



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Lipiec 2023 / nr 43



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA



Nasza pielęgniarka wyróżniona na forum międzynarodowym

Sylwia Juskiewicz, pielęgniarka Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, została uhonorowana międzynarodowym prestiżowym wyróżnieniem „Pielęgniarka o światowym wpływie” przez działające przy Organizacji Narodów Zjednoczonych Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek CICAMS.

Sylwia Juskiewicz została nagrodzona za całokształt swojej pracy w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym, a szczególnie za swoje wieloletnie zaangażowanie w pomoc Ukrainie. Jak podkreślają przedstawiciele Stowarzyszenia, Sylwia Juskiewicz udzielała pomocy medycznej na kijowskim Majdanie w roku 2014, a w minionym okresie wielokrotnie brała udział w transportowaniu z Ukrainy do Polski osób rannych w wyniku działań wojennych. Nasza pielęgniarka z sukcesami reprezentowała KPR podczas polskich i międzynarodowych zawodów w ratownictwie medycznym. Jest również

laureatką Nagrody błogosławionego Gerarda, przyznawanej przez Ministra Zdrowia osobom zasłużonym dla systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Tytuł „Najbardziej wpływowej pielęgniarki” nadawany jest od roku 2017 przez CICAMS – International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants, katolicką organizację pozarządową założoną w 1933 roku w Lourdes. Głównym celem wyróżnienia „Nurses with Global Impact” jest wspieranie i docenianie pracy pielęgniarek na całym świecie oraz prezentowanie pielęgniarek wykonujących niezwykłą pracę i ich projektów, które mają globalny wpływ na opiekę zdrowotną. Każdego roku w taki sposób wyróżnianych jest kilka osób wykonujących zawody medyczne.

Uroczystość wręczenia wyróżnień odbyła się 12 maja w siedzibie Organizacji Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku.

(red)





Odwiędziło nas ponad 300 osób!

Urodzinowy Dzień Otwarty

6 czerwca 2023 roku Krakowskie Pogotowie Ratunkowe obchodziło swoje 132. urodziny. Z tej okazji, po raz pierwszy po pandemii, zaprosiliśmy krakowskie dzieciaki do wspólnej zabawy i nauki.

Na pewno było przyjemnie, choć wcale nie było łatwo. Kluczowym elementem naszego Dnia Otwartego była gra terenowa, podczas której uczestnicy musieli odwiedzić kilka przygotowanych przez nas stacji, aby

zdobyć nagrodę. Każda ze stacji to była solidna dawka wiedzy!

Najpierw wszyscy uczestnicy poznawali podstawy działania systemu ratownictwa medycznego w Polsce, a także mogli dowiedzieć się o historii i kulisach pracy KPR. Kolejne stacje naszej gry obejmowały wizytę w karetkach pogotowia oraz – to było

najważniejsze! – naukę udzielania pierwszej pomocy.

Pokazywaliśmy, jak się zachować w sytuacji zagrożenia, jak prowadzić podstawową resuscytację krążeniowo-oddechową oraz jak posługiwać się AED, czyli automatycznym defibrylatorem zewnętrznym. Każdy z naszych gości musiał też przećwiczyć układanie poszkodowanego w pozycji bocznej bezpiecznej oraz opatrywanie ran i urazów.

(red)









Mistrzostwa Dolnego Śląska

Regionalne Mistrzostwa Dolnego Śląska w Ratownictwie Medycznym w Świdnicy odbyły się w dniach 17–19 maja 2023 r.

Organizatorzy przygotowali cztery zadania, w tym jedno nocne. W zawodach wy-

startowały 23 zespoły z całej Polski. Nasza załoga w składzie: Łukasz Greczek, Mateusz

Szetner, Klaudiusz Śmiga zajęła 11. miejsce, a zespół w składzie: Stanisław Bylina, Dariusz Perliński, Jakub Strug – 15. miejsce.

(red)



Fot. ze strony Powiatowego Pogotowia Ratunkowego w Świdnicy.



Fot. ze strony Powiatowego Pogotowia Ratunkowego w Świdnicy.

II Opolskie Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym

II Opolskie Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym odbyły się w dniach 29–31 maja 2023 r.

W zawodach wystartowały 22 drużyny z całej Polski. Do wykonania miały sześć zadań, w tym dwie konkurencje nocne.

