

	<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>
<p>①</p> <p>2.3.2. Conduita de urgență</p>	<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>Sedarăa durerii</i>: (la indicația medicului) — morfina 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%, — fortal 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 algalmin, fenobarbital, codeină.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Urmărirea T.A. și P. Menținerea T.A. cu perfuzii de glucoză 5%, dextran, marisang și H.H.C. Urmărirea pulsului și corectarea extrasistolelor cu xilină de uz cardiologic. Menținerea permeabilității căilor aeriene prin aspirație. Oxygenoterapie.
— scurtarea timpului până la internarea în spital	<ul style="list-style-type: none"> Transportul de urgență într-o unitate spitalicească cu autosanitare și obligatoriu cu targa. Pentru reducerea mortalității prin infarct miocardic, ideale sunt ambulantele dotate cu aparatură de monitorizare, defibrilare și reanimare și însoțite de un medic și un cadru mediu – așa-zisele „unități mobile coronariene“.

Pentru a se acorda îngrijiri în unitățile spitalicești și pentru a se putea interver de urgență, asistenta medicală trebuie să aibă pregătită o trusă de prim ajutor, care să cuprindă:

- medicație pentru calmarea durerii, sedative, anticoagulante, xilină coronarodilatatoare (intensain), hemisuccinat de hidrocortizon (HHC);
- seringi sterile, soluții de perfuzat, aparat de perfuzie, deschizător de gură: pipe Guedel, aspirator de secreții, aparat de respirație artificială de tip Rubei aparatură pentru monitorizare și defibrilare.

2.3.3. Îngrijirea în unitățile spitalicești


1 - instalarea bolnavului în pat	<ul style="list-style-type: none"> — Transportul bolnavului de la „Salvare“ se face direct în secție (cardiologie, terapie intensivă sau interne), cu targa, într-un timp cât mai scurt. — Mutarea bolnavului de pe targă în pat o face personal sanitar fără să permită bolnavului nici o mișcare, pentru ca să nu i se agraveze situația. — Asistenta medicală va avea grijă să îi fie asigurat un climat de liniște, salon bine încălzit, aerisit. — Poziție cât mai comodă, în pat (este bine ca paturile să fie prevăzute cu somiere reglabile pentru a se evita pozițiile forțate).
2 - aplicarea în continuare a măsurilor de prim ajutor	<p>La indicația medicului:</p> <ul style="list-style-type: none"> — <i>sedarea durerii</i>: derivații de opiacee (morfină, mialgin), fortral sau amestecuri litice (romergan + largac + mialgin); — <i>combaterea anxietății</i>: sedative (fenobarbital, diazepam). Pe cât posibil se evită administrarea s dativelor concomitent cu a opiaceelor; — oxygenoterapie.

	<p>— pot să apară semne de insuficiență circulatorie acută periferică (hipotensiune arterială, stare-de șoc), semne de insuficiență cardiacă congestivă subacută (cianoză, jugulare turgescențe).</p> <p>Diagnosticul tulburărilor de ritm se precizează pe bază de E.C.G.</p>
2.7.3. Clasificarea tulburărilor de ritm	<p>— tulburări în formarea stimulilor de emisiune (tulburări ale automatismelor);</p> <p>— tulburări în conducerea stimulului.</p>
2.7.3.1. Tulburări în formarea stimulilor	<p>În funcție de sediul de formare a impulsurilor, foarte schematic, aritmiile se pot clasifica în:</p> <p>— aritmii atriale</p> <p>— aritmii ventriculare</p>
2.7.3.1.1. Aritmii atriale	<p>Sunt tulburări de ritm ale inimii, în care mecanismul de producere a acestora acționează în atrii fie:</p> <p>a) în nodul sinuzal</p> <p>b) într-un focar ectopic, situat în afara nodului sinuzal</p> <p>a) <i>Aritmii sinuzale</i></p> <p>a.1. <i>Tahicardia sinuzală</i> este accelerarea ritmului cardiac între 100 și 150/minut, cu frecvență regulată. Poate fi fiziologică (apare la efort, emoții, în timpul digestiei) sau patologică: intoxicații cu tutun, cafea, alcool, medicamente, stări febrile, hemoragii, stări nevrotice, colaps etc. Tahicardia sinuzală este în general bine suportată.</p> <p>a.2. <i>Bradycardia sinuzală</i> este scăderea ritmului sub 60 pulsații/minut. Ritmul este regulat. Bradycardia poate fi fiziologică, la sportivi bine antrenati, la tineri, în somn, în sarcină, la vârstnici sau poate să apară în stări patologice: hipertensiune intra-craniană, icter, febră tifoidă, mixedem, intoxicații cu digitală, saturnism etc.</p> <p>b) <i>Aritmii extrasinuzale</i> (ectopice). În aceste cazuri, pentru o perioadă oarecare sau definitivă, comanda inimii este preluată de <i>centrul ectopic</i> (extrasinuzal). Aritmiile extrasinuzale cele mai frecvente sunt:</p> <p>b.1. <i>Extrasistolele atriale</i> sunt contracții premature ale inimii, declanșate de impulsuri pornite din focare ectopice situate în pereții atrilor. Pot să apară la indivizii sănătoși (emoții, efort, tulburări digestive, după abuz de cafea, tutun) și la bolnavi cu afecțiuni organice de inimă sau în alte boli (vezi etiologia). Obiectiv, la palparea pulsului se constată o pulsație mică, urmată de o pauză lungă, pauza compensatorie.</p>

