

0

CAPITOLUL 3

PROTOCOLUL ROMÂNESC DE TRIAJ

3.1 Rolul triajului

4P

Numărul pacienților care se prezintă în departamentele de urgență este în continuă creștere, iar capacitatea acestora de a asista pacienții cu afecțiuni acute este constantă. Din acest dezechilibru s-a născut necesitatea utilizării unui sistem care să permită sortarea rapidă și eficientă a pacienților, astfel încât aceștia să beneficieze de o alocare corectă a resurselor disponibile în funcție de afecțiunile pentru care se prezintă în serviciul de urgență. Triajul este modalitatea transparentă de prioritizare a accesului pacienților la îngrijiri (investigații, diagnostic, tratament).

De ce necesitatea unui protocol național?

6P

Structurile pentru primirea urgențelor din cadrul spitalelor din România sunt caracterizate printr-o aparentă inomogenitate structurală, funcțională și din punct de vedere al resurselor umane și materiale. În condițiile unei legislații, a unei pregătiri profesionale a personalului și a unei dotări relativ similare, inomogenitatea este determinată de detalii care însă pot deveni semnificative și chiar pot periclita, în anumite situații, calitatea actului medical. Pentru a asigura o îngrijire uniformă a pacienților indiferent de locul unde aceștia se prezintă în vederea asistenței medicale de urgență este necesară standardizarea condițiilor pe care acești pacienți le vor întâlni în aceste unități. În cadrul acestei standardizări, instituirea la nivel național a unui protocol de triaj va permite atât crearea unui standard de prioritizare a pacienților și de alocare a resurselor, dar, în același timp va impune în rândul pacienților noțiunea de așteptare justificată supravegheată. Așteptarea este sau poate deveni cel mai supărător element, pe care anumiți pacienți îl acceptă cu multă greutate, fiind generator de situații conflictuale și dificil de soluționat. Odată ce această așteptare (aleatorie ca și durată) se transformă într-un interval de timp limitat, cuantificat și mai ales justificat, treptat și percepția pacienților și familiilor acestora se va modifica în sensul unei acceptări mai facile.

2

	INTERVENȚII SALVATOARE DE VIAȚĂ
Căi aeriene/ respirație	Ventilație pe mască și balon Susținere avansată a căilor aeriene Rezolvarea chirurgicală a căii aeriene Ventilație de urgență CPAP (cu presiune pozitivă continuă) Ventilație de urgență BiPAP (cu presiune pozitivă pe două nivele) Manevra Heimlich
Terapie electrică	Defibrilare Cardioversie de urgență Pacing extern
Proceduri	Decompresia pneumotoraxului sufocant Pericardiocenteza Toracotomie de urgență Compresiuni toracice externe
Intervenții hemodinamice	Resuscitare volemică cu fluide i.v.

3

40
"Art. 37. - (1) Transportul instrumentarului si dispozitivelor medicale catre serviciul de sterilizare trebuie sa se realizeze cu asigurarea protectiei fata de contaminari accidentale atat a instrumentelor in tranzit, cat si a personalului care le transporta. Cutiile de transport trebuie sa se inchida cu capac, sa fie rigide, usor de curatat si sa reziste la actiunea substantelor dezinfectante.

3P
(2) Pentru evitarea formarii biofilmului pe instrumentarul si dispozitivele medicale care nu pot fi reprocessate imediat, acestea vor fi acoperite cu un detergent cu efect tensioactiv si transportate catre serviciul de sterilizare in containere inchise, conform procedurilor standard pentru transportul produselor cu risc biologic."

Modificat de art.I pct.12 din OAP 854/2022

3P
(3) Precuratarea dispozitivelor in punctul de utilizare nu inlocuieste procedura de curatare. Indepartarea prealabila a materialului organic are rol de a preveni uscarea acestuia pe instrumentar si echipamente si de a facilita o buna curatare. Pentru aceasta procedura nu se folosesc solutii saline sau solutii pe baza de clor activ.