Scenariusze zadań nocnych obejmowały m.in. zaopatrzenie pacjenta z urazami obu kończyn dolnych po upadku z drzewa

oraz chorego we wstrząsie kardiogennym. W ramach konkurencji dziennych zespoły musiały uratować postrzelonego policjanta,



ofiary wypadku skuterków wodnych, a także osobę z urazem głowy i zaburzeniami psychicznymi oraz wspinaczy, którzy utknęli na skałkach.

Nasz zespół w składzie: Jakub Mazur, Justyna Palmowska, Krzysztof Troczyński zajęli trzecie miejsce.

Zespół w składzie: Paweł Łukasiewicz,

Rafał Czulak, Dominik Kaleta zajęli 9. miejsce, a zespół: Karolina Choinka, Mateusz Wajda, Damian Wereszczak – 15. miejsce.

(red)





Mistrzostwa Warmii i Mazur

xviii Mistrzostwa Warmii i Mazur w Ratownictwie Medycznym Bartoszyce 2023 odbyły się w dniach 13–15 czerwca 2023 r.

27 zespołów miało do wykonania aż 10 zadań, w tym m.in. przypadek mężczyzny z poważnymi obrażeniami po upadku z drabiny, turysty z Niemiec z bólem brzucha

(był to tętniak rozwarstwiający aorty) czy też nieprzytomnego pacjenta po zatruciu jadem kiełbasianym. Ponieważ mistrzostwa odbywały się na Mazurach, wiele konkurencji związanych było z jeziorami, np. akcja ratunkowa po bijatyce w porcie jachtowym czy... medyczny escape room przygotowany na jachcie.

Nasza załoga w składzie Marek Grabowski, Hubert Gawlas, Marcin Kołata zajęła 4. miejsce, zespół: Maciej Ćwik, Michał Proszowiec, Maciej Rybka – 19. miejsce, a załoga w składzie: Damian Dudziak, Mieszko Jaglarz, Jakub Marciszewski – 24. pozycję.

(red)





Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym JURA 2023

Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym JURA 2023 odbyły się w dniach 20–22 czerwca 2023 r.

Organizator – Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu przygotowało cztery zadania dzienne oraz dwa nocne. Scenariusze obejmowały m.in. ewakuację pacjenta

wymagającego intensywnej terapii ze szpitala, w którym doszło do ataku terrorystycznego, zaopatrzenie przygniecionego przez odłamek skały turysty czy akcję resuscytacyjną dziecka, które doznało poważnego urazu na basenie. Jedną z nocnych konkurencji zorganizowana została w ciekawym miejscu – zamku w Ogródzieńcu.

W zawodach udział wzięło 27 załóg z całej Polski. Nasz zespół w składzie: Antoni Gołębiowski, Tomasz Seweryn, Tomasz Sołek zajął 5. miejsce i zakwalifikował się do tegorocznych Mistrzostw Polski, a zespół: Rafał Czulał, Dominik Kaleta i Paweł Łukasiewicz uplasował się na 12. pozycji.

(red)



Najnowsze wytyczne postępowania w udarze mózgu

Liczy się czas.

Ale będziemy mieć nawet 24 godziny

W ciągu jednej minuty u pacjenta udarowego obumierają dwa miliony komórek nerwowych. Walczymy nie tylko o życie, ale też o sprawność pacjenta, o komfort funkcjonowania jego i jego rodziny. Udar jest w Polsce główną przyczyną niepełnosprawności osób dorosłych, a około połowa pacjentów, którzy przeżyją udar mózgu, pozostaje trwale niepełnosprawna i wymaga wsparcia w codziennych czynnościach. Trzeba się więc bardzo spieszyć, ale też możemy dostać więcej czasu.

Czas liczy się nie tylko ze względu na ratowanie życia, ale na ratowanie dalszego funkcjonowania całej grupy osób: pacjenta, jego bliskich, jego współpracowników czy pracowników jego firmy. Nadal należy się więc bardzo spieszyć, ale też znacząco wydłużyło się okno terapeutyczne i szanse na podjęcie leczenia ma obecnie ogromna grupa pacjentów. **Według najnowszych wskazań, leczenie trombolityczne można podjąć już nie do 4,5 godziny, ale do 9 (sic!) godzin, a czas na trombektomię mechaniczną wydłużył się z 6 godzin do nawet 24 godzin!** Nawet więc jeśli z wywiadu wynika, że od objawów udaru minęło już sporo czasu, to zawsze należy myśleć o możliwości podjęcia leczenia reperfuzyjnego. Takie możliwości wydłużenia okna terapeutycznego

dostępne są na razie w niektórych wyspecjalizowanych placówkach, m.in. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Jest to zależne od posiadania nowoczesnej aparatury diagnostycznej do badania TK perfuzji mózgowej – w większości województw są już takie ośrodki.

