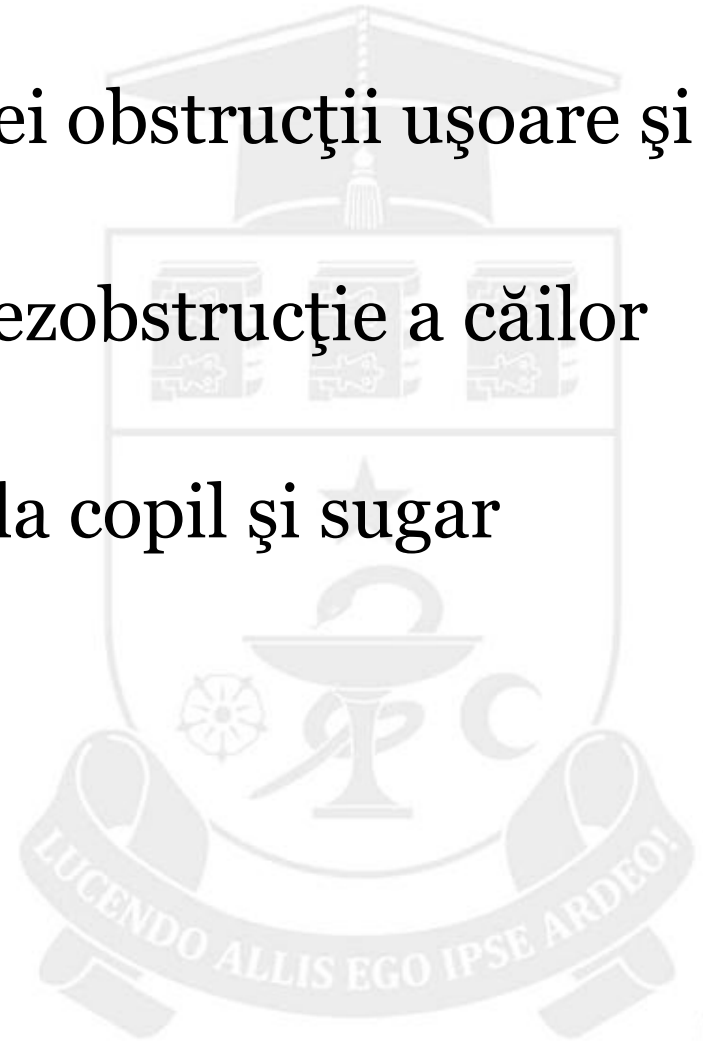
Dezobstrucția căilor aeriene superioare la copii





Objective

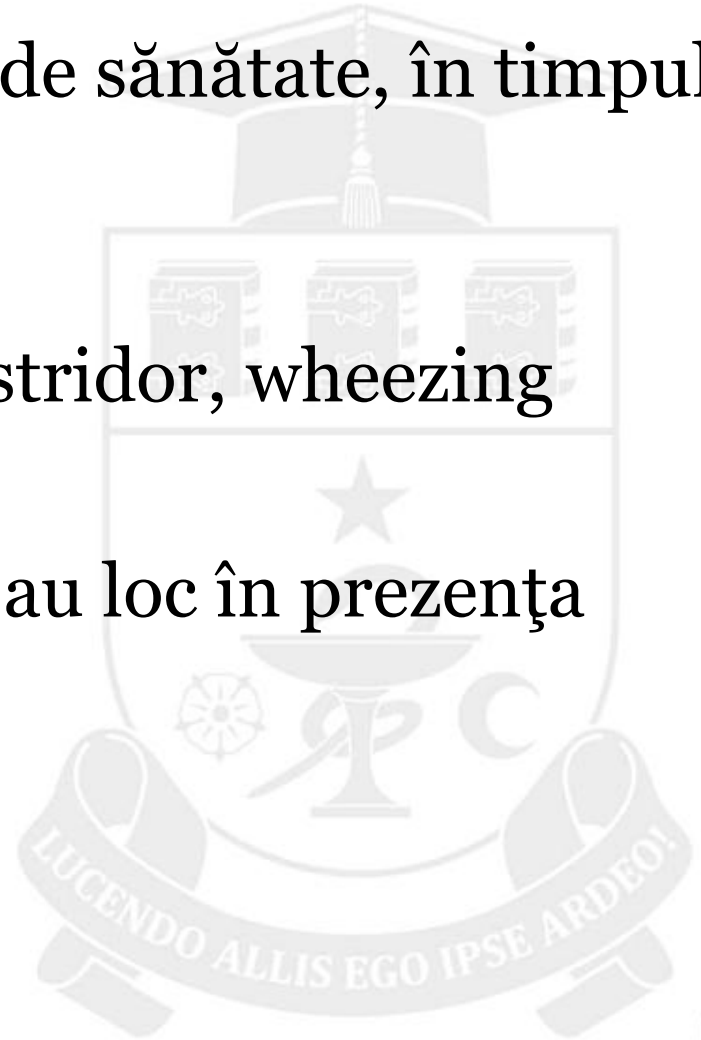
1. Recunoașterea semnele unei obstrucții ușoare și severe a căii aeriene
2. Aplicarea manoperele de dezobstrucție a căilor aeriene
3. Tehnicile de dezobstrucție la copil și sugar





