

1.5. PNEUMOTORAXUL SPONTAN (accidental)

Pneumotoraxul este o afecțiune caracterizată prin prezența unei colecții gazoase în cavitatea pleurală. Aerul pătrunde în pleură printr-o perforație patologică a seroasei.

1.5.1. Cauze	<ul style="list-style-type: none">— Tuberculoză pulmonară 60-70%— Emfizem pulmonar— Chisturi aeriene pulmonare— Bronșiectazii— Bronșite cronice— Tuse convulsivă— Pneumotoraxul idiopatic benign (cu etiologie necunoscută, apare mai ales la tineri de 18-35 ani).— Pneumotoraxul traumatic (uneori hemopneumotorax)<input checked="" type="checkbox"/> Pneumotoraxul traumatic poate să survină prin:<ul style="list-style-type: none">— plăgi penetrante (se însoțește de hemotorax),— fracturi costale (un fragment osos ascuțit poate perfora pleura),— acte chirurgicale (voluntar sau involuntar).
---------------------	---

2

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 iriază 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.

2.	<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>
----	--

— scurtarea timpului
până la internare
în spital

Pentru a se
de urgență, asista
cuprindă:

— medic

2	<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. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hipertensiunea arterială</i> 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.
---	---

3.

**2.7.1. Etiologia
tulburărilor
de ritm**

- Boli cardiace-cardiovasculare:
 - cardiomiopatii ischemice,
 - cardiopatii hipertensive,
 - cardiomiopatii,
 - leziuni valvulare,
 - boli congenitale,
 - boli ale pericardului,
 - tumori și traumatisme ale inimii.
- Boli extracardiace:
 - boli infecțioase,
 - boli digestive,
 - boli pulmonare,
 - boli neuropsihice,
 - boli endocrine (hipertiroidism),
 - în intoxicații medicamentoase (digitalice),
 - în mari dezechilibre funcționale (hidroelectrolitice, acido-bazice, respiratorii, circulatorii).
- La subiecții sănătoși:
 - intoxicații cu cafea, tutun, alcool și la cei supuși factorilor de stres.

3.5.2. Tablou clinic

4

Perforațiile de organe dau tabloul clinic al peritonitelor acute, caracterizate prin:

— *Durere abdominală* violentă, brutală, cu sediul și iradierea în funcție de organul perforat.

Astfel:

- a) În ulcerul gastric și duodenal perforat:
 - sediul durerii inițial epigastric, iradiere dorsală, intensitate deosebită, până la starea de șoc,
 - durerea, „ca o lovitură de pumnal“, urmată de „abdomen de lemn“ (rigiditatea abdominală nu apare în nici o altă afecțiune atât de brusc și atât de intens).
 - b) În apendicita acută perforată:
 - durerea este simțită de bolnav inițial în fosa iliacă dreaptă (se generalizează mai târziu)
 - c) În perforația intestinului mezenterial și a colonului:
 - sediul durerii este juxtapubian (în apropierea regiunii pubiene)
 - d) În perforația veziculei biliare durerea este inițial în hipocondrul drept.
Când procesul inflamator determină perforația veziculei biliare, intensitatea durerii din hipocondrul drept scade (prin dispariția distensiei veziculare), durerea generalizează-se în tot abdomenul datorită peritonitei biliare.
 - e) În *sarcină ectopică, piosalpinx rupt, chist ovarian rupt*, durerea abdominală, localizată în abdomenul inferior (în flancuri), se generalizează pe măsură ce peritoneul este invadat de sânge (hemoperitoneu în sarcina ectopică ruptă, corp galben rupt, chist ovarian rupt) sau de puroi în caz de piosalpinx rupt.
- *Contractură abdominală*
— la inspecție: abdomen retractat și imobil sau cu mobilitate redusă la mișcările respiratorii,
— la palpare: rigiditatea musculară generalizată „abdomen de lemn“
- *Vărsături*
— *Oprirea tranzitului* intestinal pentru fecale și gaze (uneori există diaree)
- Observație.* În *ruptura de anexe, nu este suprimat tranzitul.*

7.

- *Hipersensibilitatea abdominală* se pune în evidență prin durere de decompresiune bruscă a peretelui abdominal, după o apăsare progresivă a acestuia (semnul Blumberg).
 - *Dispariția reflexelor cutanate abdominale.*
 - *Dispariția matității hepatice* (numai când există pneumoperitoneu) se pune în evidență prin percuzie (mai sigur și mai evidențiable prin examen radiologic).
- Observație:* în perforația veziculei biliare nu apare pneumoperitoneu.
- Hiperestezie cutanată (durerea pielii la cea mai mică atingere)
 - Hiperestezia fundului de sac Douglas și uneori bombarea acestuia.
- Punerea în evidență se face prin tact vaginal și rectal (la femei), iar la bărbați prin tact rectal; durerea vie declanșată de palparea chiar blândă a peritoneului prin intermediul tactului vaginal sau rectal arată prezența unei peritonite generalizate, cu lichid în peritoneu, care a ajuns până în fundul de sac Douglas.
- Semne generale (în peritonita avansată):
 - facies caracteristic (suferind), facies „peritoneal“: paloare, cearcăne, ochi înfundați în orbite, cu subțierea aripilor nasului, înspăimântat, transpirat;
 - respirații scurte, rapide și superficiale,
 - tahicardie,
 - hipotensiune arterială.

5

6.3.6.1. Manifestări clinice

Simptomatologia se instalează destul de repede (cam la 30 de minute de la ingerarea unei cantități mari și la câteva ore la cantități mai mici). Tabloul clinic al intoxicației cu organofosforice cuprinde trei sindroame bine cunoscute:

- sindromul muscarinic (vagomimetic);
- sindromul nicotinic;
- sindromul nervos central.

Sindromul muscarinic este de obicei primul care apare în ordinea cronologică:

- mioză (micșorarea pupilei),
- sialoree (secreție salivară crescută),
- transpirații abundente,
- bradicardie, hipertensiune arterială,

dezinfectantă, bacterioprovocând alterări în sârmă în gură, esofag și confuzie, slăbiciune cefalică, însoțită de spasmelor musculor respiratori. microembolii.

gastrică cu apă și siilor.

sub supraveghere aplica ventilație

5

- hipersecreție bronșică și bronhospasm (care dau dispnee și cianoză). Semnele pot îmbrăca aspectul unui E.P.A.,
- dureri abdominale, colicative, diaree, vărsături,
- pierderea controlului sfincterelor ș.a.

- *Sindromul nicotinic:*
 - fasciculații musculare (contractii) la mușchii motori oculari,
 - crampe musculare la grupele musculare mari,
 - convulsii tonico-clonice, contracturi generalizate, într-o fază mai avansată paralizii musculare (paralizia diafragmului este periculoasă pentru respirație).
- *Sindromul central nervos*
 - anxietate, cefalee, agitație, tremor, stare confuzională, ataxie (tulburare a coordonării mișcărilor voluntare), comă, convulsii.

gravitate deosebită. Deshidratarea determină perturbări și în repartizarea apei și electroliților în cadrul sectoarelor extra- și intracelular.

În formele grave apar și tulburări ale echilibrului acido-bazic, colaps hipovolemic, alterarea stării generale și a senzoriului = toxicoză.

Deshidratarea acută survine cu atât mai frecvent, cu cât vârsta copilului este mai mică.

7.5.1. Cauze

— pierderi hidro-electrolitice crescute

— suprimarea aportului

— translocație de lichide

— Digestive:

- vărsături și/sau
- diaree

— Extradigestive:

- transpirații abundente (profuze),
- perspirație insensibilă (excreția apei din vaporizare fină prin plămâni și glandele sudoripare ale pielii = perspirație cutanată),
- diureză crescută,
- febră.

— Imposibilitatea asigurării unui aport oral corespunzător:

- anorexie,
- abolirea deglutiției,
- comă etc.

— Translocarea (schimbarea) de lichide este o formă particulară de deshidratare fără pierdere ponderală:

- intractabilă (ileus paralytic),
- în seroase (ascită),
- subcutanat (edem).

Observație. Deshidratările acute apar mai frecvent în următoarele boli ale sugarului și copilului mic: diaree acute infecțioasă sau de altă cauză și în special toxicoză de origine digestivă (toxicoză = forma clinică cea mai gravă a tulburărilor acute de nutriție și digestie ale sugarului, caracterizată prin diaree, vărsături, exsicoză și tulburările senzoriului); comă diabetică; boli infecțioase; intoxicații; malformații ale tubului digestiv; stenoză pilorică sau duodenală etc.

În funcție de mecanismul și particularitățile spoliei se menționează două tipuri principale de deshidratare:

1. *cu pierdere predominantă de apă* – suferă sectorul intracelular (fuga apei din sectorul intracelular în sectorul extracelular) = deshidratare hipertona (intracelulară). Survin în cazuri de: hiperventilație, șoc caloric, arsuri întinse, gastroenterite acute, intoxicații cu NaCl;

2. *cu pierdere predominantă de sare* (fuga apei în sectorul intracelular din sectorul extracelular = deshidratare hipotona = extracelulară). În acest caz colapsul apare precoce și sever (colaps hipovolemic).

7
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*.

Art. 9 - Produsele biocide încadrate, conform prevederilor legale în vigoare, în tipul 2 de produs, sunt utilizate pentru:

- a) dezinfecția suprafețelor;
- b) dezinfecția dispozitivelor medicale care nu pot fi imersate;
- c) dezinfecția dispozitivelor medicale prin imersie;
- d) dezinfecția suprafețelor prin nebulizare;
- e) dezinfecția dispozitivelor medicale la mașini automate;
- f) dezinfecția lenjeriei/materiei textile.

... la tipul de dezinfecție:

9.

(1) În fiecare unitate sanitară trebuie să existe un spațiu central pentru stocarea temporară a deșeurilor medicale.

(2) În cazul construcțiilor noi, amenajarea spațiului pentru stocarea temporară a deșeurilor medicale trebuie prevăzută prin proiectul unității.

(3) Unitățile care nu au fost prevăzute prin proiect cu spații pentru stocare temporară a deșeurilor trebuie să construiască și să amenajeze aceste spații în termen de 6 luni de la adoptarea prezentelor norme tehnice.

(4) Spațiul central de stocare a deșeurilor trebuie să aibă două compartimente:

a) un compartiment pentru deșeurile periculoase, prevăzut cu dispozitiv de închidere care să permită numai accesul persoanelor autorizate;

b) un compartiment pentru deșeurile nepericuloase, amenajat conform Normelor de igienă și recomandărilor privind mediul de viață al populației, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 536/1997, cu modificările și completările ulterioare.

Nivel V - Consult (cod alb de triaj)

o Pacientul care nu necesită asistență medicală de urgență și niciuna dintre resursele definite mai sus (la nivelul III)

o Persoane care se prezintă pentru unul dintre motivele de mai jos:

- vaccinare;
- caz social fără acuze clinice;
- probleme clinico-administrative (certIFICATE medicale, rețete etc.).

o Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 240 de minute

Reevaluarea pacientului

Se face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 15 minute sau apar modificări semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea integrală a algoritmului de triaj. Reevaluarea se va efectua la 15 minute pentru pacienții de nivel 3, la 30 de minute pentru cei de nivel 4 și la o oră pentru cei de nivel 5.

Pe perioada așteptării, pacientul poate să primească medicație analgetică orală, medicație administrată de către asistentul de triaj la indicația medicului desemnat pentru zona de fast-track. În responsabilitatea asistentului de triaj intră și efectuarea unor intervenții simple ce au ca scop ameliorarea durerii și creșterea confortului pacienților aflați în sala de așteptare. Folosirea dispozitivelor de imobilizare (atele sau eșarfe) atunci când se suspectează o fractură, aplicarea de gheață pe o gleznă traumatizată sau chiar învățarea pacientului să adopte o poziție antalgică sunt intervenții ce nu consumă mult timp și care pot avea ca rezultat ameliorarea simptomatologiei și creșterea confortului pentru pacient.