Udar mózgu w znaczącej większości (90 proc. przypadków) ma przyczynę niedokrwinną – okłuzję naczyń mózgowego, w pozostałych 10 proc. ma charakter krwotoczny.

Problemy diagnostyczne i wątpliwości co do dalszego postępowania mogą się pojawić u pacjentów z zatorom tętnicy środkowej siatkówki (nagła utrata wzroku) oraz u chorych z TIA, czyli przemijającym napadem niedokrwinnym. Obydwie sytu-

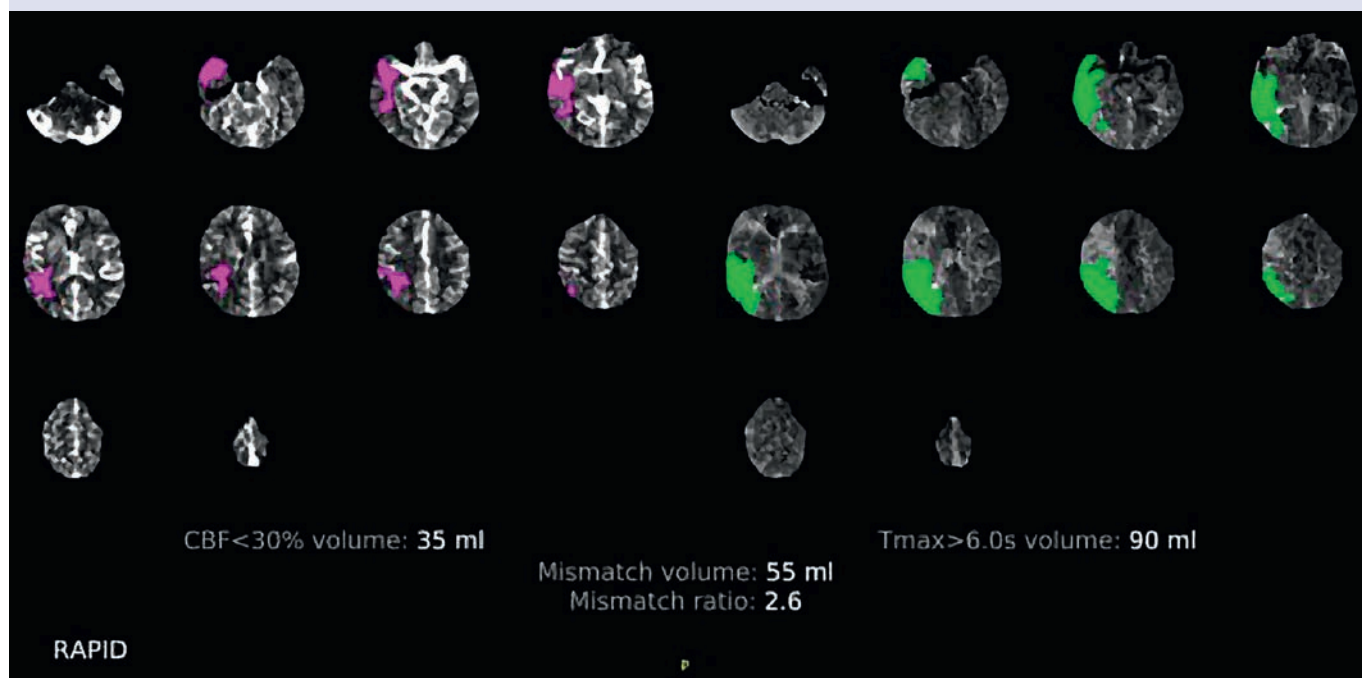
acje należy traktować poważnie i pacjent musi trafić do oddziału udarowego. Zator tętnicy środkowej siatkówki również jest udarem mózgu i wymaga takiego samego postępowania. Pacjentom z TIA natomiast zagraża wystąpienie pełnego już udaru mózgu w najbliższym czasie i powinni oni zostać diagnozowani w warunkach szpitalnych.

Podstawowym elementem udanej terapii udaru jest jego szybkie rozpoznanie. Niestety, objawy bardzo często bywają tak dyskretne, że są lekceważone przez samego pacjenta i jego otoczenie. Zdarzają się wielogodzinne opóźnienia z wezwaniem pomocy, ponieważ chorzy „czekają, aż im przejdzie”. Stąd istotne jest upowszechnianie wiedzy na temat udaru mózgu i sygnałów, które mogą na niego wskazywać.