Tabloul clinic

- Debut brusc, în plină stare de sănătate, în timpul alimentației sau a jocului
- Detresă respiratorie: tuse, stridor, wheezing
- Majoritatea evenimentelor au loc în prezența părinților





3 manopere

- Loviturile interscapulare
- Compresiunile toracice
- Compresiunile abdominale – nu la sugar și copil mic
- Mecanismul de dezobstrucție → creșterea bruscă a presiunii intratoracice ar putea duce la eliminarea corpului străin din căile aeriene
- Nici o manoperă nu este mai eficientă decât cealaltă
- Nu contează ordinea în care sunt aplicate
- O dată eliminat corpul străin nu se mai continuă cu următoarea manoperă

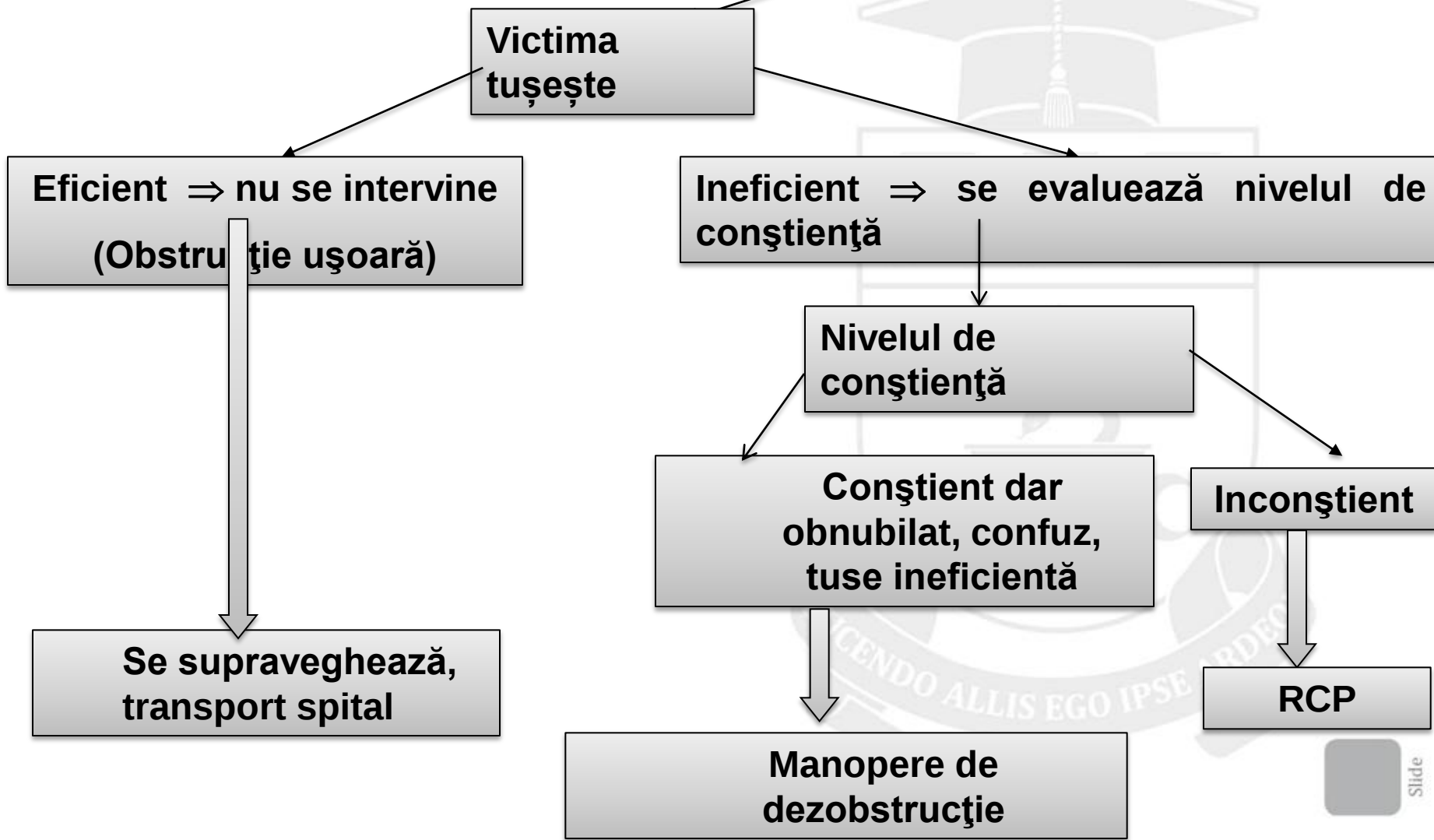


Evaluarea severității obstrucției căilor aeriene