4

1.3.2. Tabloul clinic

95P
15P
15P
15P
15P
15P

- Bolnavul stă în poziție șezândă, cu toracele împins înainte, cu fața anxioasă și semne de insuficiență respiratorie accentuată.
 - Polipnee, cu expirație prelungită și tiraj.
 - Cianoză.
 - Transpirațiile profuze chinuiesc bolnavul, care este „lac de apă“.
 - Absența tusei și expectorației.
 - Diminuarea extremă a murmurului vezicular, raluri bronșice mari și mici (la auscultație).
- Atenție!* Pentru cadrul mediu este greu să facă diagnosticul diferențial cu edemul pulmonar acut (E.P.A.), astmul cardiac, embolia pulmonară, pneumotoraxul spontan, bronhopneumopatia obstructivă cronică acutizată (BPOC). Trebuie totuși să se orienteze, *să se informeze despre unele antecedente ale bolnavului:*
- dacă bolnavul este un vechi astmatic (în absența unei cardiopatii stângi); dacă este purtător al unei BPOC; de existența unor antecedente cardiace. De asemenea, diferențierea se mai poate face ținând seama de caracterul dispneii;

în edemul pulmonar cardiogen (forma severă a astmului cardiac) dispneea este predominant inspiratorie, iar zgomotul șuierător este prezent atât în inspirație, cât și în expirație.

2.6.2.1. Tehnica respirației artificiale

Pentru ca respirația artificială să fie eficientă, metoda trebuie corect însușită, adică aplicată cu o respectare riguroasă în ceea ce privește succesiunea timpilor de execuție și acuratețea cu care se desfășoară toate gesturile. Pentru respectarea timpilor folosiți în resuscitarea cardiorespiratorie se folosește formula mnemotehnică: **HELP-ME**, ceea ce în limba engleză înseamnă *ajută-mă!*

În cadrul respirației artificiale gură la gură, fiecare literă din cuvântul **HELP**, indică de fapt ordinea succesiunii timpilor și semnificația gesturilor obligatorii, care precedă însuflarea aerului:

H - hiperextensia capului

E - eliberarea căilor respiratorii

L - luxarea (proiectarea) mandibulei-înainte

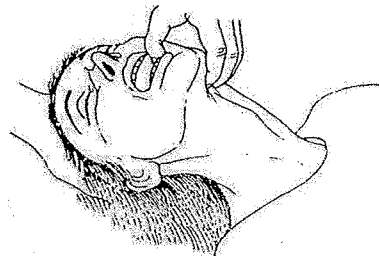
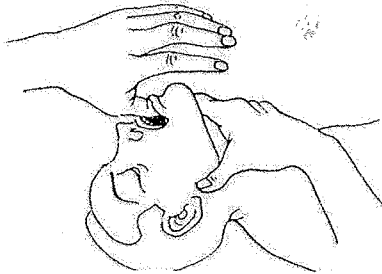
P - pensarea nasului.

Literele cuvântului **ME** se referă la masajul extern al inimii și se aplică în toate cazurile în care stopul respirator este urmat de cel cardiac.

Tehnica: se așază bolnavul în decubit dorsal, salvatorul se plasează în genunchi la capul victimei de partea laterală stângă (după dr. Firică, dr. Ionescu) sau dreaptă (după dr. Bejan, dr. Toma) și execută metoda respectând timpii formulei mnemotehnice (**HELP**):

1. **Hiperextensia capului:** prin tehnica amintită la eliberarea căilor aeriene.
2. **Eliberarea căilor respiratorii superioare:** prin aceleași metode descrise la eliberarea căilor aeriene și tehnicile descrise la cap. 1: permeabilizarea căilor respiratorii în „Insuficiența respiratorie acută“.
3. **Luxarea (propulsia) mandibulei** se poate realiza prin mai multe procedee:
 - aplicând ultimele 4 degete de la ambele mâini pe unghiul mandibulei (gonion), iar policele pe bărbie, se proiectează mandibula înainte vezi fig. 2.9;
 - mandibula se luxează trăgând-o înainte cu policele de la mâna stângă făcut cârlig, o fixează în această poziție cu mâna dreaptă menținând gura semi-deschisă (fig. 2.14) (salvatorul fiind așezat în dreapta bolnavului);
 - fixarea ramurei stângi a mandibulei între policele de la mâna stângă introdusă în gură și celelalte 4 degete, plasate extern.

Se tracionează mandibula înainte și în sus. (Se practică atunci când se folosește „batista salvatorului“) (fig. 2.15).



VERTE →

958

4. *Pensarea nasului*: se execută de asemenea în mai multe feluri:

a) Cu policele de la ambele mâini pensează nările (în cazul în care luxarea mandibulei s-a făcut cu ambele mâini). În acest caz: fixarea unghiului mandibulei se face numai cu ajutorul ultimelor 3 degete de la ambele mâini, degetul al 4-lea este plasat pe bărbie și participă la propulsia mandibulei concomitent cu menținerea gurii în poziție semideschisă, iar cu policele de la ambele mâini se pensează nasul (fig. 2.16)

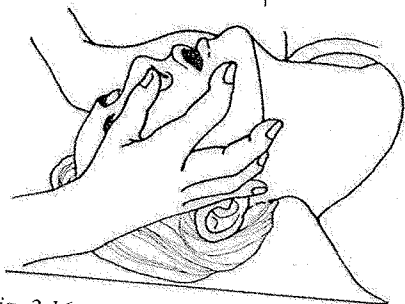


Fig. 2.16. – Modalitatea de pensare a nasului pentru tehnica „respirației gură la gură“.