	<p>Extrasistolele pot fi sporadice, izolate (1-2 pe minut sau la câteva minute) sau sistematizate; bigemism, trigemism, cvadrigemism, când 2, 3 sau 4 extrasistole alternează cu un ciclu normal.</p> <p>b.2. <i>Tahicardia atrială paroxistică</i> este o tulburare de ritm generată de impulsuri ectopice, atriale, caracterizată printr-un ritm cardiac rapid, 150-200 bătăi/minut, regulat, cu debut și sfârșit brusc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poate să apară adesea pe o inimă normală (emoții, oboseală, cafea, tutun, tulburări digestive), dar și în cardiopatii ischemice, cardită reumatică, stenoză mitrală etc. <p>b.3. <i>Flutterul atrial</i> este un ritm patologic atrial regulat și foarte rapid 250-300/minut. Se întâlnește rar la indivizi sănătoși. De obicei apare în valvulopatii, cardiopatie ischemică, miocardite, H.T.A. Deoarece nu toți stimulii atriali se transmit ventriculilor - frecvența ventriculară poate fi între 80-150/minut.</p> <p>b.4. <i>Fibrilația atrială</i> este o tulburare de ritm generată de impulsuri ectopice atriale foarte rapide 400-500/minut, neregulate. Desigur că nu toți stimulii pot să ajungă la ventriculi - ritmul ventricular poate fi 120-200/minut, de asemenea neregulat. Este aritmia cardiacă cea mai frecventă, urmând imediat după aritmia extrasistolă. Se mai numește și „delir cardiac“ sau „aritmie completă“.</p>
<p>Tratamentul aritmiilor atriale — aritmii sinuzale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • În <i>tahicardia sinuzală</i>: — tratamentul cauzal: se suspendă alcoolul, cafeaua, fumatul etc., — sedative (bromuri, barbiturice) • În <i>bradicardia sinuzală</i>: — tratamentul afecțiunii care a provocat bradicardia — în stările fiziologice nu se face tratament
<p>— aritmii extrasinuzale</p>	<p>1. În <i>extrasistole atriale</i>: — suprimarea toxicelor, — sedative și tranchilizante (bromuri, barbiturice, diazepam), — reducerea dozelor de digitală (sau stoparea administrării) când aceasta este cauza,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> — Rectocolită necrozată • Colecistită acută litiazică și nelitiazică <ul style="list-style-type: none"> — Cancerul de căi biliare — Volvulusul colecistului (— perforația vezicii biliare) • Sarcina ectopică <ul style="list-style-type: none"> — Piosalpinx rupt — Chist ovarian rupt, perforația trompei uterine.
<p>3.5.2. Tablou clinic</p> <p style="text-align: center;">(3)</p>	<p>Perforațiile de organe dau tabloul clinic al peritonitelor acute, caracterizate prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> — <i>Durere abdominală</i> violentă, brutală, cu sediul și iradierea în funcție de organul perforat. <p>Astfel:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) În ulcerul gastric și duodenal perforat: <ul style="list-style-type: none"> — 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: <ul style="list-style-type: none"> — durerea este simțită de bolnav inițial în fosa iliacă dreaptă (se generalizează mai târziu) c) În perforația intestinului mezenterial și a colonului: <ul style="list-style-type: none"> — 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. <ul style="list-style-type: none"> — <i>Contractură abdominală</i> <ul style="list-style-type: none"> — la inspecție: abdomen retractat și imobil sau cu mobilitate redusă la mișcările respiratorii, — la palpare: rigiditatea musculară generalizată „abdomen de lemn“ — <i>Vărsături</i> — <i>Oprirea tranzitului</i> intestinal pentru fecale și gaze (uneori există diaree) <p><i>Observație. În ruptura de anexe, nu este suprimat tranzitul.</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> — <i>Hipersensibilitatea abdominală</i> se pune în evidență prin durere de decompresiune bruscă a peretelui abdominal, după o apăsare progresivă a acestuia (semnul Blumberg). — <i>Dispariția reflexelor cutanate abdominale.</i> — <i>Dispariția matității hepatice</i> (numai când există pneumoperitoneu) se pune în evidență prin percuție (mai sigur și mai evidențiable prin examen radiologic). <p><i>Observație:</i> în perforația veziculei biliare nu apare pneumoperitoneu.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Hiperestezie cutanată (durerea pielii la cea mai mică atingere) — Hiperestezia fundului de sac Douglas și uneori bombarea acestuia. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Semne generale (în peritonita avansată): <ul style="list-style-type: none"> — 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.
<p>3.5.3. Conduita de urgență</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perforații de organe constituie o urgență chirurgicală absolută. Orice bolnav care manifestă semnele unei iritații peritoneale trebuie transportat imediat către un serviciu de chirurgie. • Până în momentul în care se poate face transportul, bolnavul va fi: <ul style="list-style-type: none"> — așezat în repaus absolut, la pat, — dacă este posibil se va pune o pungă cu gheață pe abdomen <p><i>Atenție!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — se interzice orice alimentație, inclusiv apa, — se interzice administrarea de purgative sau administrarea de clisme, — nu se administrează analgetice majore, deoarece prin efectul acestora se maschează semnele de peritonită, îngreunând diagnosticul și indicația terapeutică