- 1. Obstrucție ușoară:** fluxul de aer care trece prin căile aeriene este suficient pentru a produce sunete – tuse zgomotoasă, pacientul respiră între episoadele de tuse, stridor, wheezing, plânge cu voce
 - Tusea este eficientă · Se încurajază tusea · Se supraveghează · Se transportă la spital
 - **Nu se recomandă aplicarea manoperelor de dezobstrucție!!!**
- 2. Obstrucție severă:**
 - fluxul de aer este insuficient pentru a produce sunete – tușește fără zgomot, nu reușește să respire între episoadele de tuse, plânge fără zgomot, cianoză, confuz, obnubilat
 - **se aplică manopere de dezobstrucție**



Se asigură securitatea salvatorului și victimei

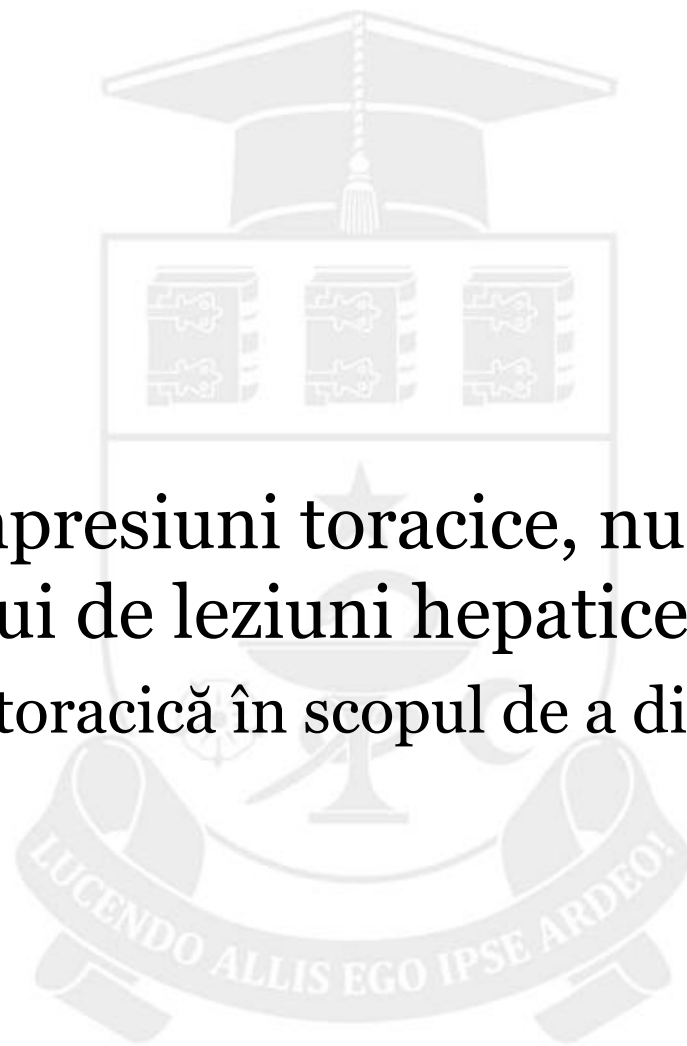




Manevre de dezobstrucție ale căii aeriene

- 5 lovituri interscapulare
- 5 compresiuni abdominale
- La sugar se efectuează compresiuni toracice, nu abdominale datorită riscului de leziuni hepatice!

