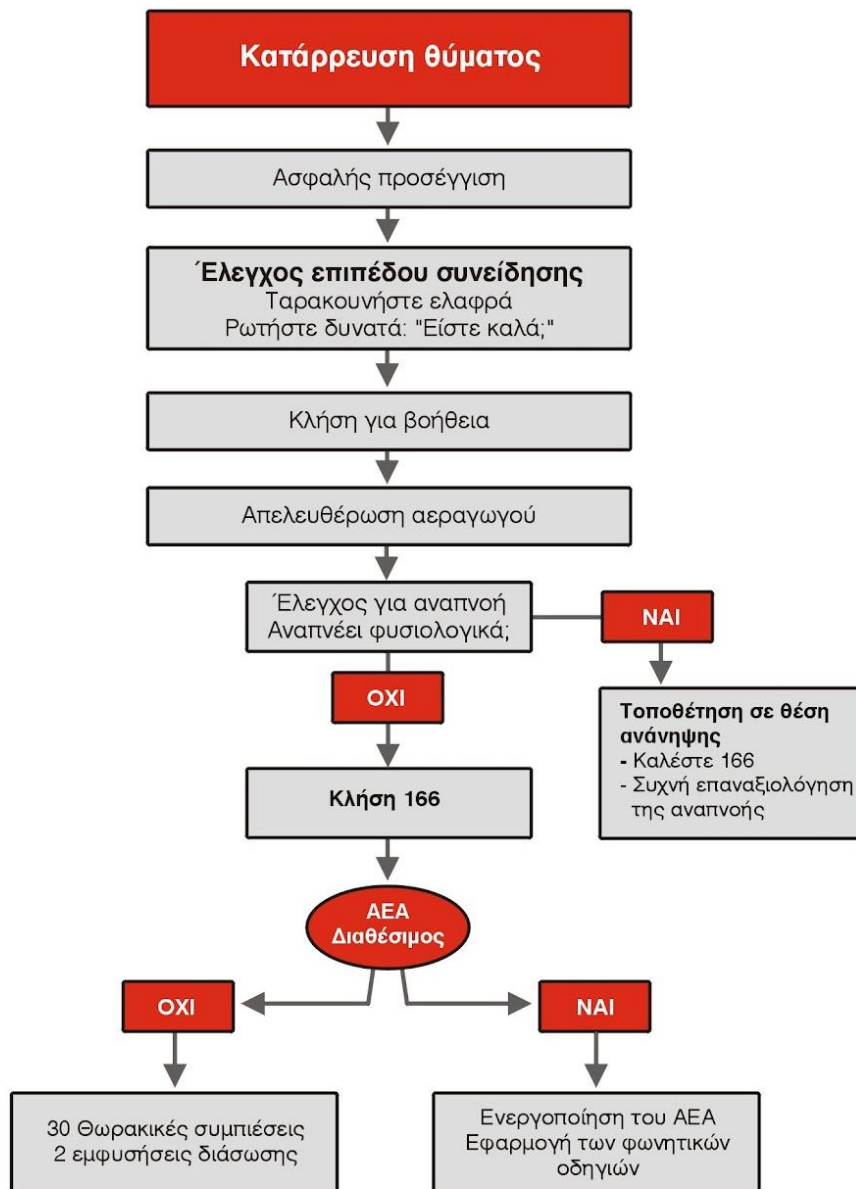
