



## ASISTENȚĂ MEDICALĂ GENERALĂ NURSING ÎN ATI ȘI URGENȚE CHIRURGICALE

### Nursingul general in urgențele chirurgicale

#### **Date specifice nursing-ului chirurgical**

Nursingul chirurgical este centrat pe intervenția chirurgicală. Asistentul medical asigură identificarea, supravegherea, și îngrijirea pacientului înainte, în timpul, și după intervenția chirurgicală.

Specialitățile chirurgicale (chirurgie generală, ortopedie și traumatologie, urologie, neurochirurgie, chirurgie toraco-pulmonară, chirurgie cardiacă, chirurgie vasculară, chirurgie oncologică, chirurgie viscerală, obstetrică și ginecologie, chirurgie plastică și reparatorie, etc.) presupun un nivel mai ridicat al îngrijirilor prin natura bolilor care necesită tratamentul chirurgical, dar și al complexității îngrijirii.

#### *PREGATIREA PREOPERATORIE*

##### **1. Pregătirea psihică**

La pacientul internat în spital poate apărea afectare psihică în diverse grade sau afecțiunile psihice preexistente se adâncesc.

Asistentul prin apropierea de pacient și crearea unui climat familial în salon asigură condiții de mediu care să protejeze bolnavul:

- pe măsura cunoașterii diagnosticului și intervenției programate, asistentul discută și informează pacientul și aparținătorii, reasigurându-i în legătură cu reușita tratamentului;

- pacientul află noțiuni despre boală, tratament, beneficiile și limitele intervenției chirurgicale

- asistentul obține consimțământul informat pentru procedurile care le efectuează autonom<sup>1</sup>

**2. Explorarea** preoperatorie a pacientului cu stabilirea diagnosticului, și bilanțul general, se face clinic (examenul general, și ex. local), și paraclinic:

Din examenul clinic general, asistentul medical urmărește:

- temperatura cutanată (zilnic la 12 ore interval)
- pulsul
- TA
- frecvența respiratorie
- diureza

---

<sup>1</sup> Nu se referă la Acordul Informat general pentru efectuarea tratamentului în spital, ci doar la acele proceduri efectuate la pacienți la domiciliu, la indicația / prescripția medicului (ex: pansamente la domiciliu sau tratamente injectabile, etc.)

- tranzitul intestinal

Explorările paraclinice cuprind examinările “obligatorii”, și specifice, “Standardul chirurgical” pentru Romania, deși nu este acceptat pentru toți pacienții și orice diagnostic, are o valoare orientativă, didactică:

- hemoleucograma
- glicemie
- uree (creatinina)
- GOT/ GPT
- TS, TC, sau INR
- ex sumar de urina
- EKG
- Rx pulmonar

Investigațiile paraclinice specifice sunt legate de fiecare diagnostic în parte.

Asistentul pregătește bolnavul pentru explorări, plasează cateterele iv, recoltează produsele biologice pentru analize.

N.B. În anumite situații medicul poate indica investigații suplimentare sau la nivelul secției există un standard personalizat care poate include și alte analize.

### 3. **Riscul anestezic-chirurgical<sup>ii</sup>**

*S-au formulat o serie de scale de cuantificare a acestui risc. Deși nici una nu poate include toți factorii de risc, aceste scale sunt practic benefice, ajutând chirurgul să aleagă tehnica cea mai adecvată cazului, și anestezistul schema anestezică optimă. Școala românească a adoptat scala elaborată de Spitalul de Urgență din București, ce ia în considerare în principal starea pacientului și amplitudinea intervenției:*

- bolnav viguros (fără boli asociate)	1
- bolnav compensat (cu afecțiuni compensate)	2
- bolnav decompensat	3
- muribund	4
- op. mica	1
- op. medie	2
- op. mare	3
- reintervenție imediată	4
- op. în urgență	1
- vârstă extremă (<1an și >65ani)	1
	total 10 puncte

*\* La pacienții cu afecțiuni cardiovasculare este recomandabilă evaluarea cu ajutorul scalei elaborate de asociația cardiologilor americani:*

*risc 1: pacienții care pot efectua activitate obișnuită fără dispnee*

*risc 2: dispnee la eforturi obișnuite*

*risc 3: dispnee la eforturi mici*

*risc 4: dispnee de repaus*

*Pacienții cu risc cardiac 3 pot fi operați numai cu indicație chirurgicală vitală, iar cei cu risc 4 au contraindicație pentru intervenție chirurgicală.*

### 4. **Alimentația pre operator**

În funcție de natura afecțiunii chirurgicale și bolile asociate, se stabilesc regimul alimentar

(tipul, ritmul, caloriile, principiile nutritive). Regimul comun este suficient caloric, ușor, evită deshidratarea. Trebuie să aveți în vedere că alimentația nu este și nu poate să se ridice la nivelul calitativ al unui restaurant, dar totodată trebuie să fie de o calitate bună.

Asistentul supraveghează asigurarea alimentației și se asigură că condițiile de servire a mesei sunt corecte:

- toaleta minimă înainte și după servirea mesei, inclusiv toaleta cavității bucale;
- pacienții au la îndemână farfurii, tacâmuri, șervețele;
- alimentele sunt porționate corect;
- pacienții care au dificultăți în a se alimenta sunt asistați de infirmieră sau gospodină;

Una din sarcinile importante este respectarea postului alimentar pre operator, de 12 ore pentru solide și 3-6 ore pentru lichide<sup>2</sup>.

## **5. Reechilibrarea biologică**

Se aplica la bolnavii cu dezechilibre volumice, proteice, ionice, anemie, etc.

Pacienți pot avea cele mai variate dezechilibre, pot fi obezi pot fi cașectici (cu neoplasm, stenoza pilorică), bătrâni.

Afecțiunile septice pot agrava boli cronice preexistente: diabet, insuficiența renală cronică (IRC) sau acută (IRA), insuficiența cardiacă, etc., inducând dezechilibrele sunt adesea mixte, crescând riscul operator.

Reechilibrarea biologică poate aduce pacientul într-o condiție acceptabilă pentru a putea face față agresiunii anestezic-chirurgicale.

Metode de reechilibrare fac parte din planul de tratament prescris de medicul curant și includ: transfuzia, administrarea de masă eritocitară, hidrolizat de proteine, albumina umană, plasma, compensarea diabetului prin regim alimentar și medicație specifică (insulina) etc

## **6. Aseptizarea cavităților naturale**

În cazul intervențiilor cu interesarea cavităților naturale, este necesară aseptizarea preoperatorie, care are rolul de a reduce încărcătura microbiană.

- spălături vaginale de 2x /zi în afecțiunile ginecologice
- aspirație gastrică în ocluzia intestinală, hemoragie digestivă superioară (HDS), vărsături incoercibile, pancreatită acută
- clisma, dezinfectante intestinale în afecțiunile colonului

Asistentul monitorizează pacientul în această perioadă, evaluând starea de sănătate corespunzătoare pentru procedura.

## **7. Pregătirea din preția intervenției, și imediat pre operator**

- clisma evacuatorie seara, pentru operațiile asupra tubului digestiv, și operațiile cu anestezie îndelungată sau cele ce pot fi urmate de ileus dinamic;
- după ora 22 nu mai ingeră nici lichide (pericol de vărsătura în momentul anesteziei)
- toaleta (baie) generală, inclusiv duș și toaleta atentă a cavității bucale
- sedative la culcare (conform standardului secției)
- preanestezie 30 min pre operator (ex. mialgin + atropina, fentanyl + midazolam)
- scoaterea protezei dentare
- micțiunea
- îndepărtarea părului din zonei de intervenție cu aparat de tuns electric (nu se folosește lama de ras sau brici);

---

<sup>2</sup> În funcție de obiceiul local

- transportul la sala de operație, cu targa sau căruciorul<sup>3</sup>;
- poziționarea pe masa de operație într-o poziție care să îmbine confortul pacientului cu rigorile anestezice: fixarea membrelor inferioare, montarea tensiometrului, perfuziei i.v., pulsoximetrului;
- pregătiri speciale: cateter venos central, arterial, sonda vezicala, fașă elastică gambieră
- toaleta câmpului operator, aseptizarea prin badijonare (derivați iodați, derivați de alcool izopropilic, clorhexidina).

### *INGRIJIRILE INTRAOPERATORII*

Sunt complexe, multidisciplinare, pacientul fiind îngrijit de echipa chirurgicală, și cea anestezică. Înaintea anesteziei se practică premedicația, în scopul facilitării inducției anesteziei propriu-zise, și trezirii. Prin aceasta se obține :

- diminuarea anxietății (“injecția de încurajare”)
- potențarea anesteziei
- reducerea secrețiilor cailor aeriice
- suprimarea grețurilor și vărsăturilor
- împiedicarea anumitor reflexe (ex. aritmii cardiace declanșate de stimuli proveniți din trahee, torace, abdomen, sau de la substanțele volatile)

După preanestezie pacientul trebuie să fie somnolent, dar conștient și cooperant. Se utilizează analgezice (mialgin, fentanyl); sedative, anxiolitice, hipnotice (midazolam); anti colinergice (atropina).

Anestezia generală, prin intubație oro-traheală, asigură cele 4 deziderate clasice ale anesteziei:

- analgezia
- hipnoza
- relaxarea musculară (ce permite efectuarea procedurilor chirurgicale)
- protecția anti-șoc și vegetativă.

**Funcțiile vitale** sunt monitorizate și menținute în parametrii optimi:

*Funcția respiratorie:* se măsoară și controlează:

- presiunile și volumul de insuflare,
- frecvența respiratorie,
- gazele respiratorii (O<sub>2</sub> și CO<sub>2</sub>) insuflăte și la expir,
- saturația în oxigen a hemoglobinei (pulsoximetru)

*Funcția cardiacă* se determină:

- tensiunea arterială, pulsul,
- EKS,
- presiunea venoasă centrală (PVC);

*Funcția de excreție* se monitorizează prin sondaj vezical:

- se apreciază diureza orară (minim 0,7 ml/kc/oră) ;

*Se mai controlează:*

- colorația tegumentelor și a sângelui din plaga,

---

<sup>3</sup> În principiu orice deplasare a pacientului în interiorul spitalului se face însoți de personal medical și numai cu cărucior sau targă - nu se deplasează bolnavul în picioare datorită riscului de lipotimie asociat emotivității sau premedicației.

- turgescența jugulară, dimensiunile pupilei,
- funcționalitatea perfuziei,
- recoltarea de analize de sânge intra operator, conform planului stabilit de medicul anestezișt sau ori de câte ori este nevoie.
- administrarea de lichide volemice, sânge, conform indicațiilor medicului (din FO anestezie)
- administrarea drogurilor anestezice conform indicațiilor medicului;
- post operator pregătesc pacientul și îl conduc către salonul de trezire.

Asistenții de chirurgie din blocul operator sunt asistenți instrumentari, și “circulating nurses”. Asistenții instrumentari intra în operație și, în esență, asistă medicul chirurg cu instrumentarul, și materialele sanitare necesare. Se impun cunoștințe privind procedurile chirurgicale, astfel încât să poată anticipa cerințele medicului. Sarcini:

- pre operator, pregătesc și verifică instrumentele chirurgicale;
- supraveghează respectarea regulilor de asepsie și antisepsie din câmpul operator;
- în cursul intervenției păstrează sterile instrumentele și materialele (și le cuantifică), cât și suprafața de lucru

Printr-o calificare suplimentară, asistentul instrumentar devine ajutor autorizat pentru chirurgul operator.

Asistentul din blocul operator (“circulating nurse”):

- trebuie să cunoască modul de utilizare al dispozitivelor pe care le aduce, și le desface fără a le desteriliza
- asigură păstrarea curățeniei, și evitarea contaminării în sala de operație, respectarea echipamentelor și circuitelor de deplăsare.

### *INGRIJIRILE POSTOPERATORII*

După intervenția chirurgicală pacientul este transportat de la masa de operație la pat cu targa, bine acoperit. După anestezie generală și de conducere (rahiianestezie, anestezie peridurală) este necesară supravegherea atentă până la trezire.

Îngrijirile postoperatorii se pot împărți în trei faze:

- faza de trezire,
- faza de îngrijiri imediate,
- perioada intermediară.

**Faza de trezire** pacientul este de regulă așezat în decubit dorsal cu capul într-o parte, se aspiră traheea și se administrează oxigen pe mască până la trezire.

Mandibula este menținută manual, sau se montează o pipă Guedel care-l ferește de pericolul “înghițirii” limbii.

În mod excepțional, poziția poate fi în decubit ventral Trendelenburg, decubit lateral, poziție semișezândă Fowler conform indicației medicului.

Este supravegheat în sala de trezire 2-4 ore, până când semnele vitale redevin stabile, apoi în salon sau în unitatea de îngrijiri intensive (reanimare și terapie intensivă - ATI).

Cauze de morbiditate și mortalitate postoperatorie imediată sunt:

- insuficiența respiratorie acută
- insuficiența cardio-vasculară ac

Echipa de anestezie are responsabilitatea urmării stării generale a bolnavului, iar cea chirurgicală plaga operatorie și consecințele directe. Se monitorizează semnele vitale: TA, puls, EKS, frecvența respiratorie, oxigenarea (SaO<sub>2</sub>), la intervale de 15 - 30 min, până la stabilizarea acestora.

Pot apărea incidente imediate:

- vărsături post anestezice - supraveghere și poziționare a capului pentru a preveni aspirația;
- agitație anormală - se evaluează cauzele și administrează sedative la indicația medicului;
- durere intensă la nivelul plăgii chirurgicale – antalgice
- retenție de urină - se evacuează prin sonda uretrală
- sughitul - datorită iritației nervului frenic
- frison – se combate prin încălzire, de asemenea încălzirea lichidelor de perfuzie,

**In faza de îngrijiri imediate**, în următoarele ore, din ziua intervenției, se urmăresc o serie de măsuri:

- Poziționarea în pat, mobilizarea. Pacientul se poziționează în decubit dorsal și se mobilizează activ (sau pasiv) la fiecare 1-2-3 ore. La indicația medicului curant se poate poziționa în poziții speciale (Fowler, Trendelenburg, șezând, etc.)
- Îngrijirile respiratorii. Inițial este încurajat să respire spontan, apoi este stimulat să respire profund. Mobilizarea în continuare 8-12 ore previne atelectazia pulmonară. Poziția Fowler (torace ridicat la 30 grade) favorizează ventilația amplă. Se pot face exerciții de ventilație (fie cu spirometre special adaptate fie pur și simplu făcând exerciții de umflare a unui balon).
- Funcția renală și vezicală. Cateterul vezical permite măsurarea precisă a diurezei; în cazul micțiunii spontane aceasta se produce de regulă la 6 - 8 ore post operator. Trebuie avut în vedere că un cateter urinar montat intra operator va fi, de regulă, menținut 12-24 ore pentru o îngrijire ușoară și confortul pacientului. Cateterul va fi suprimat cât mai curând după operație.
- Echilibrul hidro-electrolitic. După anestezia generală repausul oral este de regulă 6-8 ore, apoi se pot administra lichide pe cale orală. Se face bilanțul “intrări / ieșiri”.
- Drenajele. Se verifică sistemul de drenaj, funcționalitatea; cantitatea și calitatea lichidelor exteriorizate și se notează în FOCG.
- Medicamente. Se administrează tratament simptomatic:
  - antalgice +/- sedative,
  - antiemetice,
  - antibiotice,
  - anticoagulante etc.
  - Reluarea tratamentului pre operator, pentru bolile cronice asociate
- Laborator. În funcție de caz, se fac analize de sânge (hemograma, biochimie), examene radiologice.

**Perioada intermediară** este în continuare pe durata spitalizării. Obișnuit, pacientul recuperează cea mai mare parte a funcțiilor de bază, devine capabil să presteze diferite

activități care-i permit să părăsească spitalul.

În această fază, în funcție de severitatea afecțiunilor, a intensității actului chirurgical, a gravității afecțiunilor asociate este necesară intervenția complexă a unei echipe multidisciplinare, formată din asistentul medical, infirmieră și kinetoterapeut.

*Durerea postoperatorie* spontană durează de regulă 24 ore; dacă persistă sau reapare poate semnifica o complicație inflamatorie locală (vezi cursul de Nursing – durerea).

*Îngrijirea plăgii operatorii și urmărirea drenajelor.* (vezi cursul Nursing – nursingul plăgilor)

*Mobilizarea precoce* se face pasiv și activ în pat, iar apoi cât mai precoce pacientul este așezat în șezut pe marginea patului, iar apoi în ortostatism. Profilul secției chirurgicale, gravitatea cazurilor, amploarea intervențiilor chirurgicale dictează necesitatea existenței unui kinetoterapeut, care are rolul de a mobiliza precoce pacienții, asistat de restul personalului.

Mobilizarea precoce previne complicațiile asociate imobilizării: atelectazia și pneumonia, tromboza venoasă profundă, retenția de urină, hipotensiunea ortostatică, scăderea debitului cardiac, scăderea tonusului muscular, depresia, balanța negativă a nitrogenului, scăderea sensibilității tisulare la insulină, escara de decubit, și grăbește reluarea tranzitului intestinal.

Mobilizarea trebuie precedată de administrarea de analgezice, combinație care reduce suferința pacientului și crește eficiența terapiei.

*Îngrijirile pulmonare.* După o intervenție chirurgicală ai anestezia generală, în mod fiziologic apare un grad de edem pulmonar și scăderea capacității vitale (CV). După o operație abdominală majoră, CV poate scădea până la 40 - 50 % din valoarea inițială pentru un interval 12 – 14 ore. Apoi crește progresiv, ajungând la 60 - 70 % în 7 zile, și revine la valoarea inițială în aprox. 14 zile. Modificările acestea sunt mai greu de suportat de către vârstnici, obezi, mari fumători, sau pacienții cu afecțiuni pulmonare preexistente, unde rezerva funcțională este limitată<sup>4</sup> și orice scădere a CV poate atrage apariția unei insuficiențe respiratorii acute.

Inițial ventilația pulmonară este afectată datorită modului de a respira, cu inspir și expir superficial. Contribuie anestezia, narcoticele, și distensia abdominală (limitează cursa diafragmului), durerea care produce contractură. Alveolele încep să se colabeze și apare atelectazia pulmonară; dacă nu este combătută în scurt timp alveolele care nu mai sunt ventilate permit dezvoltarea florei microbiene și bronhopneumonia.

Nursingul constă în trezirea precoce, și încurajarea pacientului să respire profund, urmate de mobilizare precoce, poziționare (Fowler), tapotaj, exerciții de ventilație.

*Echilibrul hidro-electrolitic.* Menținerea unei perfuzii tisulare normale va favoriza vindecarea precoce. Principii:

- administrarea cantităților necesare pentru menținerea constantelor biologice;
- suplimentare în raport cu factori sistemici (febra, tahipnee, etc.);

---

<sup>4</sup> În mod curent noi folosim 30-40% din întreaga capacitate ventilatorie și, ca atare, o scădere cu 40-50% poate fi suportată ușor de un pacient cu funcție respiratorie indemnă; cu înaintarea în vârstă, fumat, afecțiuni pulmonare cronice apare fibroza pulmonară, obezitatea produce restricția mișcărilor diafragmatice, ceea ce reduce rezerva funcțională.

- monitorizarea pierderilor prin drenuri, plăgi;
- înlocuirea pierderilor din spațiul al III-lea (edem, ileus, în retro peritoneu)

Necesarul hidric la adult este de 1500 – 2500 ml / 24 ore, în funcție de vârsta, sex, greutate (G) și suprafața corporală; se poate aproxima necesarul de hidratare zilnică ca fiind egal cu 30 ml/ kg corp/ zi (de ex., la o greutate de 70 kg, necesarul este de  $70 \times 30 = 2100\text{ml} / 24 \text{ ore}$ ). Valorile cresc în caz de febra, hiperventilație, etc. și se ajustează în funcție de bilanțul hidric.

La pacienții care necesită perfuzie i.v. (*ser fiziologic*) pentru o perioadă scurtă (marea majoritate), nu este necesar bilanțul electrolitic. La cei cu pierderi suplimentare, sepsis, dezechilibre preexistente, devine necesară evaluarea biologică și bilanțul intrări / ieșiri.

*Nutriția bolnavului chirurgical.*

Principii:

Consumul caloric la adult bărbat în repaus este de 21-30 kcal/kg corp/zi, mai scăzut la femei, vârstnici, și mai crescut la copii;

- stările infecțioase grave cresc necesitățile cu 5 – 8 %, peritonita cu 20 – 40 %,
- fracturile importante ale oaselor lungi cu 10 – 25 %,
- arsurile grave cu 40 - 100% .

Necesarul caloric non proteic e acoperit de glucoza 10% și soluții lipidice (obișnuit glucidele asigură 40% iar lipidele 60%). Necesarul de proteine al adultului tânăr este de 0,54g/kg corp / zi. Alte elemente necesare în alimentația parenterală de durată: sodiu, potasiu, calciu, fosfor, fier, oligoelemente (zinc, cupru, magneziu, iod = în soluții prefabricate)

Indicații de suport nutrițional:

1. Pacienții cu depleție proteică
  - a. albuminemia 3-3.5 g/dl = malnutriție minimă,
  - b. albuminemia 2.5-3 g/dl = malnutriție moderată,
  - c. albuminemia <2.5 g/dl = malnutriție severă.
2. Pacienți incapabili de a avea o stare nutrițională normală datorită patologiei existente
3. Pacienții cu tubul digestiv afectat anatomic (intestin scurt, fistule interne sau externe), sau funcțional (colita ulceroasă, enterita regională, pancreatita)
4. Pacienți în stadiul terminal al unei boli grave (prelungirea vieții prin aport nutritiv prelungit se face numai dacă poate beneficia ulterior de chirurgie, chimioterapie)
5. Pacienții ce necesită hiperalimentație



Mod de alimentație enterala = oral, prin sonda nazo-gastrică, gastrotomie, și jejunostomie.

*Formule alimentare:* • *forme pre mixate:* conțin de regula 1 kcal/ml (proteina din cazeina, sau soia), au suficiente minerale și vitamine; *amestecuri:* alimente pediatrice, sau orice aliment ce poate fi lichefiat și administrat pe sonda; sunt ușor de preparat sub forma de amestecuri, echilibrate, bine tolerate, continut caloric suficient, având costuri reduse

*Tehnica administrării prin sonda digestivă.* Gastro și jejunostomia devin etanșe și utilizabile după 3 zile. În continuare la fiecare 3 zile se efectuează toaletă cu apă și săpun, se dezinfectează tegumentul din jurul tubului și se aplică pansament steril sau curat.

Administrarea corectă este regulată, continuă, pe 24 ore (decât intermitent 200-400 ml/ 4 ore), prin gravitație sau pompa. Se începe cu soluție diluată (1/4), crescând progresiv concentrația la fiecare 1-3 zile. Pentru a evita înmulțirea germenilor microbieni, alimentele se pregătesc cu maxim 24 de ore înainte, se păstrează la frigider, și la temperatura ambiantă mai puțin de 2-3 ore.

Complicații specifice: dislocarea tubului de alimentație, deplasarea tubului în ileon, eroziune și infecții cutanate, leziuni ale mucoasei cu hemoragie digestivă, scurgeri intra peritoneale, ocluzie intestinală.

Nutriția parenterală pe cale venoasă periferică se administrează soluții izoosmolare de aminoacizi, electroliți. Soluțiile conțin AA+glucoză+aditivi (sodiu, sulfat de magneziu, gluconat de calciu, vitamine) și se administrează de regulă pe cale venoasă centrală, crescând progresiv osmolaritatea.

Complicații specifice: la instalarea cateterului venos central pot apărea hemopneumotorax, leziuni ale plexului brahial, venei subclaviculare sau jugulare, canalului toracic, perforație traheală, perforație cardiacă cu tamponadă. Infecția poate apărea datorită mai ales la menținerea cateterului peste 3 săptămâni.

Elemente de supraveghere:

Clinică: supravegherea greutății corporale, evaluarea strictă a intrărilor și ieșirilor

Biologic: electroliți, glicemia, uree, proteine totale, albuminemia, acid uric, calciu, potasiu, fosfataza alcalină, GOT, hemoleucograma, osmolaritatea serică, amoniemia, examen sumar de urină, osmolaritatea urinară.

Îngrijirile postoperatorii ale tubului digestiv.

După laparotomie peristaltismul gastro-intestinal se reduce tranzitor; motilitatea intestinală se restabilește în 24 ore iar gastric mai lent, funcția colonului drept în 48 ore, iar stg în 72 ore

Post operator imediat stomacul poate fi decomprimat cu o sondă de aspirație nazo-gastrică reducând riscul vărsăturilor și distensiei abdominale, până la reluarea tranzitului. Acesta se evidențiază prin crampe abdominale, zgomote hidro aeriice (ascultatoric), emisia de gaze.

Alimentația se reia începând cu lichide necarbogazoase, după reluare tranzitului intestinal semisolide, și apoi solide pe măsura toleranței digestive

### **Externarea bolnavului.**

La externare pacientul trebuie să fi dobândit un grad sporit de independență, care să îi permită să desfășoare fără ajutor activitățile zilnice curente (alimentație, toaletă, deplasări pe distanțe scurte, etc.).

În unele situații stările patologice preexistente, gravitatea leziunilor, amploarea intervențiilor chirurgicale, nu permit dobândirea rapidă, precoce a unui grad crescut de independență. În această situație medicul curant, după evaluarea condițiilor de la domiciliul pacientului poate opta pentru externarea înainte de dobândirea independenței pentru a reduce riscurile asociate îngrijirilor medicale prelungite. Pacienții pot beneficia de îngrijiri medicale specializate la domiciliu sau de suportul familiei.

Trebuie să vă asigurați că pacienții se pot deplasa, un membru al familiei îi ajută, sau transportul poate fi asigurat cu ambulanta, și preluat printr-o firma de îngrijiri medicale la domiciliu.

Asistentul medical (conform cutumei locale) se poate ocupa de formele necesare externării, se îngrijește ca pacientul să primească biletul de externare, rețeta medicală, alte lămuriri necesare îngrijirii. De asemenea explica tratamentele de urmat: pansamente, injecții insulina, injecții cu anticoagulante, îngrijiri speciale (anus contra naturii, bont de amputație), regimul alimentar și de viață, preluând indicațiile date de medic.

La cazurile ce se transfera în alt serviciu sarcinile pot fi simplificate.

### **Decesul pacientului**

Deși este un eveniment nedorit această posibilitate este prezentă și pacientul și familia sa trebuie tratați cu demnitate și înțelegere.

Decesul este constatat de către medicul curant sau medicul de gardă, care are obligația de a înregistra, de a anunța decesul și de a întocmi certificatul de deces.

*Atenție, în caz de moarte violentă sau în cazul în care spitalizarea a survenit ca urmare a unei vătămări, certificatul de deces este întocmit de medicul de medicină legală.*

Odată constatat decesul, Biroul de Internări este informat și are obligația legală de a anunța familia decedatului. Este necesar ca familia să fie anunțată fără întârziere și cu toate menajamentele necesare. În acest sens trebuie să vă asigurați că Biroul de Internări dispune de toate datele de contact care sunt înscrise în foaia de observație.

După deces decedatul va rămâne sub supraveghere, în secție, timp de 2 ore, într-o cameră special amenajată. Dacă secția nu dispune de o asemenea cameră, spitalul va amenaja o cameră cu această destinație (N.B. asigurați-vă că aveți informațiile necesare pentru a informa la rândul dumneavoastră familia, la nevoie).

Decedatul va fi identificat în baza brățării de identificare (care se montează la internare), sau în baza Biletului de Însoțire a decedatului, completat de medicul care a constatat decesul. Decedatul se plasează dezbrăcat, fără niciun fel de bijuterii, accesorii, obiecte prețioase, într-un sac impermeabil de plastic sau se învelește într-un cearceaf; dacă decedatul are proteze fixe de metal galben acestea vor fi consemnate în biletul de însoțire.

*Autopsia se efectuează în toate cazurile de deces intra spitalicesc, cu excepția cazurilor în care există o scutire de autopsie aprobată conform procedurii spitalului. În cazul în care moartea a fost violentă, suspectă, sau determinată de o vătămare, autopsia este obligatorie, fără excepții, și este efectuată de Institutul de Medicină Legală.*

chirurgie de zi...) impun măpregatire specifica.

---

## **Scurt istoric**

Nursing-ul este cea mai veche arta și cea mai nouă profesie (Donahue, 1996).

Termenul provine de la cuvântul latin "nutrire".

Oamenii în general au tendința naturală de a-i ajuta pe cei suferinzi, iar femeile datorită instinctului matern sunt considerate "born nurses".

Asistenta medicală a fost întotdeauna necesară, iar statutul celor implicați a evoluat de la sclav în epoca primitivă, până la cel fără pregătire calificată și fără protecție socială (V. Robinson), până în secolul XIX.

Îngrijirea sănătății este studiată de către Hipocrate, "părintele medicinei moderne", în sec. V î.H. Isus Hristos consideră că bolnavii trebuie îngrijiti. În Evul Mediu, în Europa de Vest, bolnavii sunt îngrijiti de către calugari catolici, barbati. În sec. XVII această ocupație este sarcina celor condamnați.

Cea care reușește să facă din nursing o profesie respectabilă este Florence Nightingale (1820 – 1910), preocupată în mod special de nursing-ul chirurgical.

Situația în care se dezvoltă Florence Nightingale astăzi ne apare funestă. În 1850, la Londra, în capitala celui mai mare imperiu, mor 2 din 5 copii până la vârsta de 5 ani. Spitalele sunt pentru săraci, în primul rând pentru a fi pregătiți să moară, iar calugarii au ca scop principal salvarea sufletului bolnavilor; cei bogați sunt tratați acasă. Chirurgii operează pe câmpul de luptă, iar condițiile existente (frigul, umezeala, igiena deficitară, foamea) determină boli infecțioase (holera, febra tifoidă, dizenteria) cu decese de 4 ori mai numeroase decât cele produse de ranile de luptă.

În aceste condiții Florence Nightingale organizează nursing-ul Armatei Imperiale în Războiul din Crimeea (1853 – 1857), și aduce asemenea beneficii încât în final se consideră că "salvează armata britanică".

În 1860 publică "Notes on Nursing", ce devine bestseller, cu numeroase traduceri. Ajunge cea mai influentă femeie din Imperiu, după regina Victoria.

În această perioadă medicina beneficiază de revoluția antisepsiei și teoria germenilor microbieni (Lister 1860, Pasteur 1867), și anesteziei generale.

Florence Nightingale pune bazele primei școli laice de nursing – London, The Nightingale Pledge, iar Ziua Internațională a Asistentelor este celebrată de ziua ei de naștere, 12 mai.

## **Introducere**

Statutul profesional al asistentului medical s-a modificat dramatic la sfârșitul sec. XX, obținând autonomie față de medic.

Rolul de ajutor al medicului, "handmaiden", s-a schimbat în "independent practitioner".

Această calitate este condiționată de asumarea responsabilității.

Rolul asistentului este, pe lângă îngrijirea medicală, și cel de legătură între medic și pacient.

Asistentul, ca angajat medical, are rol de avocat al bolnavului și familiei (apără drepturile pacientului).

Munca presupune efort și atenție, ceea ce recomandă îngrijirea câte unui număr redus de pacienți (până la 6 sase).

## **Atributiile asistentului medical**

În vederea asigurării nursing-ului pre, intra, și postoperator, asistentul medical are o serie de îndatoriri, pe care le putem exemplifica prin fișa postului – secții cu paturi Spitalul Județean Timișoara SCJUT (după Ordinul 560/1999)

Fișa postului Asistent medical – secțiile cu paturi:

Își desfășoară activitatea în mod responsabil, conform reglementărilor profesionale și cerințelor postului;

Respectă regulamentul de ordine interioară;

Preia pacientul nou internat și însoțitorul acestuia (în funcție de situație), verifică toaleta personală, ținuta de spital și îl repartizează la salon;

Acordă prim ajutor în situații de urgență și cheamă medicul;

---

Participă la asigurarea unui climat optim și de siguranță în salon;  
Identifică problemele de îngrijire ale pacienților, stabilește prioritățile, elaborează și implementează planul de îngrijire și evaluează rezultatele obținute pe tot parcursul internării;  
Prezintă medicului de salon pacientul pentru examinare și îl informează asupra stării acestuia de la internare și pe tot parcursul internării, observă simptomele și starea pacientului, le înregistrează în dosarul de îngrijire și informează medicul;  
Pregătește bolnavul și ajută medicul la efectuarea tehnicilor speciale de investigații și tratament;  
Pregătește bolnavul, prin tehnici specifice, pentru investigații speciale sau intervenții chirurgicale, organizează transportul bolnavului și la nevoie supraveghează starea acestuia pe timpul transportului;  
Recoltează produse biologice pentru examenele de laborator, conform prescripției medicului;  
Răspunde de îngrijirea bolnavilor din salon și supraveghează efectuarea de către infirmieră a toaletei, schimbării lenjeriei de corp și de pat, creării condițiilor pentru satisfacerea nevoilor fiziologice, schimbării poziției bolnavului;  
Observă apetitul pacienților, supraveghează și asigură alimentarea pacienților dependenți, supraveghează distribuția alimentelor conform dietei consemnate în foaia de observație;  
Administrează personal medicația, efectuează tratamentele, imunizările, testările biologice, conform prescripției medicale;  
Pregătește echipamentul, instrumentarul și materialul steril necesar intervențiilor;  
Asigură pregătirea preoperatorie a pacientului;  
Asigură îngrijirile postoperator;  
Semnalează medicului orice modificări depistate;  
Participă la acordarea îngrijirilor paliative și instruieste familia sau aparținătorii pentru acordarea acestora;  
Supraveghează modul de desfășurare a vizitelor aparținătorilor conform regulamentului de ordine interioară;  
Efectuează verbal sau în scris preluarea/predarea fiecărui pacient și a serviciului în cadrul raportului de tură.  
Pregătește pacientul pentru externare;  
În caz de deces inventariază obiectele personale, identifică cadavrul și organizează transportul acestuia la locul stabilit de conducerea spitalului;  
Utilizează și păstrează, în bune condiții echipamentele și instrumentarul din dotare, supraveghează colectarea materialelor și instrumentarului de unică folosință utilizat și se asigură de depozitarea acestora în vederea distrugerii;  
Poartă echipamentul de protecție prevăzut de regulamentul de ordine interioară, care va fi schimbat ori de câte ori este nevoie, pentru păstrarea igienei și a aspectului estetic personal;  
Respectă reglementările în vigoare privind prevenirea, controlul și combaterea infecțiilor nosocomiale;  
Respectă secretul profesional și codul de etică al asistentului medical;  
Respectă și apără drepturile pacientului;  
Se preocupă de actualizarea cunoștințelor profesionale, prin studiu individual sau alte forme de educație continuă și conform cerințelor postului.

Se remarcă:

- sarcinile medicale uzuale (supravegherea și monitorizarea pacienților, investigații, recoltări de produse biologice, tratamente, acordarea primului ajutor)

- rolul de relație cu medicul și infirmiera (privind starea pacientului, măsurile diagnostice și terapeutice, pregătirea echipamentului și ajutorul dat medicului pentru efectuarea unor proceduri, supravegherea și coordonarea activității personalului din subordine)

- atribuții independente (managementul îngrijirii, cu identificarea problemelor, elaborarea planului de îngrijiri, și evaluarea rezultatelor)

- sarcinile organizatorice (preluarea pacientului, asigurarea unui climat optim în salon, coordonarea aparținătorilor, controlul infecțiilor nosocomiale)

- preocuparea privind actualizarea cunoștințelor profesionale, programe educaționale, de cercetare

- deontologice (respectarea codului de etică, și secretului profesional)

- 
- ii •Riscul operator la bătrâni se datorează scăderii DC cu 40 % (intre 30 si 80 ani), funcției renale cu 45 %, si funcției pulmonare (CV, VEMS, capacității de difuziune), malnutriției, arteriosclerozei. Pre operator se recomanda: dieta hipercalorica si hiperproteica (5 - 6 zile înainte), corectarea anemiei, administrarea de vitamine, corectarea funcției renale, cardiovasculare, respiratorii, hepatice.
- Riscul chirurgical la bolnavi cu arterioscleroza cerebrala si insuficienta circulatorie cerebrala tranzitorie este de infarct cerebral in cazul scăderii TA intra operator. Evaluarea hTA este esențială..
  - Riscul operator la bolnavi cu infarct miocardic recent si cardiopatie ischemica. Insuficienta coronariana se evidențiază prin EKG de repaus sau, uneori numai după efort. Riscul este de infarct miocardic prin hTA in cursul operației.
  - Hipertensiunea arteriala pura <200 mm Hg nu prezinta gravitate directa, ci prin afectarea cardiaca si renala. Se recomanda suprimarea medicației anti HTA cu 10 zile inainte de operație (pentru ca medicamentele -rezerpina- produc depletie tisulara si circulatorie de catecolamine, deci suprima rezerva compensatorie la o scadere brusca a volumului circulant).
  - Insuficienta renala cronica determina prin cresterea K<sup>+</sup> si Na<sup>+</sup> modificarea excitabilitatii miocardului, predispune la infectii, dehiscenta plagii, anemie, hemoragie (datorita unui heparinoid circulant), trombocitopenie. Creatinina > 1.5 mg % (<5 mg %) impune efectuarea clearance-ului la creatinina: > 30 mg / min bolnavul tolereaza operatia, < 10 ml / min prognosticul este apreciat ca fatal.
  - Insuficienta respiratorie (la bolnavi cu emfizem pulmonar, bronșita cronica, silicoza, TBC pulmonar activ, astm, cifoza, stenoze bronșice) se apreciaza prin spirometrie. Reducerea riscului operator se face prin gimnastica respiratorie (cu disocierea componentelor abdominala si toracica), operatia cea mai putin nociva.
  - Insuficienta hepatica se apreciaza prin teste serice, biopsie hepatica, prezenta varicelor esofagiene si starea rinichilor : in prezenta icterului o hTA poate determina IRA.
  - Hipertiroidia poate determina aparitia crizei tireotoxice postoperator. Reducerea hipertiroidiei, sedarea, scad riscul operator.
  - Diabetul zaharat (DZ) are risc operator crescut prin leziunile asociate: vasculare (coronariene, cerebrale, renale). Operatia agraveaza boala, prin scaderea tolerantei la glucoza, tendinta la acidoza. Este necesara: reducerea preoperatorie a diabetului, normalizarea functiilor celorlalte organe, corectarea pH-ului, ionogramei.
  - Hemopatii. Operatia se poate efectua dupa corectia; anemiei, TS (N < 4 min), TS (5 – 10 min), t Quick (14 sec), trombocitele (125000 – 300000 / mm<sup>3</sup>), fibrinogen (2 – 4 g %).
  - Insuficienta CRS necesita corectia cu corticoizi preoperator, iar hiperfunctia (feocromocitom) – perfuzie cu regitina.
  - Obezitatea creste riscul operator prin dificultatile tehnice chirurgicale si anesteziice specifice, riscul crescut de infectii parietale, si accidente tromboembolice. Este necesara evidentierea afectiunilor asociate, si scaderea ponderala pt. interventiile programate.
  - Sensibilitatea crescuta la infectii este determinata de boli asociate (DZ, limfoame, leucemie, insuficienta renala...), si tratamente anterioare (corticosteroizi, citostatice, radioterapie, antibioterapie prelungita - ce favorizeaza si invazia micotica).
  - Intarzierea cicatrizarii este favorizata de hipoproteinemie, anemie severa, cancer avansat, deshidratare, deficit de acid ascorbic, insuficienta renala, infectie cronica, corticoterapie, chimioterapie, radioterapie (peste 6000 razi recomanda interventia chirurgicala dupa 2-12 saptamani). Totusi factorii sistemici in general nu intarzie cicatrizarea pt ca plaga in curs de vindecare primeste prioritar de la organism proteine, enzime...pentru sinteza si folosirea colagenului.
  - Efectele altor medicamente: pot cauza efecte secundare, alergii, incompatibilitati, sensibilizari. Este esentiala anamneza, cunoasterea antecedentelor personale si heredocolaterale (astm, alergii); utilizarea prelungita a deprimantelor sistemului nervos central (barbiturice, opiacee, alcool) cresc rezistenta la substantele anesteziice, tranchilizante.