Walczymy o penumbry

Penumbra – „strefa półcienia”, to obszar tkanki mózgowej, który uległ niedokrwieniu w wyniku udaru, ale komórki nerwowe są w nim nadal żywe i po udrożnieniu naczynia mogą podjąć fizjologiczną czynność. Ten obszar potencjalnego odwracalnego niedokrwienia zmniejsza się z każdą minutą. Obszar penumbry można uwidocznnić podczas badania TK perfuzji mózgu.

Przykładowa ilustracja. W badaniu perfuzyjnym uwidocznione jest ognisko martwicy o objętości 35 ml (kolor **fioletowy**) oraz obszar zagrożony niedokrwieniem o objętości 90 ml (kolor **zielony**). Wielkość penumbry można ocenić na 55 ml.



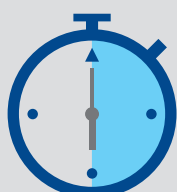
WYTYCZNE LECZENIA REPERFUZYJNEGO

KIEDYŚ...

leczenie trombolityczne
DO 4,5 GODZINY



trombektomia mechaniczna
DO 6 GODZIN

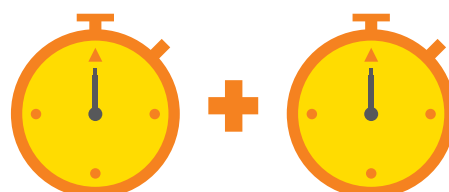


DZISIAJ!

leczenie trombolityczne
NAWET DO 9 GODZIN



trombektomia mechaniczna
NAWET DO 24 GODZIN



Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z roku 2019, postępowanie z chorym zaczyna się już na etapie przedszpitalnym. Członkowie zespołów ratownictwa medycznego odpowiedzialni są za:

- › zebranie wywiadu od pacjenta i/lub jego rodziny
- › udzielenie pierwszej pomocy medycznej
- › wstępną selekcję pacjentów do rodzaju postępowania terapeutycznego
- › kontakt telefoniczny z dyżurnym lekarzem neurologiem właściwego oddziału udarowego (OU) lub dyspozytorem
- › Czas od momentu przyjazdu ZRM na miejsce do rozpoczęcia transportu do OU powinien być jak najkrótszy i w większości przypadków nie powinien przekraczać 15 minut.

Działania ZRM na miejscu zdarzenia:

- › ocena podstawowych funkcji życiowych (tętno, oddech, ciśnienie tętnicze), pomiar glikemii
- › zapewnienie dostępu żylnego – najlepiej dwa wenflony
- › wstępna ocena neurologiczna (FAST; BEFAST – polecana)
- › zebranie dokładnej informacji dotyczącej czasu wystąpienia objawów udaru lub momentu, kiedy pacjent był po raz ostatni widziany sprawny/bez objawów
- › zebranie danych na temat przyjmowanych leków, a w szczególności antykoagulantów z dawką i godziną przyjęcia ostatniej dawki. Istotne są też

inne zażywane leki: przeciwplatekcyjne (aspiryna, kłopidogrel, ticagrelor, prasugrel), przeciwpadaczkowe, przeciwnadciśnieniowe, przeciwcukrzycowe, antykoncepcja

- › krótki wywiad w kierunku przebytych i współistniejących chorób, w szczególności zaburzeń krzepnięcia, przebyty udar, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, nowotwór, uraz, upadek, zabiegi chirurgiczne, krwotoki, ciąża, poślóg
- › określenie funkcjonowania i stopnia niezależności przed udarem: samodzielny, chodzący, leżący, niesamodzielny
- › uzyskanie telefonicznych danych kontaktowych do rodziny lub opiekuna.

W diagnostyce różnicowej bierzemy pod uwagę:

- › guz mózgu
- › krwaki nadtwardówkowy
- › migrenę z aurą
- › zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych/mózgu
- › stan po napadzie padaczkowym
- › encefalopatię nadciśnieniową
- › hipoglikemię
- › zatrucie alkoholowe
- › zaburzenia metaboliczne
- › zatrucie lekami/użycie środków psychoaktywnych
- › zaburzenia metaboliczne
- › obwodowe porażenie nerwu twarzonego

B E F A S T

BALANCE

Zaburzenia równowagi, koordynacji, zawroty głowy. Próby: palec do nosa, pięta do kolana

EYES

Zaburzenia ruchomości gałek ocznych, bezbolesna utrata widzenia, podwójne widzenie, zamazany obraz.

FACE

Czy wygląd twarzy się zmienił: asymetria, opadnięcie kącika ust, wygięcie fałdu nosowo-wargowego. Poproś o uśmiech, wyszczerzenie zębów

ARM

Poproś o uniesienie obu kończyn górnych/dolnych. Osoba chora nie będzie w stanie tego zrobić, lub uniesie kończynę tylko częściowo. Uniesiona kończyna opada.

SPEECH

Afazja, niewyraźna mowa, trudności w rozumieniu. Zadaj proste pytania o nazwisko, wiek, aktualną datę.

TIME

Dowiedz się szczegółowo o czas wystąpienia objawów lub ostatni moment, gdy chory był sprawny/bez objawów

W trakcie transportu w karetce

- > monitorowanie czynności życiowych pacjenta
- > skuteczne natlenienie i wentylacja
- > nawet przy bardzo wysokim ciśnieniu tętniczym nie należy podawać leków obniżających ciśnienie, ewentualnie po konsultacji z lekarzem OU

Dokąd jechać?

Pacjent z udarem mózgu ma bezwzględnie zostać przewieziony do najbliższego pod względem czasu dotarcia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Oddziałem Udarowym.

Co się dzieje w szpitalu?

Idealnym rozwiązaniem jest transport bezpośrednio do pracowni tomografii komputerowej i rozpoczęcie leczenia jeszcze w tomografie, jeśli są wskazania i jest to możliwe. Czas *door to needle* (drzwi-igła) powinien być jak najkrótszy – to już nie jest „złota godzina”, ale najwyżej 10-15 minut. Jednym z czynników, jakie skracają czas *door to needle* jest wstępne powiadomienie placówki przez ZRM z jadącego ambulansu, podanie najważniejszych informacji z wy-

wiadu i badania oraz uzgodnienie procedury przyjęcia pacjenta.

Karetki udarowe

Mobilne zespoły udarowe (*Mobile Stroke Unit*) to wyspecjalizowane zespoły, które funkcjonują m.in. w Niemczech czy Stanach Zjednoczonych. Wykorzystują przystosowane do tego celu ambulanse, wyposażone m.in. w tomograf i mini-laboratorium. Badania wykazały, że MSU znacząco poprawiają rokowania pacjentów, szczególnie jeśli chodzi o ograniczenie ubytków neurologicznych. Jest to jednak rozwiązanie bardzo kosztowne, choć prawdopodobnie jednak tańsze od długoterminowej rehabilitacji i opieki nad pacjentami po udarach.

Lek. med. Paweł Wrona z Oddziału Udarowego Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie:

Jesteśmy jednym zespołem, który walczy we wspólnej sprawie, jaką jest nie tylko życie, ale też sprawność naszych pacjentów. Udar mózgu jest sytuacją zagrożenia życia i zdrowia i żaden oddział udarowy, jeśli tylko ma sprawny tomograf i posiada leki, nie ma prawa odmówić przyjęcia chorego. Wiem, że zdarzają się odmowy ze względu

na brak miejsc, ale tutaj liczy się dosłownie każda minuta. Należy więc pacjenta przyjąć, przeprowadzić diagnostykę i leczenie w fazie ostrej, a potem można, już na spokojnie, poszukać miejsca na dalszą hospitalizację.

Pacjentów z udarem mózgu będzie przybywać, a spośród nich u ponad połowy konsekwencją choroby będzie niesprawność wymagająca częściowej pomocy lub całkowitej opieki drugiej osoby. Obecnie mamy znacząco wydłużone okno terapeutyczne i możemy wiele osób uratować przed niepełnosprawnością, a ich rodziny przed życiowym dramatem. Pamiętajmy również, że nie ma grup pacjentów, które wykluczamy z podjęcia terapii. Ani bardzo podeszły wiek (ponad 90 lat), ani aktywna choroba nowotworowa nie są przeciwwskazaniami do leczenia trombolitycznego czy trombektomii.

Materiał powstał w oparciu o szkolenie, prowadzone przez lek. med. Pawła Wronę, zorganizowane przez Szkołę Ratownictwa Medycznego KPR przy współpracy z Inicjatywą Angels (www.angels-initiative.com), która działa na rzecz poprawy jakości leczenia pacjentów z udarem.

(red)