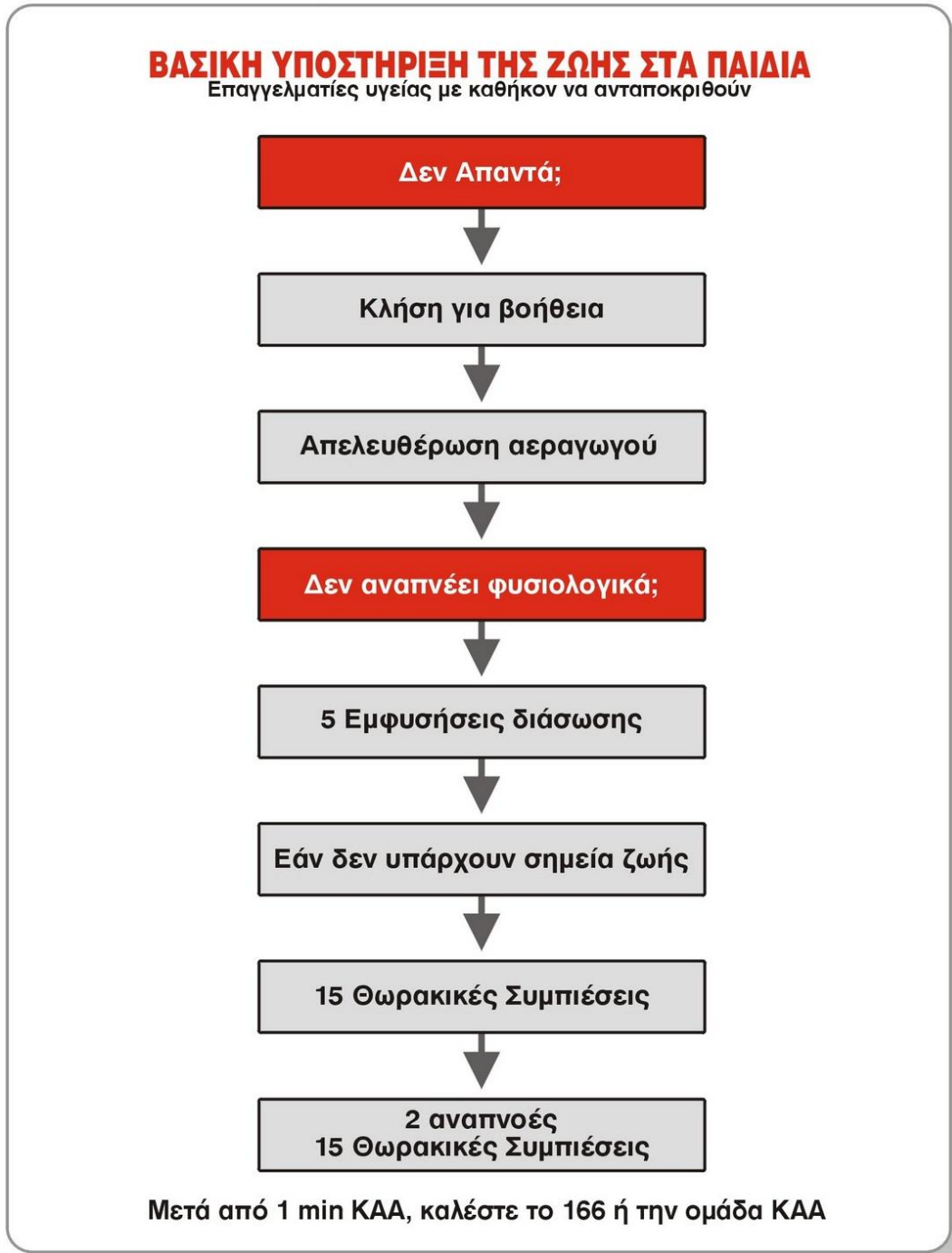