	<ul style="list-style-type: none"> — hipersecreție bronșică și bronhospasmi (care dau dispnee și cianoză). Semnele pot îmbrăca aspectul unui E.P.A., — dureri abdominale, colicative, diaree, vărsături, — pierderea controlului sfincterelor ș.a. • <i>Sindromul nicotinic</i>: <ul style="list-style-type: none"> — 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). • <i>Sindromul central nervos</i> <ul style="list-style-type: none"> — anxietate, cefalee, agitație, tremor, stare confuzională, ataxie (tulburare a coordonării mișcărilor voluntare), comă, convulsii.
<p>6.3.6.2. Măsuri de urgență</p> 	<p>Diagnosticul pozitiv se susține prin datele anamnestice, examenul clinic (inclusiv mirosul de insecticid al bolnavului și al conținutului de spălătură gastrică) și răspunsul terapeutic la atropină.</p> <p>Măsurile de urgență trebuie aplicate imediat (paralel cu asigurarea de transport rapidă într-o unitate spitalicească) și urmăresc obiectivele: • administrarea antidotului fiziologic (atropină); • terapia nespecifică de menținere a funcțiilor vitale;</p> <p>1. Îndepărtarea toxicului de la poarta de intrare (tegment, stomac, sac conjunctival ș.a.).</p> <p>Atenție! În caz de stop cardiorespirator se vor lua măsuri de reanimare cardiorespiratorie (vezi cap. II), înaintea altor măsuri.</p> <p>Important! Pericol de intoxicație a salvatorului prin aplicarea metodei de respirație „gură la gură” sau prin lipsa asigurării măsurilor de protecție.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Îndepărtarea toxicului de la poarta de intrare. (Se începe chiar la locul accidentului.) <p>Atenție! Salvatorul va avea echipament de protecție!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dacă toxicul a pătruns pe cale digestivă: <ul style="list-style-type: none"> — provocarea de vărsături, — spălătură gastrică cu suspensie de cărbune activat în soluție de bicarbonat de sodiu 10%. • Dacă toxicul a pătruns pe cale cutanată: <ul style="list-style-type: none"> — dezbrăcarea bolnavului (hainele nu vor fi reutilizate). — decontaminarea pielii și mucoaselor prin spălare pe tot corpul cu multă apă și săpun, cel puțin timp de 15 minute. La nevoie, după spălare, se poate șterge tegumentul cu tamponare de alcool.

	<p>Spălarea părului, de asemenea, cel puțin 15 minute (uneori accidental toxicul este aplicat pe pielea capului cu scop de deparazitare).</p> <p>2. Administrarea de atropină, antidotul fiziologic/fiole 1 ml 1‰ (1 mg) și 0,25‰ (0,025 mg). Doza inițială este de 2-4 mg sulfat de atropină (2-4 fiole a 1 mg i.v. sau i.m.), apoi din 15 în 15 minute, câte 1-3 fiole a 1 mg (deseori se ajunge la 70-100 fiole de atropină în 24 de ore).</p> <p>Administrarea atropinei se face urmărind apariția semnelor de atropinizare: midriaza, tahicardia, tegument uscat și dispariția sau atenuarea semnelor intoxicației.</p> <p><i>Atenție!</i> La copil doza inițială de atropină va fi administrată conform următorului calcul:</p> <p>0,2 mg sub vârsta de 2 ani, 0,5 mg la copiii între 2 și 10 ani, 1-2 mg la copiii mai mari de 10 ani.</p> <p>Calea de administrare poate fi i.v., i.m. sau s.c. Dozele vor fi repetate la fiecare 10 minute, până la obținerea efectelor atropinice, apoi se va urmări menținerea lor 24-48 de ore.</p> <p>3. Administrare de antidot specific: <i>toxogonin</i>, <i>piran-git</i> (fiole de 1 ml cu 250 mg substanță activă), <i>contrathion</i> (flacoane a 200 mg și fiole cu solvent de 10 ml), <i>obidoxima</i> fiole de 1 ml = 250 mg – produs românesc. Se administrează în asociere cu atropină, nu în locul acesteia și nu înainte de administrarea atropinei. Doza inițială de toxogonin 1-2 fiole intravenos. Doza se repetă la 8 ore interval (în funcție de severitatea intoxicației). Doza de contrathion este de 0,8-1 g/zi.</p>
	<p>4. Terapia de substituție constă în administrarea de colinesterază plasmatică (pseudocolinesterază) sub formă de plasmă proaspătă sau liofilizată – reconstituită sau diverse preparate care conțin pseudo-colinesterază concentrată.</p> <p><i>Atenție!</i> La copii, doza inițială de toxogonin este de 4-8 mg/kilocorp i.v. (perfuzie lentă). Doza se poate repeta de 1-2 ori. Se mai recomandă administrarea de plasmă (10-20 ml/kilocorp/24 ore).</p> <p>5. Terapia simptomatică și de susținere: — aspirarea secrețiilor traheo-bronșice, drenaj postural, administrare de O₂,</p>

15 minute
pe pielea

ul fiziolo-
5 mg). Doza
(2-4 fiole a
oute, câte 1-
100 fiole de

nd apariția
ardia, tegu-
semnelor

administrată

c. Dozele
la obținerea
șințieră lor

mm, piran-
ta activă),
cu solvent

250 mg –
ociere cu
nainte de
loxogonin:
pe interval

trarea de
niză) sub

recon-
pseudo-

este de
ale repeta
plasmă

aj postu-

	<p>— suprimarea convulsiilor (diazepam), edem pulmonar acut (furosemid, corticoterapie), a tulburărilor de ritm, a dezechilibrelor metabolice (hidroelectrolitice, acido-bazice ș.a.). Vezi capitolele corespunzătoare.</p> <p><i>Atenție!</i> În toată etapa intoxicației cu organofosforice este interzisă ingestia de lapte și alimente ce conțin lipide.</p>
--	--

De reținut: unele din aceste măsuri de urgență vor fi aplicate de asistenta medicală (chiar în lipsa medicului) la locul producerii intoxicației, la dispensar sau chiar în timpul transportului la o unitate spitalicească. Astfel: resuscitarea cardio-respiratorie, poziționarea intoxicatului în caz de comă, aspirarea secrețiilor, provocarea de vărsături, decontaminarea tegumentului sau (la indicația medicului) administrarea de atropină, antidot specific și alte medicamente necesare în terapia simptomatică.

