

Alterarea permeabilității capilare este mecanismul fundamental al edemului pulmonar acut. Acest mecanism este prezent în ambele tipuri de E.P.A.

2.1.2. Manifestări clinice

- se instalează de cele mai multe ori în cursul nopții (E.P.A. cardiogen),
 - dispnee intensă severă, survenită brusc,
 - respirație polipneică și zgomotoasă, sete de aer,
 - ortopnee,
 - anxietate extremă,
 - tuse uscată (în prima fază), apoi cu spută spumoasă rozată, aerată, caracteristică,
 - transpirații,
 - cianoză,
 - turgescența jugularelor de la baza gâtului (în E.P.A. cardiogen),
 - raluri subcrepitante,
 - tahicardie,
 - T.A. poate fi: crescută, normală sau scăzută.
- Observații.* În E.P.A. *lezional* - mai pot apărea și alte semne în funcție de etiologie (febră, tuse cu expectorație mucopurulentă, dureri toracice).

**2.1.3. Conduita de urgență
tratamentul simptomatic**

- Tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen comportă măsuri de extremă urgență, care trebuie aplicate la domiciliul bolnavului, în timpul transportului către spital, în unitățile ambulatorii și în spital (în ambele tipuri de E.P.A.).
- Instalarea bolnavului în poziție șezândă pe scaun sau fotoliu, sau pe marginea patului cu gamba atârând. De altfel bolnavii își aleg singuri această poziție (care nu este recomandată în caz de hipotensiune).
 - Se aspiră expectorația și se curăță gura bolnavului.
 - Aplicarea garourilor la rădăcina a trei membre fără comprimarea arterelor. Din 10 în 10 minute, unul din garouri se schimbă la al patrulea membru. Scoaterea garoului se face progresiv. Aceste măsuri scad circulația de întoarcere și contribuie la descongestionarea plămânilor. Este un tratament comun ambelor forme de E.P.A.
 - Oxigen (pe sondă nasofaringiană) umidificat prin barbotaj 2/3 apă + 1/3 alcool.
- Atenție!* sonda nazală trebuie să fie introdusă până în orofaringe (înainte de a o introduce se reperează pe sondă o lungime egală cu distanța dintre nas și lobul urechii).

8.1.2. Sarcina extrauterină (ectopică)

Prin sarcină extrauterină sau ectopică se înțelege implantarea produsului de concepție în afara cavității uterine.

Sarcina extrauterină constituie o urgență chirurgicală (abdomen acut chirurgical ginecologic).

8.1.2.1. Etiologie

Orice piedică în migrarea oului de la ovar prin trompă, spre uter, poate fi cauza sarcinii extrauterine. Când sarcina extrauterină se întâlnește în aproape 90% în trompă, factorii etiologici interesează în general această localizare și depind de modificările morfologice ale oului și calitățile anatomice și funcționale ale trompei.

Astfel se disting:

- Cauze ovulare: dezvoltări anormale ale oului: ou mare, ou neregulat, modificări cromozomiale (cariotip anormal), factor spermatozoidic (bărbați cu anomalii de număr și formă ale spermatozoizilor)
- Cauze tubare:
 - malformații tubare congenitale: trompe sinuoase, infantile, lungi, cu lumen îngust, hipoplazie,
 - procese inflamatoare utero-anexiale;
 - micșorarea lumenului tubar (prin edem),
 - alterarea cililor vibraționali endotubari,
 - perturbarea peristalticii tubare,
- Factori hormonal:
 - deficiențe ale corpului galben,
 - ovulație întârziată,
 - tratamente hormonale.
- Etiologie extratubară:
 - aderențe peritoneale peritubare care comprimă trompa,
 - tumori ale trompei, ale organelor învecinate (uter, ovar, mezenter etc.),
 - inflamații pelviene.
- Mijloace contraceptive. Întreruperi de sarcină
 - folosirea steriletelor, anticoncepționalelor,
 - avorturi provocate.

8.1.2.2. Localizarea sarcinii extrauterine

Localizarea poate fi (fig. 8.2.):

- Tubară - cea mai frecventă poate fi: interstițială, istmică, ampulară, pavilionară (în partea cea mai externă a trompei)
- Ovariană

De reținut: În emboliile gazoase ale inimii drepte, primul gest este așezarea bolnavului în decubit lateral stâng, cu capul mai jos decât corpul. Pentru personalul mediu de reținut este faptul că măsurile de prevenire a trombozei venoase (fig. 2.2) de evitare a emboliei gazoase în cursul injecțiilor i.v., al recoltării de sânge, al transfuziilor etc. țin de competența lor.

INCURAJATI BOLNAVUL SĂ FAȚA MIȘCĂRI ÎN PAT PRIN EXERCITII ACTIVE SAU PASIVE

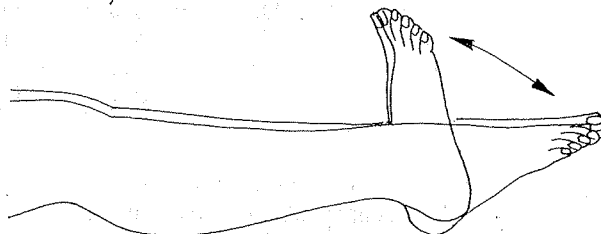


Fig. 2.2. — Prevenirea trombozei venoase.

2.3. INFARCTUL MIOCARDIC ACUT (I.M.A.)

Infarctul miocardic este o zonă de necroză ischemică în miocard, produsă prin obliterarea unei ramuri coronariene.

Etologie: în 90-95% din cazuri ateroscleroză coronariană.

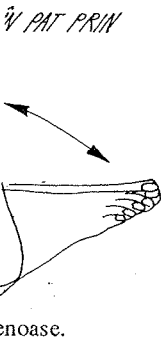
Factorii care favorizează apariția infarctului cunoscuți sub numele de factori de risc sunt: vârsta, sexul, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, hiperlipemia, obezitatea, fumatul, stresurile, sedentarismul etc. (fig. 2.3).

Factorii declanșatori: efort, mese copioase, stres, infecții acute ale tractului respirator, factorii meteorologici etc.

2.3.1. Semne clinice

- **Durerea:** retrosternală sau precordială. caracterul durerii variază de la un bolnav la altul și este descris ca:
 - o senzație de constricție sau „în gheară“
 - o senzație de presiune, sau ca un corset de fier care împiedică respirația - uneori ca o simplă jenă retrosternală, o senzație de arsură, de greutate sau apăsarea suportabilă. Durerea iradiază în umărul și în brațul stâng, în regiunea cervicală, în mandibulă. Durerea mai poate fi localizată extratoracic, în epigastru, abdomen, brațe, antebrațe, coate, pumni. De asemenea, ea poate iradia în orice regiune a toracelui, depășind în sus gâtul, iar în jos poate iradia în epigastru, hipocondrul drept sau stâng. Cea mai frecventă localizare și iradiere a durerii sunt zonele din fig. 2.4.

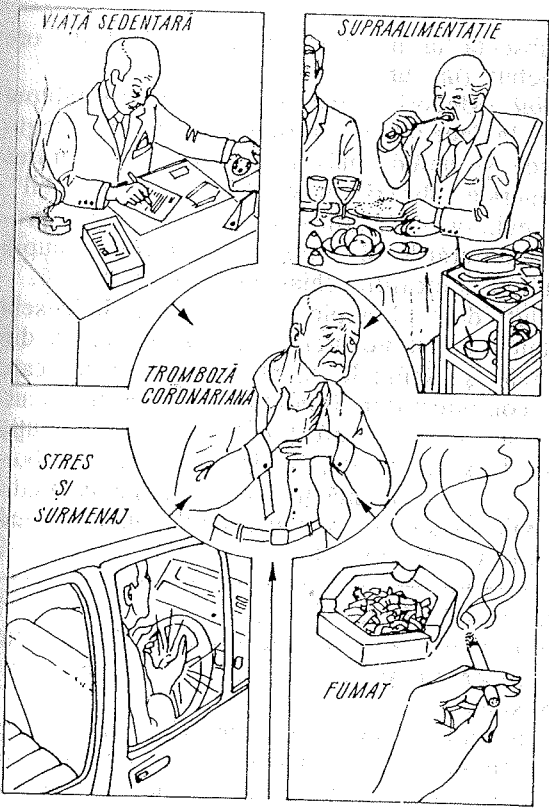
liile gazoase ale inimii zarea bolnavului în decu- mai jos decât corpul. e reținut este faptul. că nbozei venoase (fig. 2.2) ase în cursul injecțiilor al transfuziilor etc. țin



UT (I.M.A.)

schemică în miocard, pro- coronariană. cunoscuți sub numele de arterială, diabetul zaharat, arismul etc. (fig. 2.3). es, infecții acute ale trac-

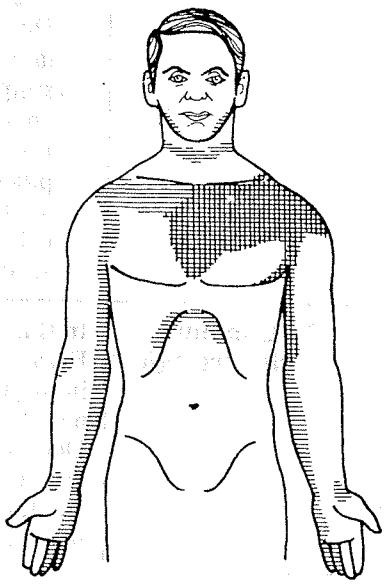
precordială. de la un bolnav la altul ție sau „în gheară“ sau ca un corset de fier uneori ca o simplă jenă e arsură, de greutate sau erea iradiază în umărul și a cervicală, în mandibulă. lizată extratoracic, în epi- antebrațe, coate, pumni. iradia în orice regiune a s gâtul, iar în jos poate ondrul drept sau stâng. zare și iradiere a durerii



ALȚI FACTORI : - Colesterol seric ridicat
- Predispoziție ereditară
- Hipertensiune

Fig. 2.3. — Factorii de risc ai infarctului.

Fig. 2.4. — Localizarea și iradierea durerii coronariene. În zonele hașurate cu linii orizontale, durerea iradiază mai rar (Silber și Katz, 1976, modificat).



	<p>— Durata durerii poate fi de la 30 de minute, până la câteva ore (48 de ore), nu cedează la nitriți, apare de obicei în repaus și determină agitația bolnavului. Durerea este însoțită de:</p> <ul style="list-style-type: none"> — anxietate extremă, — senzație de moarte iminentă, — greață și vărsături, mai rar diaree, — distensie abdominală, senzație de plenitudine epigastrică, — transpirații reci, adinamie, astenie și amețeli. <p>• Hipotensiunea arterială poate să apară imediat sau la câteva ore, precedată de o ușoară creștere a T.A. (datorită acțiunii stresante a durerii). Când tensiunea arterială scade brusc, pericolul șocului cardiogen este iminent. T.A. trebuie supravegheată tot timpul, fiind un element capital nu numai pentru diagnostic, dar și pentru prognostic și tratament. Hipotensiunea arterială este însoțită de regulă de tahicardie.</p>
--	---


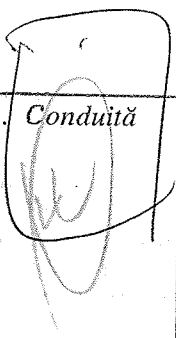
	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Febra</i>, absentă la început, apare la 12-24. de ore de la debut (în jur de 38°C). ● <i>Alte semne</i>: Uneori starea de șoc domină tabloul clinic de la început, manifestat prin paloare, tegument rece și umed, puls rapid filiform, alterarea stării generale, oligurie gravă. Șocul „inexplicabil“, edemul pulmonar, insuficiența cardiacă rapid progresivă, tulburările de ritm atrag atenția asupra unui infarct miocardic chiar în absența durerii. <p><i>De reținut</i>: debutul atipic este frecvent, îndeosebi la vârstnici; debut nedureros, mascat de unele din simptomele și semnele menționate anterior, care aparțin complicațiilor infarctului miocardic acut. I.M.A. este una din afecțiunile în care evoluția poate să ducă la moarte, iar îngrijirea acestor bolnavi constituie o urgență medicală. Asistenta medicală trebuie să știe să acorde primul ajutor oricând și oriunde va fi solicitată.</p>
2.3.2. Conduita de urgență	<p>În faza de prespitalizare.</p> <p>Faza de prespitalizare este intervalul de la debutul infarctului miocardic și până în momentul sosirii bolnavului în spital.</p> <p>Deoarece mortalitatea cea mai mare (2/3 din cazuri) are loc în această fază, asistenta medicală trebuie să fie familiarizată cu principalele probleme de rezolvat în această perioadă.</p>
— prevenirea morții subite	<ul style="list-style-type: none"> ● Așezarea bolnavului în decubit dorsal și interzicerea efectuării oricărei mișcări. <p><i>Atenție!</i> Să nu se uite psihoterapia.</p>
— preîntâmpinarea altor complicații	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Sedarea durerii</i>: (la indicația medicului) <ul style="list-style-type: none"> — morfină 0,01 g - 0,02 g (1 fiolă = 0,02 g) subcutanat sau intramuscular, eventual intravenos, încet diluat în ser fiziologic, sub controlul respirației; mialgin 0,10 g subcutanat sau intramuscular, eventual intravenos, diluat în 10 ml ser fiziologic sau glucoză 10%; — fortral 30 mg intravenos sau intramuscular. <p><i>Atenție!</i> Morfina poate provoca o hipotensiune arterială și deprimarea ventilației pulmonare. Asocierea cu atropină (1 mg subcutanat sau intramuscular, eventual 0,5 mg i.v.) poate preveni aceste fenomene. Dacă durerile sunt de mai mică intensitate se poate încerca liniștirea lor cu algocalmin, fenobarbital, codeină.</p>

erea artificială a membranelor.

ință:
 (papaverină, atropină)
 (calciu, hemosistan
 orator (grupa sanguină
 ii de sânge sau micro
 ti materialele necesare
 truu a putea efectua
 e medic.
 e reanimare se indică
 cezariană),
 entă (urmărirea funcți
 iei, prevenirea infecți
 nd în vedere compli

prematură a placentei

erată, cunoscută și sub
 dezlipire parțială sau
 i sau travaliului, având

<p># 2.2.1. Etiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Disgravidia tardivă. — Procese inflamatoare cronice. — Multiparitate. — Carențe de acid folic.
<p># 2.2.2. Simptomatologie</p> 	<p>Dezlipirea prematură a placentei este un accident brutal, care survine în plină sănătate aparentă, spre sfârșitul sarcinii sau în cursul travaliului.</p> <p>În forma majoră gravă:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● durere violentă în abdomen cu instalare bruscă, cu iradieri lombo-sacrate, ● contractură tetaniformă a uterului ("uter de lemn"). Uter mărit mai mult decât vârsta reală a sarcinii. Creșterea înălțimii fundului uterului. ● hemoragie redusă: sânge a cărui culoare variază de la roșu la negricios (semn inconstant). Hemoragia este un semn inconstant. În cazurile așa-zise "interne" hemoragia poate lipsi complet, ● semnele disgravidiei prezente: hipertensiune, edem, albumină, ● zgomotele inimii fătului nu se mai aud, ● colul este închis sau dehiscent (deschis), iar segmentul inferior dureros și în tensiune lemnoasă, ● semne generale: <ul style="list-style-type: none"> — pierderea cunoștinței, — agitație sau prostrație, anxietate, — paloare extremă, transpirații reci, — sete accentuată, — tulburări de simț (văz, auz), — puls filiform, hipertensiune, apoi hipotensiune, — oligo-anurie, stare de șoc.
<p># 2.2.3. Conduita</p> 	<ul style="list-style-type: none"> — Conduita profilactică <ul style="list-style-type: none"> ● urmărirea atentă a gravidelor în cadrul consultațiilor prenatale, ● tratarea imediată a tuturor disgravidieiilor, ● atenție deosebită la gravidele cu risc crescut, ● regim igieno-dietetic corespunzător, ● evitarea efortului fizic, traumatismelor, interperțiilor. — Internarea de urgență într-o maternitate este obligatorie. Până la internare, administrare de antispasmodice: papaverină, atropină și sedative: diazepam, plegomazin.
<p>în spital</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Deșocarea și remontarea stării generale. — Evacuarea rapidă a conținutului uterin - dacă se poate pe cale naturală, în caz contrar se face operație cezariană.