Αλγόριθμοι Αντιμετώπισης Επειγουσών Καταστάσεων

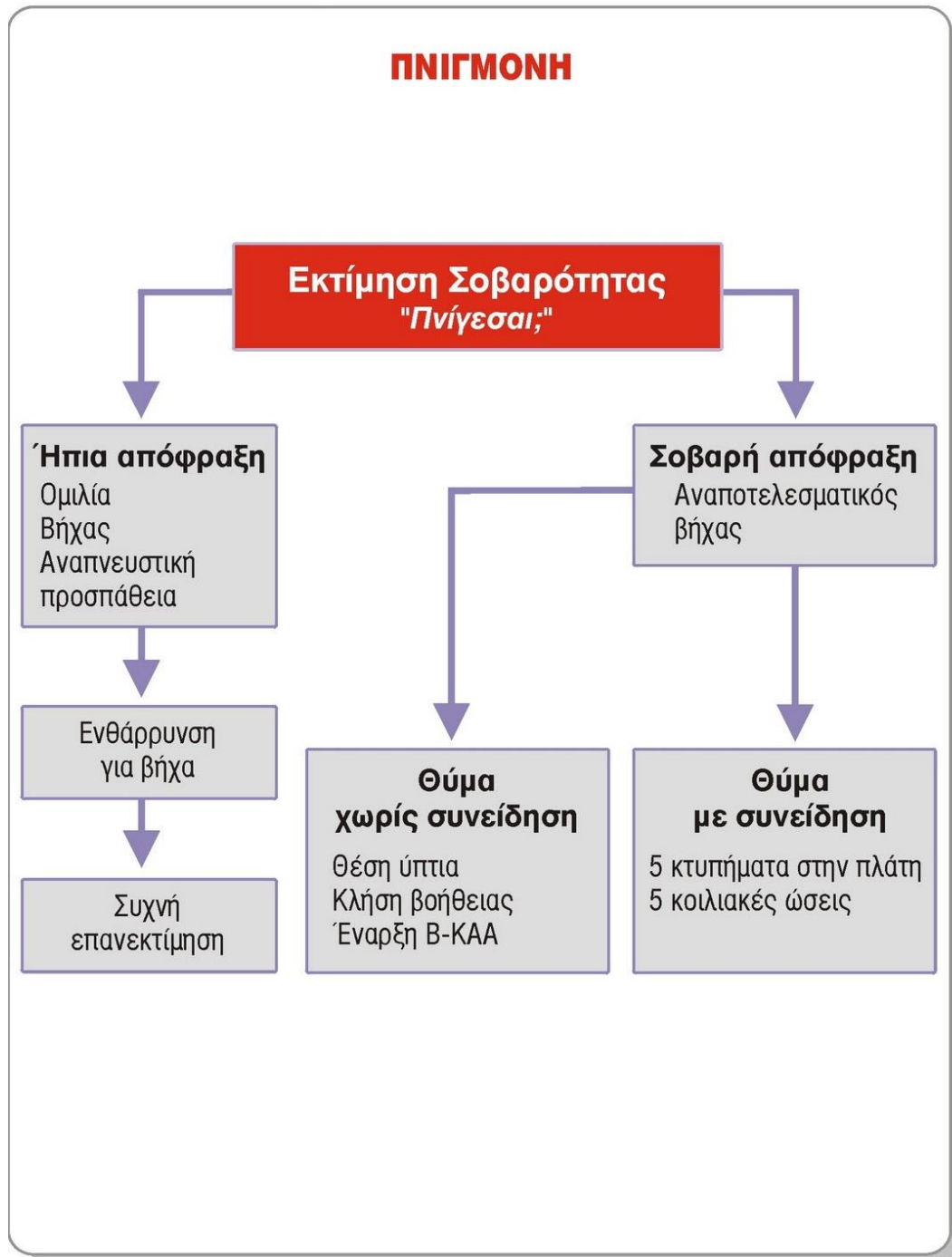
ΒΑΣΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΣ ΑΠΙΝΙΔΙΣΜΟΣ

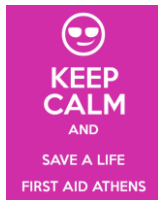


Αλγόριθμοι Αντιμετώπισης Επείγουσών Καταστάσεων



Αλγόριθμοι Αντιμετώπισης Επειγουσών Καταστάσεων





FIRST AID ATHENS

Εθελοντική ομάδα Εκπαίδευσης Πρώτων Βοηθειών

Αλγόριθμοι Αντιμετώπισης Επείγουσών Καταστάσεων

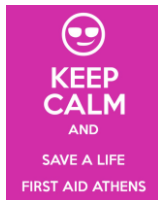
ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΡΔΙΟ-ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ

Η γνώση βασικών αρχών παροχής αναζωογόνησης σε ενήλικες και παιδιά σε περίπτωση ανακοπής έχει καταστεί πλέον στο δυτικό κόσμο, μέρος της διαδικασίας της βασικής εκπαίδευσης.

Η αναγνώριση των κλινικών σημείων ανακοπής και η παροχή βοήθειας εγκαίρως βελτιώνει τις πιθανότητες του βαρέως πάσχοντος ασθενούς να φτάσει σε κέντρο όπου μπορεί να παρασχεθεί εξειδικευμένη βοήθεια και κατ' επέκταση μειώνει τις όψιμες επιπλοκές. Εφαρμόζοντας τις βασικές τεχνικές που περιγράφονται παρακάτω, ένας μη ειδικός, πολίτης / διασώστης, μπορεί να υποστηρίξει τις ζωτικές αναπνευστικές και κυκλοφορικές λειτουργίες ενός ατόμου σε ανακοπή χωρίς να διαθέτει ειδικό εξοπλισμό.

Ξεκινώντας θα πρέπει να γίνει κατανοητό πως το παιδί δεν είναι ένας μικρός ενήλικας και δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως τέτοιος. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη φυσιολογία του παιδιού καθώς κατ' επέκταση και στα αίτια που προκαλούν ανακοπή στους μικρούς ασθενείς ώστε να κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση ειδικών πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ (= ΚΑΡδιοΠνευμονική Αναζωογόνηση) προσαρμοσμένων στην βρεφική και παιδική ηλικία. Η ανάλυση της διαφορετικής φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας ξεπερνά τους στόχους αυτού του κειμένου. Ωστόσο δύο βασικές αρχές χρήσιμες για την κατανόηση των τεχνικών που θα περιγραφούν είναι οι εξής:

1. τα παιδιά αδρά διαχωρίζονται σε βρέφη (κάτω του έτους), σε παιδιά (από ενός έτους έως την αρχή της εφηβείας) και τέλος σε εφήβους (έχουν ίδια αντιμετώπιση με τους ενήλικες). Ο διασώστης παρέχει βοήθεια βάσει της εκτίμησης του όσον αφορά την ηλικία του ασθενούς. Εάν μοιάζει με παιδί μικρότερο των 12 περίπου ετών, αντιμετωπίζεται ως παιδί.
2. η καρδιακή ανακοπή σε βρέφη και παιδιά σπάνια οφείλεται σε πρωτογενή καρδιακή νόσο. Αντιθέτως στις περισσότερες περιπτώσεις είναι το αποτέλεσμα υποξίας λόγω ανεπάρκειας του αναπνευστικού (πериγεννητική ασφυξία, εισρόφηση ξένου σώματος, βρογχιολίτιδα, άσθμα κτλ).



FIRST AID ATHENS

Εθελοντική ομάδα Εκπαίδευσης Πρώτων Βοηθειών

Ασφαλής Προσέγγιση

Σε κάθε περίπτωση, αλλά πολύ περισσότερο σε άγνωστο περιβάλλον, ο διασώστης θα πρέπει να προσεγγίσει το θύμα με ασφάλεια ώστε να μη γίνει και ο ίδιος θύμα και ακολούθως να απομακρύνει τον ασθενή από συνθήκες που ενέχουν άμεσο κίνδυνο (πχ πρώτα κλείνουμε το γενικό διακόπτη ή αν αυτό δεν είναι δυνατό απομακρύνουμε ένα θύμα ηλεκτροπληξίας με ένα ξύλο από την πηγή, προτού κάνουμε οτιδήποτε άλλο). Ακολούθως προσεγγίζουμε και εφαρμόζουμε απτικό ερέθισμα στα άκρα και ταυτόχρονα μιλάμε στον ασθενή (είσαι καλά;). Ακόμα και τα βρέφη ανταποκρίνονται στο φωνητικό ερέθισμα κι ας μην καταλαβαίνουν.