De aceea, asistenta medicală este obligată să cunoască simptomatologia și măsurile de prim ajutor (inclusiv medicația), pentru a putea interveni de urgență.

6.3.7. Intoxicațiile cu insecticide organoclorurate

Insecticidele organoclorurate (D.D.T., gamexan, aldrin, hexaclorhexan, lindan ș.a. sunt substanțe larg utilizate ca insecticide și de aceea sunt frecvente intoxicațiile accidentale (sau voluntare), în care predomină convulsiile.

6.3.7.1. <i>Manifestări clinice</i>	<p>Tabloul clinic este alcătuit din două grupe de manifestări digestive și nervoase.</p> <p><i>Fenomene digestive:</i></p> <p>— grețuri, vărsături, colici abdominale, diaree, tenesme,</p> <p><i>Fenomene nervoase:</i></p> <p>— cefalee, confuzie, parestezii localizate inițial la limbă, buze și față (D.D.T.),</p> <p>— tremurături, fibrilații musculare,</p> <p>— convulsii și comă.</p> <p>Convulsiile se pot termina în opistotonus (contractură cu corpul în extensie) cu stop respirator. Decesul poate să survină prin paralizia respiratorie și fibrilație ventriculară.</p> <p><i>Atenție! Lipsește mioza. De obicei, pupilele sunt midriatice</i> (important pentru a nu se face confuzie cu intoxicația organofosforică).</p>
6.3.7.2. <i>Măsuri de urgență</i>	<p>— „Nu există antidot“! Vor fi făcute:</p> <ul style="list-style-type: none"> • provocare de vărsături, <p>— spălătură gastrică (cu apă caldă și cărbune animal),</p>

11.2. ȘOCUL CARDIOGEN	<p>Dintre factorii etiologici care provoacă șocul cardiogen, cel mai important este infarctul miocardic, alți factori etiologici fiind cei extracardiaci: tamponada cardiacă, leziunile pericardice, emfizemul mediastinal și vasculari; embolia pulmonară cu trombus sanguin sau embolie grăsoasă și alte tipuri de leziuni obstructive ale marilor vase sau ale inimii. Șocul cardiogen se poate instala odată cu debutul infarctului miocardic acut sau poate surveni în cursul evoluției acestuia, situație în care hipotensiunea se instalează progresiv. Instalarea tardivă a șocului cardiogen se întâlnește de obicei la bolnavii vârstnici cu insuficiență cardiacă cronică.</p>
11.2.1. Tabloul clinic	<p><i>Observații:</i> tabloul clinic este precedat sau însoțit de semnele bolii de bază: dureri precordiale, dispnee, bolnav anxios, neliniștit, palid, cu extremități cianotice, transpirații profuze, puls mic, aproape imperceptibil, T.A. prăbușită.</p>
11.2.2. Primul ajutor	<ul style="list-style-type: none"> — Culcarea și sedarea bolnavului, combaterea durerii, factor de întreținere și agravare a șocului. Poziția ușor semișezândă (30-40°) dacă tensiunea arterială o permite (pericol de hipoxie cerebrală). — Se pot administra ca sedative: 1-2 tablete extraverale sau 1 tabletă diazepam (10 mg tableta pentru adulți; 2 mg tableta pentru copii). — Ca analgetic: fortral 10-30 mg (1 fiolă = 30 mg) injectabil sau o tabletă de 50 mg peroral. — Oxigenoterapie prin sondă nasofaringiană. — Bolnavul se transportă urgent la spital, sub controlul funcțiilor vitale. În caz de stop cardiorespirator se practică manevrele cunoscute de reanimare.
11.2.3. Tratamentul în staționar	<ul style="list-style-type: none"> — Bolnavii cu șoc cardiogen provocat de infarctul miocardic acut trebuie internați în unitățile de îngrijire a coronarienilor, în cadrul secțiilor de cardiologie sau în serviciile de reanimare și terapie intensivă. — Ei trebuie imobilizați la pat și așezați în poziție favorabilă: în decubit dorsal, cu membrele inferioare ușor ridicate, la 15°, față de planul orizontal al patului. — În caz de dispnee severă sau edem pulmonar se ridică ușor planul patului pe care se sprijină capul și trunchiul, iar membrele inferioare rămân la orizontală.