s) producătorul de deșeuri medicale este orice persoană fizică sau juridică ce desfășoară activități medicale din care rezultă deșeuri medicale; ș) spațiul central de stocare temporară a deșeurilor medicale reprezintă un amplasament de stocare temporară a deșeurilor medicale, amenajat în incinta unității care le-a generat, destinat exclusiv stocării temporare a deșeurilor până la momentul la care acestea sunt evacuate în vederea eliminării;

t) tratarea deșeurilor medicale înseamnă operațiunile de pregătire prealabilă valorificării sau eliminării, respectiv operațiunile de decontaminare la temperaturi scăzute, conform prevederilor legale în vigoare;

ț) unitatea sanitară este orice unitate publică sau privată, cu paturi sau fără paturi, care desfășoară activități în domeniul sănătății umane și care produc deșeuri clasificate conform art. 8.

CAPITOLUL III Clasificări

Art. 8. - (1) În vederea unei bune gestionări a deșeurilor medicale se utilizează codurile din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 856/2002, cu completările ulterioare.

(2) Tipurile de deșeuri, inclusiv cele periculoase prevăzute în anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 856/2002, cu completările ulterioare, întâlnite frecvent în activitățile medicale, sunt exemplificate în tabelul următor:

Cod deșeu, conform Hotărârii Guvernului nr. 856/2002	Categorii de deșeuri rezultate din activități medicale
18 01 01 obiecte ascuțite (cu excepția 18 01 03*)	Deșeurile înțepătoare-tăietoare: ace, ace cu fir, catetere, seringi cu ac, branule, lame de bisturiu, pipete, sticlărie de laborator ori altă sticlărie spartă sau nu etc. de unică folosință, neîntrebuințată sau cu termen de expirare depășit, care nu a intrat în contact cu material potențial infecțios în situația în care deșeurile mai sus menționate au intrat în contact cu material potențial infecțios, inclusiv recipientele care au conținut vaccinuri, sunt considerate deșeuri infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*. În situația în care obiectele ascuțite au intrat în contact cu substanțe/materiale periculoase sunt considerate deșeuri periculoase și sunt incluse în categoria 18 01 06*.
18 01 02 fragmente și organe umane, inclusiv recipiente de sânge și sânge (cu excepția 18 01 03*)	Deșeurile anatomo-patologice constând în fragmente din organe și organe umane, părți anatomice, lichide organice, material biopsic rezultat din blocurile operatorii de chirurgie și obstetrică (fetuși, placentă etc.), părți anatomice rezultate din laboratoarele de autopsie, recipiente pentru sânge și sânge etc. Toate aceste deșeuri sunt considerate infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*.
18 01 03* deșeuri ale căror colectare și eliminare fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor	Deșeurile infecțioase, respectiv deșeurile care conțin sau au venit în contact cu sânge ori cu alte fluide biologice, precum și cu virusuri, bacterii, paraziți și/sau toxinele microorganismelor, perfuzoare cu tubulatură, recipiente care au conținut sânge sau alte fluide biologice, câmpuri operatorii, mănuși, sonde și alte materiale de unică folosință, comprese, pansamente și alte materiale contaminate, membrane de dializă, pungi de material plastic pentru colectarea urinei, materiale de laborator folosite scutece care provin de la pacienți internați în unități sanitare cu specific de boli infecțioase sau în secții de boli infecțioase ale unităților sanitare, cadavre de animale rezultate în urma activităților de cercetare și experimentare etc.