Εφόσον δεν υπάρχει καμία ανταπόκριση στο φωνητικό και απτικό ερέθισμα καλούμε κάποιον που βρίσκεται κοντά μας σε βοήθεια και του ζητάμε να παραμείνει μαζί μας γιατί μπορεί να τον χρειαστούμε αργότερα.

Εν συνεχεία η εκτίμηση και αντιμετώπιση στηρίζεται στο:

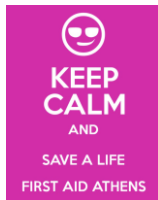
A (Airway= Αεραγωγός)

B (Breathing=Αναπνοή)

C (Circulation=Κυκλοφορικό)

Αεραγωγός (A)

Η απόφραξη του αεραγωγού, συνθέστερα από την γλώσσα που έχει πέσει προς τα πίσω (η γλώσσα δε «γυρίζει», απλώς πέφτει προς τα πίσω), ενδέχεται να είναι το πρωτογενές πρόβλημα, συνεπώς η ανάταξή της μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ανάνηψη. Η διάνοιξη του αεραγωγού επιτυγχάνεται όταν ο διασώστης βάλει το ένα χέρι στο μέτωπο του θύματος και το σπρώξει προς τα πίσω ενώ ταυτόχρονα ανυψώνει την κάτω γνάθο με τα δύο δάκτυλα του άλλου χεριού προσέχοντας να εφαρμόζει δύναμη στο οστείνο τμήμα κι όχι στα μαλακά μέρη. Έτσι επιτυγχάνεται έκταση (κι όχι υπερέκταση) της κεφαλής («θέση όσφρησης λουλουδιού» ή chin lift) που παρασύρει την γλώσσα προς τα εμπρός, απελευθερώνοντας τον αεραγωγό. Στην περίπτωση τραυματισμού, οπότε μπαίνει υποψία κάκωσης της **ΑΜΣΣ** (=Αυχενική Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης) και προκειμένου να την προστατέψουμε, ενδείκνυται ο χειρισμός της ανάσπασης της κάτω γνάθου (jaw thrust). Αυτό επιτυγχάνεται όταν ενώ διατηρούμε την ουδέτερη θέση της κεφαλής, τοποθετούμε 2-3 δάκτυλα κάτω από τις 2 γωνίες της κάτω γνάθου και ανασηκώσουμε την γνάθο προς τα εμπρός (σαν να ανοίγουμε ένα συρτάρι). Ο χειρισμός αυτός προφανώς δεν έχει λόγο αλλά και δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομο που διατηρεί μυϊκό τόνο, δηλαδή έχει τις αισθήσεις του. Μετά τον όποιο χειρισμό διάνοιξης του αεραγωγού ελέγχουμε εάν μέσα στο στόμα υπάρχει ξένο σώμα που μπορούμε να απομακρύνουμε υπό άμεση όραση. Τυφλές σαρωτικές κινήσεις απαγορεύονται.



FIRST AID ATHENS

Εθελοντική ομάδα Εκπαίδευσης Πρώτων Βοηθειών

Ακολούθως πλησιάζουμε το αυτί μας πολύ κοντά στο στόμα του θύματος και για 10 δευτερόλεπτα (μετράμε ΔΥΝΑΤΑ έως το 10) προσπαθούμε να ΔΟΥΜΕ τον θώρακα να εκπύσσεται, και να ΑΙΣΘΑΝΘΟΥΜΕ ή να ΑΚΟΥΣΟΥΜΕ τον εκπνεόμενο αέρα. Εάν δεν ΒΛΕΠΟΥΜΕ, ΑΚΟΥΜΕ ή ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΣΤΕ τότε προχωρούμε στο επόμενο βήμα.