5

	<p>— Tratatamentul șocului presupune supravegherea minut cu minut. Să fie sub observație permanentă: tensiune arterială, pulsul, respirația (amplitudine, frecvență, eficiență), culoarea și temperatura tegumentului, diureza orară. Examinări de laborator: determinarea echilibrului acido-bazic, hematocritul, azotemia.</p> <p>În unitățile specializate se face monitorizarea bolnavului (înregistrarea continuă a E.C.G., a T.A., determinarea presiunii venoase, determinarea PO₂, a O₂ pH plasmatic, a excesului de baze, a rezervei alcaline).</p> <p>— Calmarea durerii se face prin analgezice. În principiu morfina este contraindicată în șocul cardiogen, datorită efectelor ei hipotensoare. În cazurile în care durerea este severă, se recomandă în doze minime;</p> <ul style="list-style-type: none"> • morfina 5 mg i.v. în interval de 1-2 minute. Unii cardiologi folosesc: • mialgin 50 mg (1/2 fiolă) i.m. repetat la nevoie la interval de 3 ore sau • fortral 15 mg (1/2 fiolă) i.m. repetat la nevoie la interval de 3 ore. <p>La bolnavii în șoc sever, la care durerea nu mai este percepută, dar care sunt anxioși, nu se administrează analgezice centrale, ci anxiolitice: diazepam 5-10 mg (1/2-1 fiolă) lent i.v.;</p> <ul style="list-style-type: none"> • hidroxizin în doză de 50-100 (1/2-1 fiolă) intravenos foarte lent sau • romergan 25-50 mg (1/2-1 fiolă) i.m. <p><i>Observații:</i> cadrul mediu va asigura în permanență completarea baremului cu medicamente de urgență pentru a le administra de urgență la indicația medicului.</p>
	<p>— <i>Oxygenoterapie</i> prin sondă nazofaringiană 6-8 l/minut. Uneori, pentru corectarea tulburărilor de hematoză se recurge la intubație și ventilație mecanică.</p> <p>— <i>Administrarea de lichide volemice.</i></p> <p>La toți bolnavii în șoc cardiogen, trebuie instalată de urgență o perfuzie intravenoasă (prin puncție venoasă sau prin denudarea și cateterizarea unei vene) cu soluție de glucoză 5% care servește pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • corectarea hipovolemiei relative, • hidratarea parenterală, • vehicularea unor medicamente, • și pentru păstrarea accesului la calea intravenoasă.

	<p>Administrarea de lichide, atunci când nu se poate măsura presiunea venoasă centrală, trebuie să se facă sub observație clinică foarte atentă (a tensiunii arteriale, a stării generale, a pulsului, a culorii și temperaturii tegumentului, a diurezei).</p> <p>Rolul cadrului mediu este foarte important, ca să observe și să semnaleze la timp medicului apariția unor semne patologice.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Optimizarea funcției de pompă cardiacă prin administrarea de dopamină, dobutamină și alte cardiotonice majore sau beta-active în perfuzie paralelă dozată individual, doza medie fiind de 2-10 micrograme pe kilocorp și pe minut. <p>Stimularea inimii se asociază în tehnicile de tratament moderne ale șocului cardiogen cu administrarea dozată de vasodilatatoare: nitroglicerina, niroprusiat de sodiu, care scad rezistența vasculară periferică, combat edemul pulmonar și ameliorează întoarcerea către inima dreaptă, crescând astfel debitul cardiac.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Administrarea de antiaritmice pentru combaterea aritmiilor grave care însoțesc infarctul miocardic (xilină în perfuzie, atropină, propranolol, isoptin, droperidol etc.) se va face individualizat și numai la indicația medicului. — Administrarea unor medicamente care se folosesc numai temporar în anumite situații speciale, când viața bolnavului este amenințată: norartrinal, izoprenalină, pentru menținerea perfuziei organelor centrale, crescând rezistența periferică. — Corectarea acidozei metabolice se face prin administrarea de soluție de bicarbonat de sodiu (100-200 ml din soluție molară 8,4%) și/sau soluție T.H.A.M. în funcție de pH plasmatic și deficitul de baze. — Administrarea de corticoizi este indicată atunci când alte mijloace terapeutice s-au dovedit inefficiente.
<p>11.3. ȘOCUL ANAFILACTIC</p>	<p>Șocul anafilactic apare în cursul reacțiilor alergice imediate, grave. Cel mai frecvent survine în următoarele circumstanțe etiologice:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alergie medicamentoasă, — înțepătură de insectă, — alergie alimentară. <p>În șocul anafilactic are loc o exsudare mare de lichid de interstițiu care, alături de vasodilatație determină prăbușirea tensiunii arteriale, ce poate fi responsabilă de moartea bolnavului.</p>

Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturilor pacientului

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29 ianuarie 2003
Parlamentul României adoptă prezenta lege.

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. - În sensul prezentei legi:

- a) prin pacient se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate;
- b) prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale;
- c) prin îngrijiri de sănătate se înțelege serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical;
- d) prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;
- e) prin îngrijiri terminale se înțelege îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Art. 2. - Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.

Art. 3. - Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.

CAPITOLUL II

Dreptul pacientului la informația medicală

Art. 4. - Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.

Art. 5. - (1) Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.

(2) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.

Art. 6. - Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.

Art. 7. - Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință.

Art. 8. - Informațiile se aduc la cunoștință pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.

