

OBSTRUCCIÓ VIES RESPIRATÒRIES ALTES

Lluís Franques Domènech, Quim Ríos Sambernardo

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Segons grau d'obstrucció pot ser parcial (inquietud, tos, sibilants inspiratoris) o total (impossibilitat per parlar, respirar o tossir, i finalment inconsciència).

OBSTRUCCIÓ EN L'ADULT:

A) Obstrucció parcial: Existeix el perill de que evolucioni a completa en cas de manipulació

- Si respira cal animar-lo a seguir tossint.
- Si no es resol l'obstrucció però el malalt respira espontàniament i la saturació d'oxigen és adequada (tot i a costa de fer servir O₂ suplementari) es procedirà al trasllat del malalt alertant a l'hospital receptor.

B) Obstrucció severa:

Malalt conscient:

- Iniciar amb 5 cops a l'esquena: Cal retirar objectes o dentadura postissa no fixa de la boca. Ens situarem dempeus, una mica darrera de la víctima tot subjectant-la el pit i inclinant-la cap endavant. A continuació donarem 5 cops forts entre el omòplats amb la part baixa del palmell de la mà.
- Revalorar el malalt, si no millora iniciar 5 compressions abdominals (Maniobra d'Heimlich): Abraçarem per darrera a la víctima (haurà d'estar una mica inclinada cap endavant) posant el nostre puny sota el seu estèrnum i subjectant-lo amb l'altre mà. Empenyerem bruscament cap en dins i cap a dalt.

Malalt inconscient:

- Mentre preparem els instruments per accedir a la via aèria realitzarem 15 compressions toràciques per intentar expulsar el cos estrany. Cal fer servir la laringoscòpia. Si es visualitza el cos estrany s'intentarà extreure'l amb pinces de Magill.
- Si tot això falla i l'objecte queda per damunt de la glotis: Cricotiroidotomia per punció percutània. Si l'objecte no es veu per què queda per sota de la glotis caldrà introduir un tub endotraqueal per fer progressar el cos estrany fins el bronqui principal, després retirarem una mica el tub per poder hiperventilar l'altre pulmó connectant el tub a la bossa de ressuscitació.

OBSTRUCCIÓ EN EL NEN:

Malalt conscient:

1. Estimular-lo per tossir. Si no és efectiva es farà compressió abdominal amb maniobra d'Heimlich. Es tranquil·litzarà el nen traslladant-lo a l'hospital, en posició incorporada amb oxigenoteràpia i accés venós.

Malalt inconscient:

1. Examinar la boca i eliminar qualsevol cos estrany visible (es pot fer servir la laringoscòpia i les pinces de Magill). Està contraindicat l'examen bucal a cegues, l'extracció del cos estrany només es farà si és fàcil de veure i de treure.

2. Obrir la via aèria i comprovar si té ventilacions espontànies.

3. Si no ventila espontàniament, realitzar 5 insuflacions.

4. Si no s'aconsegueix ventilar fer 5 compresions abdominals: Posar el malalt en decúbit supí amb el cap girat i el reanimador a un costat o a sobre realitzarà cinc compresions abdominals cap amunt i cap a darrere posant el taló d'una mà a la línia mitja abdominal entre el melic i l'apòfisi xifoides i l'altre mà sobre el dors de la primera (Als nens majors d'un any també es poden fer compresions al tòrax com a la RCP).

5. Examinar novament la boca i veure si existeix un cos estrany, i treure'l si és possible.

6. Obrir la via aèria i veure si té ventilacions espontànies.

7. Si no ventila espontàniament, realitzar 5 insuflacions.

8. Si persisteix l'obstrucció repetir tota la seqüència anterior fins a solucionar el problema.

Es considerarà que l'obstrucció està solucionada quan aconseguim que entri aire amb les nostres insuflacions o el nen realitza ventilacions espontànies, moment en el que pararem les maniobres de desobstrucció. Si en qualsevol moment de la reanimació el malalt perd el pols central actuarem segons protocol de SVA.

OBSTRUCCIÓ EN EL LACTANT:

Examinar la boca i eliminar qualsevol cos estrany visible. Està contraindicat l'examen bucal a cegues, l'extracció del cos estrany només es farà si és fàcil de veure i de treure. Posar-lo en decúbit prono i el cap baix damunt de l'avantbraç del reanimador. Aquest ha de donar 5 cops interescapulars amb la part baixa del palmell de la mà. Després, si no es resol, cal donar-li la volta encara amb el cap baix i fer 5 compresions toràciques enèrgiques amb 2 o 3 dits. A continuació mirarem l'interior de la boca per intentar extraure l'objecte. Després procedirem a la hiperextensió del coll i obertura de la boca, seguides de 5 ventilacions amb mascareta de ventilació. Si el tòrax no s'aixeca: repetir el cicle anterior. Si tot falla: laringoscòpia per si es pot extreure el cos, cricotiroidotomia percutània per punció o progressió selectiva del cos amb tub endotraqueal. Cal alertar a l'hospital receptor.

Bibliografia

1. ERC Guidelines 2005 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Resuscitation* (2005) 67S, S1-S189.
2. Handley A.J. Recomendaciones 2000 del European Resuscitation Council para el soporte vital básico en adultos. *Med. Intens.* 2001; 25 (9) :348-350.
3. Moon R.E. Treatment of Diving Emergencies. *Crit Care Clin* 1999; 15 (2):429-450.
4. Walls R.M. Emergency Airway Management 2000. 143-152, 190-194.