Κλήση στο ΕΚΑΒ. Τηλεφωνούμε στο 166 ή στο 112 (από κινητό χωρίς σήμα). Στην επικοινωνία μας θα πρέπει να είμαστε σαφείς και σύντομοι ως προς την ταυτότητα μας, την ακριβή θέση μας και κυρίως δεν θα πρέπει να κλείσουμε το τηλέφωνο εάν δεν το κλείσουν από το ΕΚΑΒ πρώτα.

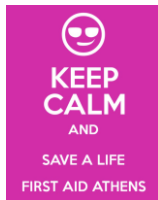
Αναπνοή (B)

Το επόμενο βήμα είναι το λεγόμενο «φιλί της ζωής» (ο όρος έχει εγκαταλειφθεί γιατί υποβάθμιζε την ανάγκη των θωρακικών συμπίεσεων που έχουν την ύψιστη σημασία στην αναζωογόνηση), να εμφυσήσουμε δηλαδή αέρα στους πνεύμονες του θύματος. Διατηρώντας πάντα την θέση διάνοιξης αεραγωγού και αφού έχουμε πάρει μια βαθιά αναπνοή, σφραγίζουμε τα χείλη μας γύρω από το στόμα του παιδιού ή του ενήλικα, κλείνοντας ταυτόχρονα τη μύτη και εμφυσούμε αργά (1-1,5 δευτερόλεπτα) αέρα.

- Εάν πρόκειται για βρέφος και εφόσον το δικό μας μέγεθος το επιτρέπει, σφραγίζουμε μαζί με το στόμα και τη μύτη του μωρού.
- Στην περίπτωση των παιδιών και των βρεφών οι αρχικές εμφυσήσεις είναι 5. Αυτό γιατί στις ηλικίες αυτές το αναπνευστικό arrest (ανακοπή) προηγείται του καρδιακού (σε αντίθεση με τους ενήλικες όπου πρώτα σταματά η καρδιά και στη συνέχεια ακολουθεί η «αναπνοή»). Είτε θεωρείτε ότι ήταν επιτυχής είτε όχι δεν θα πρέπει να είναι περισσότερες από 5. Κατά τη διάρκεια της εμφύσησης παρατηρούμε εάν ο θώρακας ανυψώνεται. Εάν όχι, το πιθανότερο είναι πως έχουμε κακή θέση διάνοιξης του αεραγωγού οπότε επαναπροσαρμόζουμε τη θέση της κεφαλής ώστε να αυξηθεί η έκτασή της. Μεταξύ των εμφυσήσεων ο διασώστης θα πρέπει να απομακρύνεται ελαφρώς και να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- Αν δε διαθέτουμε τα απαραίτητα προστατευτικά μέσα (προσωπίδα ΚΑΡΠΑ, μάσκα AMBU κτλ) ας αποφεύγουμε να δίνουμε εμφυσήσεις λόγω του κινδύνου των μολυσματικών ασθενειών.

Κυκλοφορικό (C)

Ακολούθως η προσοχή στρέφεται στο κυκλοφορικό. Ανεπάρκεια του κυκλοφορικού θεωρούμε πως υφίσταται εάν κατά τη διάρκεια του προηγούμενου βήματος δεν παρατηρήθηκε κανονική αναπνοή.



