



ORDIN  
mun. Chișinău

„26” 07 2011

Nr. 608

**Cu privire la modificarea și completarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii pediatri din secțiile de reanimare și terapie intensivă pediatrică „Resuscitarea cardio-respiratorie la sugar și copil”**

În scopul asigurării unui standard de calitate a actului medical, în vederea implementării prevederilor noului Ghid de resuscitare 2010 al Consiliului European de Resuscitare și în temeiul prevederilor Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.397 din 31 mai 2011,

**ORDON:**

1. Protocolul clinic standardizat pentru medicii pediatri din secțiile de reanimare și terapie intensivă pediatrică „Resuscitarea cardio-respiratorie la sugar și copil”, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 216 din 01.04.2010, se modifică și se completează după cum urmează:

1) Compartimentul C, caseta C.1, după aliniatul 3, se completează cu un nou alineat cu următorul conținut:

„Dat fiind faptul, că salvatorii laici nu pot fiabil determina prezența sau absența respirației, pulsului în mai puțin de 10 secunde la sugari sau copii, pentru stabilirea diagnosticului de stop cardiac și inițierea resuscitării este suficient de a aprecia semnele de viață: dacă victima este inconștientă; nu respiră normal; nu se mișcă; e cianotică sau palidă.

Deoarece ventilația rămâne o componentă foarte importantă a resuscitării în stopul asfixial, salvatorii care nu sunt capabili sau nu doresc de a oferi ventilația gură la gură ar trebui să fie încurajați să efectueze cel puțin compresia cutiei toracice.

Pentru diagnosticarea stopului cardiac personalul medical trebuie să determine semnele de viață și suplimentar pot să aprecieze pulsul, pentru a lua decizia de a începe sau a nu începe compresiunile toracice. Decizia de a începe resuscitarea trebuie să fie luată în mai puțin de 10 secunde, când frecvența pulsului este deja  $< 60/\text{min}$ ”.

2) La compartimentul C, caseta C.2, subpunctul 5 se completează cu două alineate cu următorul conținut:

a) „Siguranța și valoarea utilizării presiunii cricoide, în timpul intubației traheale nu este clară. Prin urmare, aplicarea presiunii cricoide ar trebui să fie modificată sau întreruptă dacă împiedică la ventilație sau la viteza și ușurința de intubație.”.

b) „Tulburările traheale cu manșon umflabil pot fi folosite în condiții de siguranță la sugari și copii mici”.

3) La compartimentul C, caseta C.2, punctul I:

a) poziția 6 devine poziția 9 și se expune în următoarea redacție: „Se administrează Epinefrină (Adrenalină) în doză 0,01 mg/kg i.v., 1:10000: 0,1 ml/kg, fiecare 3-5 min (după al 3-lea șoc)”;

b) poziția 10 se expune în următoarea redacție: „Amiodarona se indică în FV și în TV, după a III-a defibrilare (înainte de a IV-a), în doză de 5 mg/kg, diluată în soluție de glucoză 5%. A doua doză de Amiodaronă se va administra după al 5-lea soc, dacă mai persistă FV/TV. Nu se administrează prin tubul endotraheal!”;

c) în final se completează cu o nouă poziție, cu următorul conținut: „Defibrilarea automată externă (DAE) este sigură și de succes atunci când este utilizată în timp de 1,5-3 min de la instalarea stopului cardiac (ritm șocabil) la copii mai mari de un an. Dacă mașina de defibrilare conține atenuator de doză și padele mici de 4,5 cm se va efectua defibrilarea și la sugarii <10kg sau se vor folosi padele 8-12cm ca pentru adulți în poziție antero-posterioara (stern-spate). DAE pentru adulți nemodificată poate fi utilizată la copii mai mari de 1 an, cu condiția că padelele nu se vor atinge una de alta. Pentru a reduce timpul de absență a fluxului sangvin, în cazul în care se folosește un defibrilator manual, compresiunile cutiei toracice sunt continuate în timpul aplicării și încărcării DAE. Compresiunile cutiei toracice sunt întrerupte pe scurt timp o dată ce defibrilatorul este încărcat de a livra șocul. Strategia cu o singura doză de 4 J/kg (de preferință bifazică, dar este acceptabilă, de asemenea, și monofazică) este recomandată pentru defibrilare la copii”.

4) La compartimentul C, caseta C.2, punctul II, poziția 8, după sintagma „-Atropină - 0,02 mg/kg, doza minimă 0,1 mg/doză i.v.,” se completează cu următorul text: „Atropina în resuscitare nu este indicată de rutină, se administrează numai în cazul în care bradicardia a fost cauzată de stimulare vagală”;

5) La compartimentul C, caseta C.3, subpunctul 3) „Calea endotraheală” se exclude (medicamentele în resuscitare nu se mai administrează endotraheal).

6) La compartimentul C, caseta C.5 la final se completează cu o notă în următoarea redacție: „Notă: Monitorizarea bioxidului de carbon (CO<sub>2</sub>) expirat, în mod ideal prin capnografie, este utilă pentru confirmarea poziției corecte a tubului traheal și recomandată în timpul RCP pentru a ajuta la evaluarea și optimizarea calității. Odată ce circulația spontană este restabilită, oxigenul inspirat trebuie să fie titrat pentru a limita riscul de hiperoxemie).

7) La compartimentul C, caseta C.6 sintagma „În cazul asistoliei mai mult de 30 de minute,” se expune în următoarea redacție: „În cazul asistoliei mai mult de 20 de minute,”.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare vor organiza implementarea noilor prevederi ale Protocolului clinic standardizat pentru medicii pediatri din secțiile de reanimare și terapie intensivă pediatrică „Resuscitarea cardio-respiratorie la sugar și copil” în cadrul asistenței medicale acordate populației.

3. Centrul Național de Management în Sănătate va organiza plasarea ordinului pe pagina WEB a Ministerului Sănătății, la rubrica „Informații publice”.

4. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum.

Viceministru



Gheorghe ȚURCANU