Manoperele cresc presiunea intratoracică în scopul de a disloca corpul străin





Copil conștient, tuse inefficientă

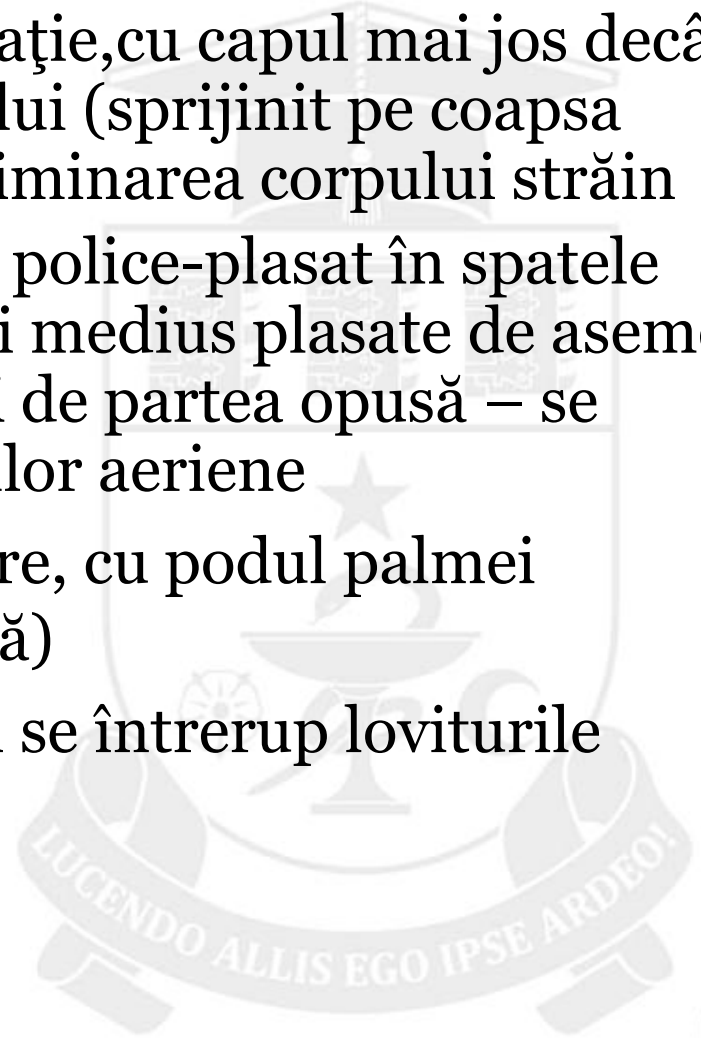
Sugar:

- 5 lovituri interscapulare urmate de
- 5 compresii toracice
- Nu se efectuează compresii abdominale datorită riscului de leziuni hepatice
- Se continuă până când
 - Corpul străin este eliminat → Spital
 - Copilul devine inconștient – RCP → Spital