FIRST AID ATHENS

Εθελοντική ομάδα Εκπαίδευσης Πρώτων Βοηθειών

Εφόσον διαπιστωθεί ανεπάρκεια κυκλοφορικού προχωρούμε σε καρδιακές συμπίεσεις. Οι συμπίεσεις γίνονται αδρά στο μέσο του θώρακα i) χρησιμοποιώντας το δείκτη και το μέσο δάκτυλο εάν πρόκειται για μωρό ii) την «μπάλα» της παλάμης εάν πρόκειται για μεγαλύτερο παιδί ή iii) το ένα χέρι μας με απλωμένα τα δάκτυλα στο στέρνο και το άλλο από επάνω με τα δάκτυλα να κλειδώνουν εάν πρόκειται για ενήλικες ή μεγαλόσωμα παιδιά. Τα μεν δάκτυλα τα τοποθετούμε κάθετα στο στέρνο, τη δε «μπάλα» του χεριού έτσι ώστε τα δάκτυλα να είναι σε έκταση και να μην ακουμπούν στον θώρακα και όλο το άνω άκρο μας να είναι τεντωμένο και κάθετα τοποθετημένο στο στέρνο. Στόχος είναι οι συμπίεσεις να γίνονται με το βάρος του σώματός μας. Το βάθος της συμπίεσης είναι τουλάχιστον το 1/3 της προσθοπίσθιας διαμέτρου του θώρακα του παιδιού (περίπου 4-5 εκ.) ή σε περίπτωση ενήλικα τουλάχιστον 5 εκατοστά.

Ξεκινώντας λοιπόν κάνουμε 30 συμπίεσεις με ρυθμό τουλάχιστον 100/λεπτό. Αμέσως μετά γυρίζουμε στην αναπνοή και δίνουμε 2 εμφυσήσεις, μετά ξανά 30 συμπίεσεις κοκ. Θα πρέπει να επισημανθεί πως η εναλλαγή μεταξύ εμφυσήσεων και συμπίεσεων θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο γρήγορη (οι συμπίεσεις δεν πρέπει να διακόπτονται παραπάνω από 10 δευτερόλεπτα). Το ιδανικό βέβαια θα ήταν να υπάρχουν 2 διασώστες, ένας για τις εμφυσήσεις και ένας για τις συμπίεσεις (και εναλλαγή ανά 2 λεπτά).

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σταματά μόνο σε τρεις περιπτώσεις :

1. Το θύμα ανανήψει
2. Έρθει η εξειδικευμένη βοήθεια (τα χέρια μας τα βγάζουμε μόλις βάλουν οι διασώστες τα δικά τους πάνω στο θύμα ανακοπής και όχι με το άκουσμα της σειρήνας)
3. Εξαντληθούμε

Οι βασικές διαφορές στην αντιμετώπιση ενός παιδιού σε σχέση με έναν ενήλικα είναι:

1. Πάντοτε ξεκινάμε με 5 αρχικές εμφυσήσεις
2. **Στα παιδιά η αναλογία συμπίεσεων - εμφυσήσεων είναι 30:2 για άπειρους διασώστες (πολίτες) ή 15:2 (για επαγγελματίες υγείας ή αν υπάρχουν 2 διασώστες)**
3. Μπορεί να κάνουμε συμπίεσεις μόνο με το ένα χέρι ανάλογα με το σωματότυπο του παιδιού.
4. Πετυχαίνουμε τα καλύτερα αποτελέσματα στην αναζωογόνηση αν η κλήση στο 166 γίνει αφού κάνουμε 1 λεπτό ΚΑΡΠΑ και όχι με τη διάγνωση της ανακοπής όπως συμβαίνει με τους ενήλικες.

Κλείνοντας θα πρέπει να επισημανθεί πως η διαδικασία της ΚΑΡΠΑ είναι κάτι που δημιουργεί σημαντικό stress ακόμα και σε επαγγελματίες υγείας. Η αυτοματοποίηση λοιπόν των κινήσεων και η εξοικείωση με τον αλγόριθμο της είναι εξαιρετικά σημαντικές προκειμένου σε τέτοιες συνθήκες να μην διστάσουμε να εφαρμόσουμε ΚΑΡΠΑ και να είμαστε όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικοί.