

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ ΘΕΜΑ ΠΡΟΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ :

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-CoV-2 ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

ΠΡΟΣΕΞΤΕ ΤΗΝ ΠΑΓΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΣΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ **ΓΙΑ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΟ** ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ SARS-CoV-2.

ΕΧΕΤΕ ΥΠ ΟΨΙΝ ΟΤΙ, ΟΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟΙ ΠΟΥ ΦΕΡΟΥΝ ΤΟΝ ΙΟ, ΚΑΙ ΝΟΙΩΣΟΥΝ ΤΑ ΙΔΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΟΥΣ, ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΒΑΣΙΜΕΣ ΥΠΟΨΙΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, (ΜΕΝΟΥΝ ΟΙ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ) ΟΤΙ ΤΗΡΗΤΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ, ΒΑΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ.

ΠΡΟΣΕΞΤΕ ΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΟΥΝ ΩΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΣΤΟ ΚΟΙΝΟ:

«Όποιος εμβολιαστεί μπορεί να κολλήσει τον ιό αλλά προστατεύεται και δεν πρόκειται να νοσήσει βαριά και επομένως δεν θα απαιτηθεί να νοσηλευθεί σε μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)»

ΓΙΑΤΙ ΟΜΩΣ ΔΕΝ ΘΑ ΧΡΕΙΑΣΘΕΙ Μ.Ε.Θ. ; ΜΗΠΩΣ ΔΙΟΤΙ ΤΟΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΛΟΓΩ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΟ ΔΟΣΕΙΣ; ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΠΑΡΕΛΘΕΙ 15 ΗΜΕΡΕΣ;

ΔΕΙΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ, ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΝΕΡΓΗΤΑΙ ΜΕ ΓΝΩΜΟΝΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΔΗΛΑΔΗ ΣΕ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΟ Η ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΟ ΔΟΣΕΙΣ. ΣΤΙΣ ΥΠΟΓΡΑΜΜΙΣΜΕΝΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕ ΚΟΚΚΙΝΟ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ, ΑΛΛΑΓΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ, ΩΣΤΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ Ο

ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟΣ ΝΑ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ. , ΕΝΩ Ο
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟΣ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ.

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ
ΑΠΟ SARS-CoV-2 ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

III. Επείγουσα διασωλήνωση.

Βασική σημασία έχει η προστασία των επαγγελματιών υγείας!!!!

- a. Ο εντατικολόγος εφαρμόζει τα ΜΑΠ όπως προαναφέρθηκαν
- b. Η σωστή εφαρμογή των ΜΑΠ απαιτεί χρόνο. Για τον λόγο αυτό η διασωλήνωση θα πρέπει να αποφασίζεται και να «σχεδιάζεται» έγκαιρα, έτσι ώστε όσοι εμπλακούν, να έχουν τον χρόνο να χρησιμοποιήσουν σωστά τα ΜΑΠ.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΤΟ: να «σχεδιάζεται» έγκαιρα ; ΜΗΠΩΣ ΟΤΙ ΣΧΕΔΙΑΖΕΤΑΙ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ; ΤΟΥ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΟΥ Η ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΟ ΔΟΣΕΙΣ;

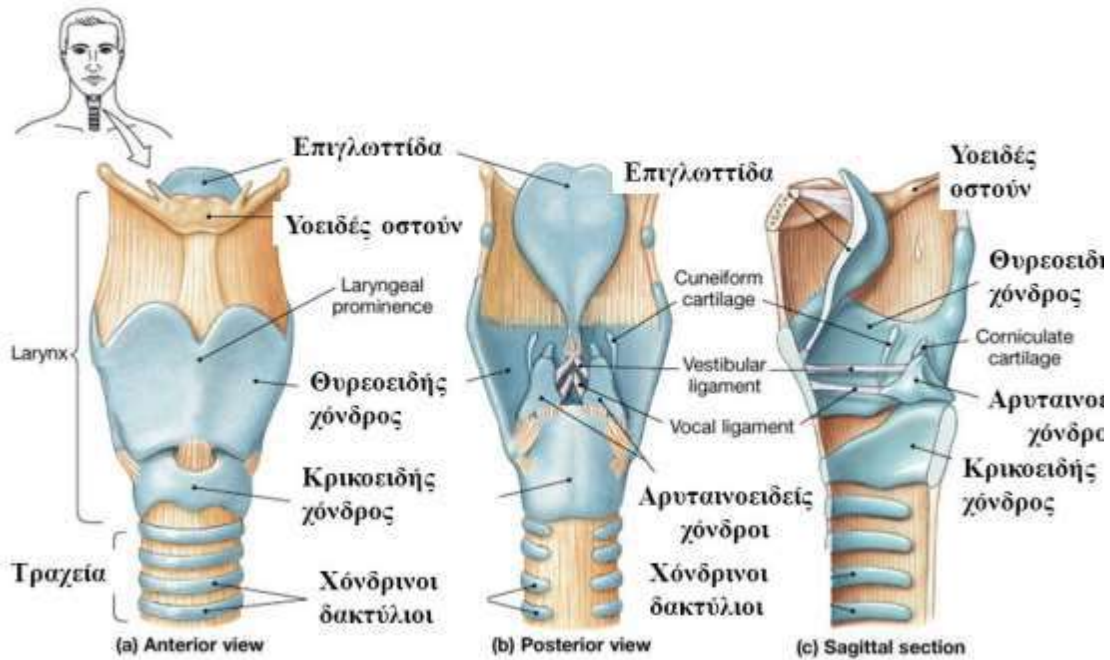
c. Ο εντατικολόγος πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός έτσι ώστε να μην έλθει σε επαφή με μολυσμένες επιφάνειες ή απευθείας με τον ιό.

- d. Την διασωλήνωση την πραγματοποιεί ο πιο έμπειρος εντατικολόγος και ένας από τους πιο έμπειρους του τμήματος αντίστοιχα χρησιμεύει ως βοηθός του που πιθανά να απαιτηθεί να εφαρμόσει πίεση στον κρικοειδή. Σε περίπτωση που απαιτηθεί αερισμός με ambu χορηγούνται χαμηλοί αποπνεόμενοι όγκοι.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: 1. « που πιθανά να απαιτηθεί να εφαρμόσει πίεση στον κρικοειδή»

ΔΕΙΤΕ ΤΙ ΕΝΘΟΥΝ, ΟΤΙ ΤΟΥ ΠΙΕΖΕΙ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΙ, ΚΟΙΝΩΣ «ΘΑ ΣΟΥ ΣΤΡΙΨΩ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΙ».

Ανατομία λαρύγγα



Copyright © 2004 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings

Figure 23.4

ΔΕΙΤΕ ΤΙ ΑΛΙΕΥΣΑΜΕ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.

Βασισμένο σε αποδεικτικά στοιχεία φάρμακο - Είναι πραγματικά αποτελεσματική η κροκοειδής πίεση στην ενδοδοντική γρήγορη ακολουθία ER;

Ένα από αυτά είναι το εφαρμογή κρικοειδούς πίεσης, Που ονομάζεται επίσης **Ο ελιγμός του Sellick**. μια πρακτική που θα πρέπει να εμποδίζει την παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου στον φάρυγγα και την επακόλουθη αναρρόφηση στο πνευμονικό δέντρο. Θα έπρεπε πράγματι. **Τα τελευταία χρόνια, αυτή η πρακτική έγινε πολύ αμφισβητήσιμη.**

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η πίεση μπορεί να καθυστερήσει ή να εμποδίσει τη θέση μιας συσκευής στους αεραγωγούς. Σχετικά με αυτό το ζήτημα, Ντόμπιφφύ Τζένετ Νγκίγκα, ένα επαγγελματική νοσοκόμα που εργάζεται στο νοσοκομείο Greytown, στο Kwazulu-Natal, επαρχία της Νότιας Αφρικής, έγραψε a [επιστημονικό δοκίμιο](#) Δημοσιεύθηκε στις [ΔΕΝΟΣΑ](#) (Δημοκρατικός Νοσηλευτικός Οργανισμός Νότιας Αφρικής).

ΜΗΝ ΤΟ ΨΑΧΝΕΤΕ, ΤΟ ΕΧΟΥΝ ΑΦΑΙΡΕΣΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ, ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΓΝΩΣΤΟΣ Ο ΛΟΓΟΣ.

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ:

«Υπάρχει συνεχής αλλαγή στη νοσηλευτική τραύματος λόγω της αυξημένης έρευνας στην περιοχή. Οι πρακτικές έχουν υιοθετηθεί ρουτίνα ως κανόνας, αλλά στη συνέχεια η περαιτέρω εξέταση έχει αποδειχθεί άχρηστη και ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο για τον ασθενή (Moore & Lexington, 2012). Η έρευνα έθεσε υπό αμφισβήτηση πρακτικές ή τεχνικές όπως η εφαρμογή πίεσης κρικοειδών κατά τη διάρκεια της ταχείας διασωλήνωσης. Αυτή η πρακτική αποσκοπούσε στην πρόληψη της αναγέννησης του γαστρικού περιεχομένου στο φάρυγγα και στη συνέχεια της αναρρόφησης στο πνευμονικό δέντρο, αλλά τώρα αμφισβητήθηκε.

Κρικοειδής πίεση: η τεχνική Sellick

Cricoid πίεση καθορίστηκε σύντομα από Sellick in 1961 ως χρησιμοποιούμενη μέθοδο για τη μείωση του κινδύνου αναρρόφησης κατά τη διάρκεια της φάσης διέγερσης της αναισθησίας. Η τεχνική του Sellick ήταν να ασκήσει πίεση προς τα πίσω στον χόνδρο του κρικοειδούς, συμπιέζοντας τον οισοφάγο στο υποκείμενο σπονδυλικό σώμα (Ellis, Harris & Zideman 2007; Priebe 2005). Σε αυτήν την εφαρμογή του πίεση στον οισοφαγικό σωλήνα αποφράσσεται, εμποδίζοντας το πέρασμα του αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου στον φάρυγγα και επακόλουθη αναρρόφηση στο πνευμονικό δέντρο (Stewart et al, 2014).

Ενσωματώνεται στη συνολική προσέγγιση για τη μείωση των πιθανοτήτων αναρρόφησης μέσω ταχείας επαγωγής αλληλουχίας αναισθησίας (Ellis et al., 2007; Priebe 2005). Με την πάροδο των ετών η ταχεία επαγωγή αλληλουχίας έχει προσαρμοστεί από ιατρούς έκτακτης ανάγκης για να επιτρέπουν τον αερισμό όπως απαιτείται για την πρόληψη της υποξίας και στη συνέχεια ονομάζεται «ταχεία διασωλήνωση της τραχείας». Η ταχεία διασωλήνωση της τραχείας ακολουθίας (RSTI) είναι τώρα η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη τεχνική για την τραχειακή διασωλήνωση στο τμήμα έκτακτης ανάγκης (ED) και η πίεση των κρικοειδών διδάσκεται ως τυπικό συστατικό της διαχείρισης των αεραγωγών έκτακτης ανάγκης (Ellis et al., 2007).

Παρά την ανεπαρκή επιστημονική αξιολόγηση των κινδύνων και των ωφελειών της πίεσης των κρικοειδών υιοθετείται ως αναπόσπαστο συστατικό της ταχείας διασωλήνωσης αλληλουχίας σε EDs. Καμία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή δεν έδειξε κανένα όφελος από τη χρήση της κατά τη διάρκεια ταχείας διασωλήνωσης (Trethewy, Burrows, Clausen & Doherty, 2012) Επιπλέον, η εφαρμογή της πίεσης του κρικοειδούς μπορεί να συνδέεται με αυξημένους κινδύνους για τον ασθενή, όπως η παρεμπόδιση της διαχείρισης των αεραγωγών, η παράταση του χρόνου διασωλήνωσης αποκρύπτοντας τη λαρυγγική άποψη, προκαλώντας ναυτία / έμετο και ρήξη οισοφάγου με υπερβολική δύναμη (Ellis et al., 2007; Priebe 2005 ; Trethewy, et al, 2012).

Παραδόξως, μπορεί να προωθήσει την αναρρόφηση χαλαρώνοντας το κάτω μέρος του οισοφάγου (Ellis et al., 2007). Ορισμένες αναφορές περιπτώσεων σημειώνουν ότι η τραχειακή διασωλήνωση παρεμποδίστηκε από την κρικοειδή πίεση και η παλινδρόμηση συνέβη παρά την εφαρμογή της, πιθανώς λόγω της ακατάλληλης εφαρμογής της (Trethewy, et al, 2012). Σύμφωνα με τους Bhatia, Bhagat και Sen (2014), η εφαρμογή της πίεσης κρικοειδών αυξάνει την συχνότητα της πλευρικής μετατόπισης του οισοφάγου από 53% σε 91%.

Δοκιμές ER

Ωστόσο, παρά αυτά τα στοιχεία και το αποτέλεσμα του Trethwy's (2012) RCT, το δικαστικό σύστημα φαίνεται να καθοδηγείται στην απόφασή του από ξεπερασμένες πρακτικές. Ένας δικαστής του Ηνωμένου Βασιλείου αποφάσισε εναντίον ενός αναισθησιολόγου επειδή δεν εφάρμοσε την πίεση του κροκοειδούς σε έναν ασθενή με αναρμόδια κήλη που είχε υποχωρήσει και είχε αναρροφήσει. Ο δικαστής υποστήριξε ότι «δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι αυτή η πίεση δεν είναι αποτελεσματική έως ότου διεξαχθούν δοκιμές, ειδικά επειδή αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της τεχνικής αναισθησίας που έχει συσχετιστεί με μειωμένο ποσοστό θνησιμότητας στη μητέρα από την αναρρόφηση από τη δεκαετία του 1960» (Bhatia et al. 2014). Ως εκ τούτου, μπορεί κανείς να πει ότι παρά την πίεση του κροκοειδούς που εισέρχεται στην ιατρική πρακτική με περιορισμένα στοιχεία και υποστηρίζεται μόνο από την κοινή λογική, παραμένει κάπως η πρακτική επιλογής (Bhatia et al., 2014).

Συνεπώς, είναι καιρός οι νοσηλευτές και οι γιατροί να υιοθετήσουν πρακτική βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία στο πλαίσιο του τμήματος έκτακτης ανάγκης και να αφήσουν την παραδοσιακή πρακτική να αποδειχθεί ότι προκαλούν περισσότερη βλάβη παρά καλό. Εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περαιτέρω πρακτική βασισμένη στην τεκμηρίωση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, για να διερευνηθεί η εγκυρότητα της έννοιας ότι η πίεση των κροκοειδών αποτρέπει την επανεμφάνιση.

Αναφορές

Bhatia N, Bhagat H & Sen I. (2014). Κροκοειδής πίεση: Πού βρισκόμαστε; J Anaesthesiol Clin Pharmacol, Τόμος 30 σελ. 3 - 6.

Ellis DY, Harris T & Zideman D. (2007). Κροκοειδής πίεση στο τμήμα έκτακτης ανάγκης τραχείας διασωλήνωσης ταχείας ακολουθίας: ανάλυση κινδύνου-οφέλους. Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών έκτακτης ανάγκης. Τόμος 50, σελ. 653 - 665.

Moore K & Lexington KY (2012). Οδηγίες πρακτικής βάσει τεκμηρίων για τη φροντίδα τραύματος. Εφημερίδα της νοσηλευτικής έκτακτης ανάγκης. Τόμος 38, σελ. 401-402.

Priebe HJ, (2005). Κοιλιακή πίεση: μια εναλλακτική άποψη. Elsevier. Γερμανία.

Stewart JC, Bhananker S, & Ramaiah R. (2014). Ταχεία διασωλήνωση και πίεση κρικοειδούς. J Crit Illn Inj Sci, τόμος 4, σελ. 42 - 49.

Trethewy CE, Burrows JM, Clausen D & Doherty SR (2012). Αποτελεσματικότητα της πίεσης κρικοειδούς στην πρόληψη της γαστρικής αναρρόφησης κατά τη διάρκεια της ταχείας διασωλήνωσης στο τμήμα έκτακτης ανάγκης: πρωτόκολλο μελέτης για μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή. BioMedCentral. Αυστραλία. Ανακτήθηκε στις 04 Αυγούστου 2016: <http://www.trialsjournal.com/content/13/1/17>

ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΜΕ ΤΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

e. Εγκαιρη ενδτραχειακή διασωληνωση θα πρεπει να αποφασιζεται όταν:

Εμμένουσα αναπνευστική δυσχέρεια ή και υποξυγοναιμία μετά από τη χορηγήση οξυγονοθεραπεία (αναπνευστική συχνότητα >30/min με δείκτη οξυγόνωσης <150mmHg)

f. Εφαρμόζεται προ-οξυγόνωση με χορήγηση μίγματος οξυγόνου 100% για 5 min. Καλύπτω το στόμα και την μύτη του αρρώστου με δύο στρώσεις βρεγμένης γάζας (προσοχή να μην πέφτει η γάζα μέσα στο στόμα), και αερίζω τον ασθενή με μάσκα ambu.

g. Τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να τοποθετηθούν σε ειδική πλαστική σακούλα και να αποσταλούν για αποστείρωση

h. Αφαίρεση των ΜΑΠ (θυμηθείτε τον κανόνα υγιεινής των χεριών)

IV. Φαρμακευτική αντιμετώπιση της λοίμωξης από SARS-CoV-2

a. Αντιική θεραπεία χορηγείται σε α) ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω ήπιας ή μέτριας βαρύτητας λοίμωξης από SARS-CoV-2 νόσο και εμφανίζουν παράγοντες κινδύνους (συνοσηρότητες) ικανούς να οδηγήσουν σε δυσμενή έκβαση και σε β) σοβαρή πνευμονία.

b. Προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα

Τα σκευασματα είναι:

- Plaquenil, 200 mg κάθε 12 ώρες για 5 ημέρες ή
- Aralen: πρώτη δόση 1g, δεύτερη δόση 500 mg, χορηγούμενη 6-8 ώρες μετά τη πρώτη δόση και επόμενες δόσεις 500 mg q24h (με έναρξη 24 ώρες μετά τη πρώτη δόση), για 3-5 ημέρες
- Λοπιναβίρη + ριτοναβίρη (Kaletra 200/50mg), 500 mg κάθε 12 ώρες για 15 ημέρες
- Νταρουναβίρη/κομπισιστάτη (Rezolsta), 800/150mg άπαξ ημερησίως (δεν είναι ξεκάθαρη η διάρκεια της θεραπείας αλλά προτείνεται η χορήγηση του για 15 ημέρες)
- Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί συνδυασμός χλωροκίνης με Λοπιναβίρη + ριτοναβίρη γιατί δρουν σε διαφορετικούς στόχους

c. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένα αποτελεσματική θεραπεία για την λοίμωξη SARS-CoV-2. Τα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα στηρίζονται σε in vitro δεδομένα δραστηριότητας αλλά τα κλινικά δεδομένα είναι περιορισμένα

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1) ΜΗΠΩΣ ΑΛΛΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΔΙΝΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΟΥΣ; ΚΑΙ ΑΛΛΗ ΣΤΟΥΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟΥΣ ;

2) ΜΗΠΩΣ ΚΑΝΟΥΝ ΚΑΤΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ; ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΛΟΥΝ ΔΥΟ ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΔΥΟ ΣΤΑΘΜΑ ;