Fig. 2.17. – Pensarea nasului cu mâna stângă.

b) Cu mâna stângă (în cazul în care fixarea mandibulei se face cu mâna dreaptă). În acest caz, mâna stângă eliberată, salvatorul poate așterne peste gura victimei un material de protecție (tifon, batistă etc.) apoi pensează nasul (fig. 2.17).

c) Cu pense speciale din truse de prim ajutor medical ale conducătorilor auto. Nasul fiind astupat, aerul introdus cu putere de salvator în gura victimei nu mai poate scăpa prin nările acesteia, fiind obligat să intre în totalitate în plămâni.

simu,
tulle
palea

5p + TA
05p x 10.

a.2. Bradicardia sinuzală este scăderea ritmului sub 60 pulsații/minut. Ritmul este regulat. Bradicardia poate fi fiziologică, la sportivi bine antrenați, la tineri, în somn, în sarcină, la vârstnici sau poate să apară în stări patologice: hipertensiune intra-craniană, icter, febră tifoidă, mixedem, intoxicații cu digitală, saturnism etc.
(ectonic)

6

7

3.2.3. Atitudinea de urgență

— în faza de prespitalizare

4p

— în spital

- Internarea în spital și menținerea sub observație medico-chirurgicală.
- Atenție – nu se administrează mialgin sau morfină* (dau spasmul sfincterului Oddi și maschează procesul inflamator acut).
- *nu se administrează nimic peroral.*
- Calmarea durerii abdominale. Se poate administra algoalmin i.m., bicarbonat de sodiu 1 linguriță peroral.
- Gheață pe abdomen.
- Aspirație duodenală cu sonda „à demeure“.
- În caz de stare de șoc, dacă este posibil: perfuzie cu soluție macromoleculară (dextran 40) sau ser glucozat 5%, perfuzie care va fi menținută în timpul transportului.
- *Recoltarea sângelui* pentru examinări de urgență: amilazemie, calcemie, glicemie, bilirubinemie, V.S.H., leucocite. Creșterea amilazei, leucocitelor, a glucozei și scăderea calciului sunt semnificative pentru diagnostic, *recoltarea urinei*: amilazurie, glicozurie.

6p

- *Examenul radiologic abdominal* pe gol poate pune în evidență semne de ileus dinamic, poate exclude semne directe de ulcer perforat.
- Calmarea durerii în spital:
 - mialgin 100-150 mg la interval de 3-5 ore.
La mialgin se mai adaugă:
 - atropină 0,5-1 mg
 - papaverină 80 g (două fiole) la 2 ore i.v.
 - nitroglicerină 2-3 tablete sublingual, care anulează efectele spastice ale mialginului
 - perfuzie cu xilină – în doză de 2-3 g/zi în ser glucozat 5% sau în ser fiziologic
 - fortral i.m.
- Combaterea stării de șoc (vezi șocul).
- Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice: gluconat de calciu i.v. (în caz de hipocalcemie) 20-30 ml din sol. de 10% în 24 de ore.
- Glucocorticoizi – H.H.C. (în cazurile grave pentru efectul antiinflamator, antișoc, antitoxic) în doză medie 100 g/24 de ore.
- Antibiotice în caz de infecție
- Inhibitori ai tripsinei;
 - trasylol i.v. 1-2 fiole a 25 000 U la 6 ore,
 - katein i.v. 500 000 U.J.K. (5 fiole) numai în formele edematoase la debut! apoi în perfuzie câte 50 000 U.J.K./oră.

3.3.1. Cauze de ocluzie tinale 1

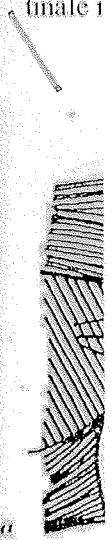


Fig. 3. a = prii b = prii

Notă. Dacă tratamentul medical inițial nu ameliorează net starea clinică a bolnavului, se intervine chirurgical în scopul drenării edemului congestiv sau limfatic.

8

4.1.1. Cauze

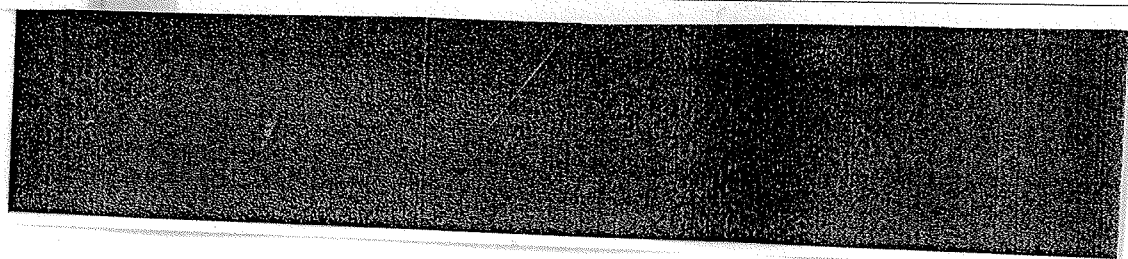
- *Cauze prerenale*, în care agenții etiologici acționează indirect asupra rinichilor prin reducerea fluxului sanguin renal, cu ischemie renală consecutivă și oprirea secreției de urină:
 - stări de șoc (hipovolemîc, hemoragie, traumatic obstetrical, infarct miocardic, abdomen acut etc.)
 - stări de deshidratare (vărsături, diaree, transpirații abundente),
 - insuficiență periferică acută: septicemii, avort septic, șoc anafilactic etc.
- *Cauze renale*, în care agenții etiologici acționează direct asupra parenchimului (tubi, glomeruli, vase sanguine, interstiții) producând leziuni anatomice:
 - necroze tubulare determinate de toate cauzele care dau insuficiență prerenală, expuse anterior, de hemoliză intravasculară (transfuzie cu sânge incompatibil), șoc prelungit, arsuri grave, nefrotoxine (substanțe chimice, medicamente),
 - boli renale parenchimotoase (glomerulonefrite de etiologie poststreptococică, nefrite interstițiale)
 - boli vasculare ale rinichiului (ocluzia arterei renale - infarct renal, ocluzia venei renale).

4p

4p

- *Cauze postrenale* (I.R.A. survine consecutiv unui obstacol mecanic pe căile excretorii):
 - calculoză ureterală bilaterală;
 - tumori de vecinătate afectând ambele uretre;
 - procese ureterale inflamatorii etc.

2p



9

Conduita
de urgență

5P

Coma hipoglicemică (la un bolnav diabetic) trebuie diferențiată de coma diabetică (vezi anexa 1), de care se deosebește prin: absența respirației de tip Kussmaul și a halenei acetonice, a fenomenelor de deshidratare (pielea este uscată în coma diabetică și umedă în cea hipoglicemică) și absența tulburărilor neurologice.

5P

- Când diferențierea este greu de făcut, se administrează 20-30 ml glucoză hipertonică (20-40%) care este urmată de o ameliorare rapidă în cazul unei come hipoglicemice și de nici un efect în cazul comei diabetice.
- Transportare la spital.

5P X 2

baselor,

10

4 Convulsii febrile. Apar în cursul unei afecțiuni febrile. Ca vârstă, între 6 luni și 5 ani (maximum de incidență între 6 luni și 3 ani), la copii fără antecedente personale neurologice.

2,5 A

Convulsia febrilă se referă doar la episoadele convulsive care apar exclusiv legate de febră, a cărei natură este de origine extracraniană. Pentru a fi inclusă în grupa celor febrile, convulsia ar trebui să aibă unele caractere:

- să apară pentru prima dată în context febril (temperatură peste 38°) în primele 24 de ore de la ascensiunea termică (deci fără convulsii anterioare în afebrilitate),
- durată să fie sub 15 minute,
- din punct de vedere clinic, criza să fie generalizată.

1,5 A

2 Convulsii metabolice [hipocalcemie, hipomagnezie-mie; hipo- sau hipernatremie; hipoglicemie (sub 0,2 g/l la mie la nou-născut; sub 0,4‰ la sugar și copilul mare); hiperkaliemie; alcaloză; deficit de piridoxină = Vit. B₆, anoxemie etc.].

1,5 P

3 Convulsii de cauze infecțioase cerebrale (edem cerebral acut infecțios, meningite; encefalite).

1,5 A

4 Convulsii din cauza altor boli organice cerebrale: posttraumatice (hemoragie intracraniană, hemoragie subdurală); abces cerebral, tumori, malformații cerebrale, boli congenitale (hidrocefalia congenitală, encefalopatii cronice infantile congenitale); tulburări circulatorii cerebrale.

1,5 A

5 Convulsii din intoxicații acute: miofilin, efedrină, atropină, organofosforice, alcool, salicilat, D.D.T., oxid de carbon, parathion, stricnină etc.

1,5 P

6 Epilepsie.

1,5