	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 biopsie 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.
18 01 04 deșeuri ale căror colectare și eliminare nu fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor	Îmbrăcăminte necontaminată, aparate gipsate, lenjerie necontaminată, deșeuri rezultate după tratarea/decontaminarea termică a deșeurilor infecțioase, recipiente care au conținut medicamente, altele decât citotoxice și citostatice etc.
18 01 06* chimicale constând din sau conținând substanțe periculoase	Acizi, baze, solvenți halogenați, alte tipuri de solvenți, produse chimice organice și anorganice, inclusiv produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator, soluții fixatoare sau de dezvoltare, produse concentrate utilizate în serviciile de dezinfecție și curățenie, soluții de formaldehidă etc.
18 01 07 chimicale, altele decât cele specificate la 18 01 06*	Produse chimice organice și anorganice nepericuloase (care nu necesită etichetare specifică), dezinfectanți (hipoclorit de sodiu slab concentrat, substanțe de curățare etc.), soluții antiseptice, deșeuri de la aparatele de diagnostic cu concentrație scăzută de substanțe chimice periculoase etc., care nu se încadrează la 18 01 06*
18 01 08* medicamente citotoxice și citostatice	Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).
18 01 09 medicamente, altele decât cele specificate la 18 01 08	Categoriile de deșeuri vor fi stabilite în ordinul privind gestionarea deșeurilor de medicamente, care va fi reglementat conform art. 6 alin. (2).
18 01 10* deșeuri de amalgam de la tratamentele stomatologice; aceste deșeuri sunt considerate periculoase.	Capsule sau resturi de amalgam (mercur), dinți extrași care au obturații de amalgam, coroane dentare, punți dentare, materiale compozite fotopolimerizabile, ciment glasionomer etc.

NOTĂ:

Deșeurile periculoase sunt marcate cu un asterisc (*) conform prevederilor anexei nr. 2 "Lista cuprinzând deșeurile, inclusiv deșeurile periculoase" la Hotărârea Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare.

(3) Deșeurile neexemplificate la alin. (2) generate în unitățile sanitare se clasifică conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare, și se gestionează conform legislației în vigoare.

CAPITOLUL IV: Minimizarea cantității de deșeuri

Aplicarea corectă a măştii pe figura bolnavului se face cu ancoşa mare pe bărbie şi cea mică pe nas, bine fixată cu indexul şi policele mâinii stângi, iar cu restul degetelor se susţine mandibula, pentru ca poziţia de hiperextensie a capului să fie bine menţinută. În cazul respiraţiei cu aparate portabile, mâna dreaptă rămâne liberă pentru a acţiona pe burduf sau balonul aparatului (fig. 2.21 a, b).

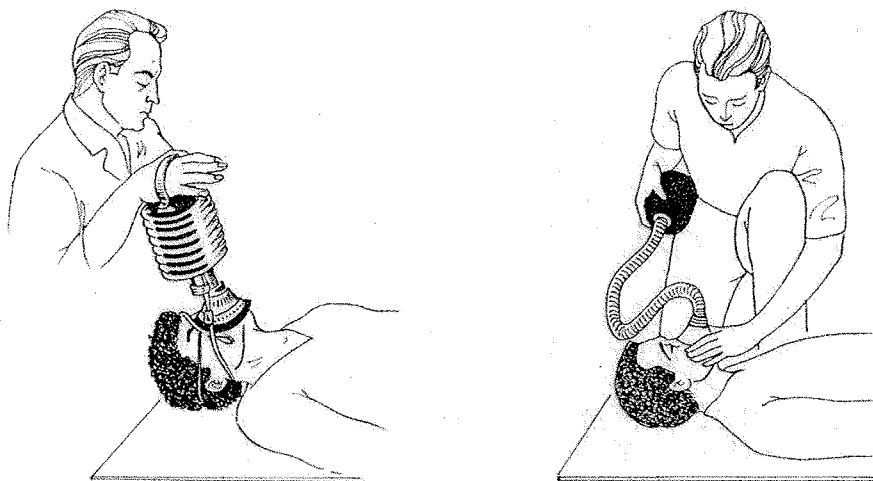


Fig. 2.21. a – Respiraţie manuală pe timpul transportului folosind dispozitivul Ranima.
b – Respiraţie artificială manuală pe timpul transportului folosind balonul Ruben.

De reţinut: respiraţia artificială trebuie continuată până la reluarea mişcărilor respiratorii spontane eficiente sau până la unitatea spitalicească unde se poate institui ventilaţia mecanică controlată.

2.6.2.2. *Masajul cardiac extern (resuscitarea cardio-respiratorie)*



Repetând cele amintite la început că moartea clinică începe odată cu *stopul cardiac*, care determină şi oprirea circulaţiei cerebrale, rezultă că resuscitarea cardiorespiratorie trebuie începută imediat, pentru a preveni transformarea morţii clinice (fenomen reversibil) în moarte biologică (fenomen ireversibil). Semnele stopului cardio-respirator au fost amintite la început. *Reanimarea stopului cardiac se face obligatoriu şi paralel, cu respiraţia artificială, deoarece stopul cardiac este urmat invariabil şi de stopul respirator în 20-30 de secunde.*

După constatarea opririi activității inimii, *prima măsură* este masajul cardiac extern, combinat cu respirația artificială.

- Se așază victima rapid în decubit dorsal pe un plan dur (pe sol, dușumea); dacă este în pat va fi deplasată la marginea patului, unde este un plan dur, sau se poate introduce sub torace o scândură, o planșetă etc. Dacă victima este la sol, salvatorul se așază în genunchi.
- Unii autori recomandă ca la începutul reanimării oricărui stop cardio-respirator să se încerce stimularea inimii, prin aplicarea *unei singure lovituri* ușoare cu pumnul de la o înălțime de 20-32 cm în mijlocul regiunii presternale (fig. 2.22).

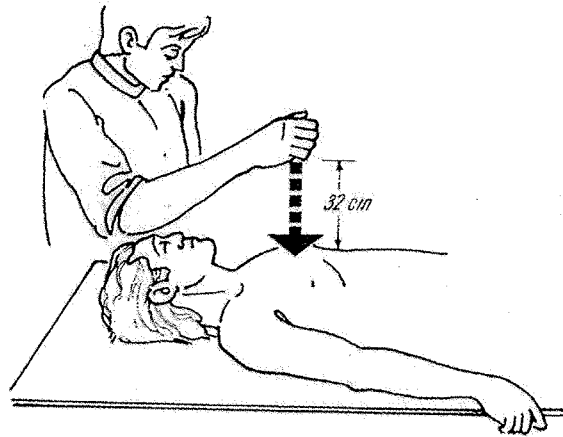


Fig. 2.22. — Manevră de aplicare a loviturii de pumn pe regiunea precordială, care poate acționa ca un stimul al activității cardiace.

În caz de insucces, se trece imediat la respirație artificială și masaj cardiac.

- Respirația artificială „gură la gură“ (eventual „gură la nas“, mască) conform formulei H.E.L.P.
 - Hiperextensia capului
 - Eliberarea căilor respiratorii superioare
 - Luxarea mandibulei înainte
 - Pensarea nasului
 - Insuflarea aerului(vezi tehnica respirației artificiale)
- După una-două insuflări de aer se trece la comprimarea ritmică a sternului în 1/3 inferioară = masaj cardiac (5-6 compresiuni)

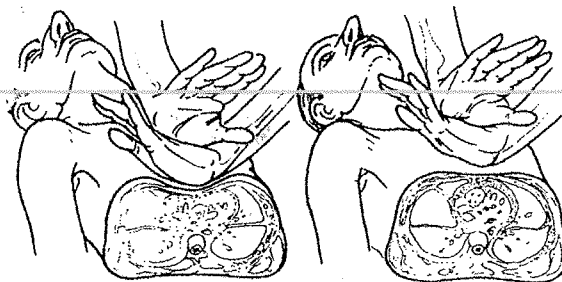
— După 5-6 compresiuni, salvatorul întrerupe masajul și se va face rapid o respirație gură la gură, apoi va relua imediat masajul cardiac.

De reținut: repetând această succesiune, se obține un ritm de 14-16 respirații pe minut și 60-70 de compresiuni sternale pe minut.

Insuflația se poate face fie prin metoda respirației artificiale gură la gură, fie prin celelalte metode amintite (gură la nas, gură la mască, la sondă sau cu dispozitive de respirație artificială portabile – ventilatoare manuale).

X — Tehnica masajului cardiac:

- Se aplică transversal podul palmei uneia din mâini (de obicei stânga) pe 1/3 inferioară a sternului, iar cealaltă palmă (dreaptă, a cărei forță este mai mare) se suprapune perpendicular pe prima.
- Cu cele două mâini suprapuse și cu brațele întinse, ajutându-se de greutatea corpului, salvatorul exercită presiuni ritmice asupra sternului.
- Fiecare compresiune va fi bruscă și scurtă (aproximativ o secundă) și va exercita o presiune verticală a sternului spre coloana vertebrală, în așa fel ca sternul să fie înfundat cu aproximativ 5-6 cm.
- Se apasă numai cu podul palmei, degetele fiind ridicate pentru a se evita comprimarea coastelor (se pot rupe) (fig. 2.23). După fiecare compresiune sternul este lăsat să revină în poziția inițială, fără să se ridice mâinile de pe sternul victimei.



I

II

Fig. 2.23. – Tehnica masajului extern

Timpul I: comprimarea inimii între stern și coloana vertebrală prin compresiune manuală pe stern.

Timpul II: revenirea inimii la volumul inițial prin încetarea compresiunii asupra sternului.

9

3.4.1. Cauze

Cele mai importante cauze ale H.D.S.:

- *Boli ale esofagului:*
 - varice esofagiene,
 - ulcer peptic al esofagului,
 - tumori maligne și benigne,
 - sindromul Mallory-Weiss (fisura longitudinală a esofagului inferior după eforturi repetate de vărsătură),
 - diverticul esofagian, hernie gastrică transhiatală, alte cauze.
- *Boli ale stomacului și duodenului:*
 - ulcerul gastric și duodenal (cauza principală și cea mai frecventă – 80%),
 - ulcerul acut de stres,
 - gastrite hemoragice (corozive și medicamentoase): acizi puternici, hidrat de sodiu, medicamente cu risc hemoragic (corticoterapie, aspirină, fenilbutazonă etc.),
 - tumori maligne și benigne ale stomacului și duodenului,
 - varice gastrice,
 - traumatisme.
- *Boli ale intestinului subțire până la unghiul Treitz.*
- *Hipertensiune portală* de diverse cauze (ciroza hepatică, tromboză a venei porte etc.).
- *Cauze generale:*
 - boli ale vaselor (hemangioame, telangiectazia Rendu-Osler),
 - boli de sânge (sindroame hemoragice prin trombocitopenie),
 - șoc grav.
- *Boli ale organelor învecinate:*
 - sânge înghițit (provenit din gură, faringe, epistaxis, hemoptizie); ruptura unui anevrism, abces, tumori etc.

Gravitatea unei hemoragii nu depinde numai de cantitatea de sânge pierdut, ci și de *rapiditatea pierderii*.

Pentru diagnosticul de localizare a H.D.S. în prezența hematemezei și melenei se vor exclude:

— hemoptizia, epistaxisul, hemoragia mucoasei bucale (sânge înghițit și apoi eliminat sub formă de vărsături sanguinolente); hemoragii digestive inferioare (anorectoragii), manifestate prin scaune sanguinolente; modificări de culoare ale scaunului datorită unor medicamente (pe bază de bismut, fier, cărbune) sau alimente (afine).

Diagnosticul de hemoragie digestivă, în cazul în care bolnavul nu are nici hematemeză nici melenă se pune pe prezența semnelor clinice și de laborator ale hemoragiilor interne și pe antecedentele digestive.

Orientativ pentru cadrele medii sunt necesare câteva precizări asupra modului de producere a A.V.C. prin ischemie cerebrală și anume asupra infarctului cerebral (determinat de tromboza arterelor și embolia arterelor). -

Infarctul cerebral este o necroză a unei părți din țesutul cerebral, provocată de suprimarea fluxului sanguin ca urmare a obliterării vasului:

a) prin *tromboză* (este o obliterare vasculară printr-o alterare locală a peretelui vascular cu depunere de hematii și leucocite = formarea trombusului roșu).

Trombusul roșu, puternic fixat de perete, duce la stenoza persistentă a lumenului vascular:

b) prin *embolia* arterelor (este o obliterare vasculară printr-o particulă solidă, lichidă sau gazoasă vehiculată de la distanță de circulația sanguină). Se deosebesc:

— tromboemboliile în care particulele solide sunt trombi roșii (porniți de la inimă în cadrul cardiopatiilor emboligene);

— ateroembolii (placă de aterom ulcerată provenită de la arterele mari, aortă, artere de la baza gâtului);

— embolii grăsoase, uleioase;

— embolii aerice.

Infarctele cerebrale mai pot fi date și de tromboză venoasă cerebrală și de unele surse embolice foarte variate: septicemii, neoplazii etc.

5.2.2. Simptomatologie

Diagnosticul se bazează în general pe bruschețea debutului (debut brusc în majoritatea cazurilor).

- Hemiplegie (paralizia unei jumătăți a corpului — stânga sau dreapta) sau hemipareza, hemiparezezii (parestezii = furnicături) - în partea hemiplegică extremitățile ridicate cad rapid inerte (fig. 5.4).

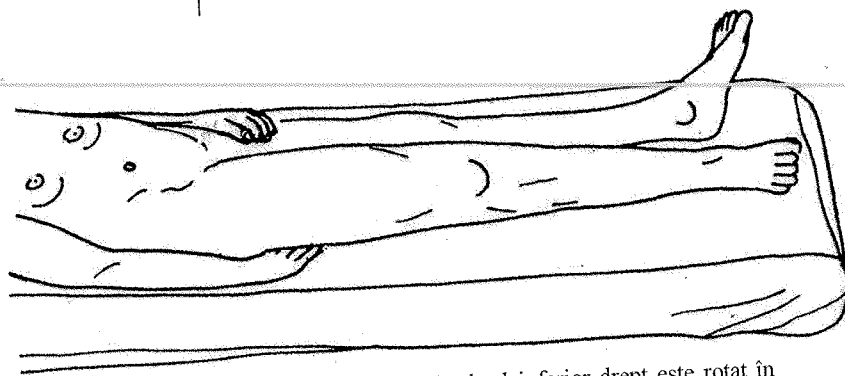


Fig. 5.4. - Hemiplegie dreaptă. Membrul inferior drept este rotat în exterior iar laba piciorului în extensie. Brațul paralizat este în adducție, mâna este rotată spre dreapta.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tulburările senzitive: <i>subiective</i>: tot ceea ce spune bolnavul că simte - arsuri, furnicături, senzație de căldură, rece etc.; <i>obiective</i>: se pun în evidență (se obiectivează) de examinator. • Tulburări senzoriale: (tot ceea ce ține de organele de simț): <ul style="list-style-type: none"> — de văz: pierderea monoculară sau binoculară a vederii, scăderea acuității vizuale, diplopie (vedere dublă), de auz, de gust, de tact, de miros. • Tulburări de vorbire în leziuni ale hemisferei stângi (disfazie, afazie). • Tulburări sfîcteriene (bolnavii nu-și pot controla emisiunea de urină, de scaun).
--	--

Observații: simptomatologia are multe particularități în funcție de etiologia A.V.C. Astfel, este bine ca și cadrele medii să cunoască - în mare - câteva semne mai caracteristice ale ischemiei cerebrale, ale hemoragiei cerebrale sau ale hemoragiei subarahnoidiene, pentru a putea informa cât mai exact medicul, în vederea diagnosticului diferențial.

Prezentarea unor elemente de diagnostic (chiar sumar) al acestor afecțiuni pot oferi câteva date clinice care să constituie criterii de diferențiere. Asistenta medicală trebuie să știe modalitatea de instalare a debutului, care are o mare valoare în orientarea medicului solicitat să acorde asistența de urgență.

Astfel:

5.2.2.1. I. Ischemia cerebrală	<p>Apare la bolnavi în vârstă de peste 60 de ani, cu ateroscleroză cerebrală, cu cardiopatii emboligene, cu antecedente de ischemie cerebrală tranzitorie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semne prodromale <ul style="list-style-type: none"> — pareze sau paretezii — defecte de vorbire — tulburări de vedere — vertij. <p>(Aceste semne prodromale nu precedă hemoragia cerebrală).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debutul poate fi acut sau intermitent progresiv. • Semnele pot să apară noaptea în somn. Bolnavii care nu-și pierd starea de conștiință se trezesc dimineața cu deficit motor de tip hemiplegie. • Dacă apare, coma este superficială. • Lichidul cefalorahidian clar se pune în evidență după puncția rahidiană, pe care o execută medicul. <p><i>Observație:</i> Ischemia prin embolie apare mai frecvent la bolnavi mai tineri sau de vârstă mijlocie cu valvulopatii reumatice, în fibrilații atriale, tromboflebite, după traumatisme, după operații.</p>
--------------------------------	--