Loviturile interscapulare la sugar

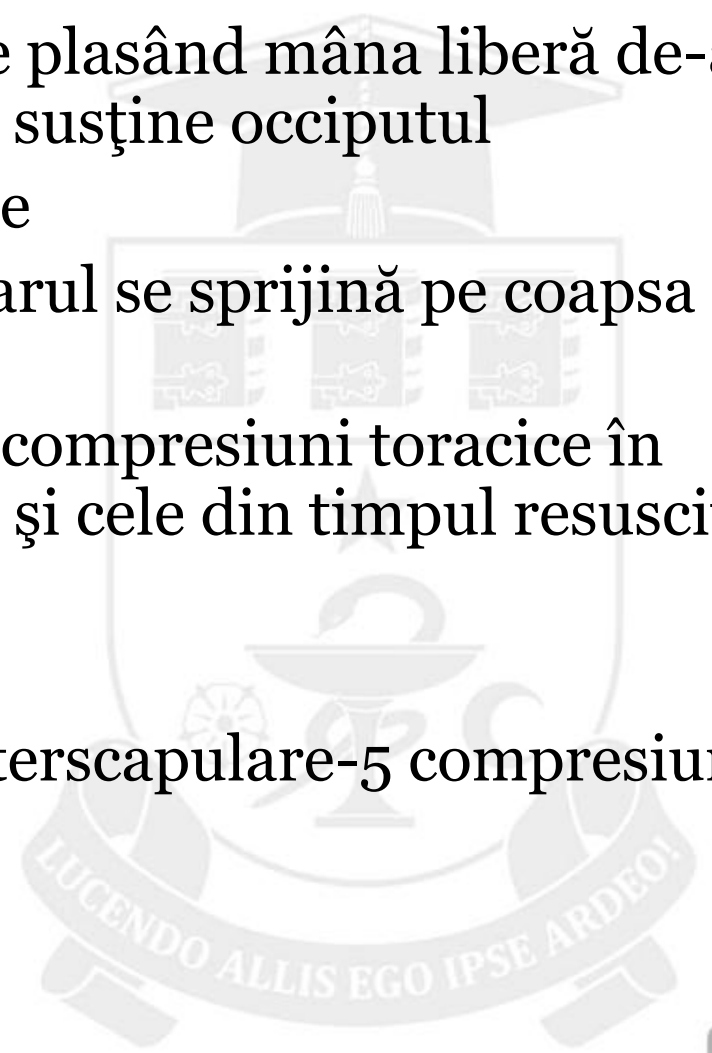
- Se poziționează sugarul în pronație, cu capul mai jos decât corpul, pe antebrațul salvatorului (sprijinit pe coapsa acestuia) – gravitația ajută la eliminarea corpului străin
- Capul sugarului se susține între police-plasat în spatele unghiului mandibulei și index și medius plasate de asemenea în spatele unghiului mandibulei de partea opusă – se realizează astfel deschiderea căilor aeriene
- Se aplică 5 lovituri interscapulare, cu podul palmei (eminențele tenară și hipotenară)
- Dacă este eliminat corpul străin se întrerup loviturile interscapulare





Compresiunile toracice la sugar

- Se întoarce sugarul în supinație plasând mâna liberă de-a lungul spatelui, iar cu palma se susține occiputul
- Se mențin căile aeriene deschise
- Mâna pe care este susținut sugarul se sprijină pe coapsa salvatorului
- Cu mâna liberă se efectuează 5 compresiuni toracice în același loc în care se efectuează și cele din timpul resuscitării, dar mai bruște și mai rare
- Se repetă secvența 5 lovituri interscapulare-5 compresiuni toracice până când:
 - Corpul străin este eliminat
 - Copilul devine inconștient







Loviturile interscapulare la copilul peste 1 an





Compresiunile abdominale la copil

- salvatorul stă în spatele victimei și se poziționează brațele pe sub cele ale victimei, îmbrățișând victima
- se plasează pumnul unei mâini între ombilic și stern, iar cealaltă mână se plasează peste prima
- cu ambele mâini salvatorul efectuează compresiune abdominală bruscă, orientată înapoi și în sus
- se repetă secvența de 5 ori
- brațele nu se vor amplasa pe cutia toracică sau apendicele xifoid datorită riscului de leziune hepatică



Compresiunile abdominale la copil





Manevrele de dezobstrucție se continuă până când:

- corpul străin este eliminat
- sosește ajutor calificat
- epuizarea salvatorului





Concluzii

- Țineți minte:
- Accidentele la copii nu sunt întâmplătoare. Ele apar când nu sunt luate toate măsurile de prevenire a accidentelor.
- Măsurile de prevenire a accidentelor casnice la copii sunt simple, eficiente și accesibile oricărui părinte.
- Părinții, bunicii, alți aparținători sunt, în egală măsură, responsabili pentru supravegherea și asigurarea unei case sigure pentru copil.
- Și fetițele, și băieții au nevoie de aceeași supraveghere și protecție. Ei sunt expuși – în mod egal – riscului de accidentare în locuință și curte.



ÎNTREBĂRI?



