

VARIANTA II

1. Starea de rau astmatic - Tablou clinic
2. Infarct miocardic acut – Conduita de urgenta
3. Pancreatita acuta – Simptomatologie
4. Coma diabetica – Atitudine de urgenta
5. Asistarea nasterii – Interventii
6. Socul anafilactic – Tablou clinic
7. Recoltarea exudatului faringian – Pregatire si executie
8. Ingrijirea pacientului cu ciroza hepatica – Interventii
9. Enumerati codurile de deseuri medicale rezultate din activitatile medicale si ce reprezinta fiecare
10. Pneumotoraxul spontan - Simptomatologie

Dr. G. I. I. I.

2

7/5/11

Dr. I. I. I.

De reținut:

Intenția trebuie să știe să diferențieze astmul bronșic de astmul cardiac sau de edemul pulmonar acut, pentru a evita greșelile fatale în conduita de urgență. Se diferențiază în primul rând prin caracterul dispneei. Astfel, în astmul cardiac dispneea este polipneică, predominant inspiratorie, bolnavul este înclinat înainte, rezemat în mâini, cu umerii ridicați (fig. 1.7); tahicardie. Criza poate evolua sub o formă gravă: edem pulmonar, când sufocarea se agravează, cianoză, expectorație spumoasă rozată.

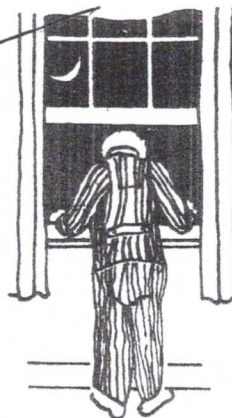


Fig. 1.7. — Astm cardiac.

1.3. STAREA DE RĂU ASTMATIC

Este stadiul clinic cel mai sever al astmului bronșic. Se manifestă printr-un *sindrom asfixic* (crize prelungite). Poate să dureze chiar peste 24 de ore.

1.3.1. Cauze declanșatoare

- Infecția bronșică difuză (bacteriană, virotică)
- Reacții alergice imediate, provocate de medicamente, de prafuri alergizante din atmosferă etc.
- Abuzul de simpaticomimetice, bronhodilatatoare.
- Medicamente sedative, opiacee, tranchilizante, prin deprimarea centrului respirator.
- Suprimarea brutală a corticoterapiei.
- Utilizarea necorespunzătoare a oxigenului.

1.3.2. Tabloul clinic

- Bolnavul stă în poziție șezândă, cu toracele împins înainte, cu fața anxioasă și semne de insuficiență respiratorie accentuată.
- Polipnee, cu expirație prelungită și tiraj.
- Cianoză.
- Transpirațiile profuze chinuiesc bolnavul, care este „lac de apă”.
- Absența tusei și expectorației.
- Diminuarea extremă a murmurului vezicular, raluri bronșice mari și mici (la auscultație).

Atenție! Pentru cadrul mediu este greu să facă diagnosticul diferențial cu edemul pulmonar acut (E.P.A.), astmul cardiac, embolia pulmonară, pneumotoraxul spontan, bronhopneumopatia obstructivă cronică acutizată (BPOC). Trebuie totuși să se orienteze, să se informeze despre unele antecedente ale bolnavului:

- dacă bolnavul este un vechi astmatic (în absența unei cardiopatii stângi); dacă este purtător al unei BPOC; de existența unor antecedente cardiace. De asemenea, diferențierea se mai poate face ținând seama de caracterul dispneei;

sub
L.
10 p.

	• 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. Oxigenoterapie.
— scurtarea timpului până la internarea în spital	• Transportul de urgență într-o unitate spitalicească cu autosanitare și obligatoriu cu targa. Pentru reducerea mortalității prin infarct miocardic, ideale sunt ambulanțele 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 interveni 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 hidroclorid (HHC);
- seringi sterile, soluții de perfuzat, aparat de perfuzie, deschizător de gură, pipe Guedel, aspirator de secreții, aparat de respirație artificială de tip Ruben, aparatură pentru monitorizare și defibrilare.

2.3.3. Îngrijirea în unitățile spitalicești	52 IMA - 10 p.
1 - instalarea bolnavului în pat	— 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 personalul 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	La indicația medicului: — sedarea durerii: derivații de opiacee (morfină, mialgin), fortal sau amestecuri litice (romergan + largactil + mialgin).

101A-2cont. - S2 - 10P

- supravegherea funcțiilor vitale	— Urmărirea ideală a unui infarct este monitorizarea cu supravegherea permanentă în primele zile a E.C.G. și T.A. și a ritmului cardiac. În secțiile obișnuite de boli interne, în lipsă de aparatură de monitorizare supravegherea constă în măsurarea T.A., frecvenței pulsului și a respirației la o oră, la nevoie mai des, în funcție de starea bolnavului. Înregistrarea zilnică a E.C.G., precum și a temperaturii, de câte ori este indicat de medic.
- recoltarea probelor de laborator	— Asistenta medicală va recolta sânge pentru probe de laborator indicate de medic (pentru dozările enzimaticе, a fibrinogenului, glicemiei, determinarea leucocitozei, a V.S.H., colesterolului, acidului uric).
- prevenirea complicațiilor tromboembolice	— Anticoagulante (heparină 300-400 mg/24 ore) (1 fiolă = 50 mg), câte 2 fiole la 4-6 ore. — Concomitent - trombostop (4-6 tablete pe zi inițial, apoi în funcție de timpul Quick).
- preîntâmpinarea hiperexcitabilității miocardului	— Xilină - 200 mg intramuscular (20 ml 1%) sau i.v. ori în perfuzie
- administrarea medicației	Foarte important! • Se va face cu mare punctualitate, deoarece întârzierile pot provoca bolnavului emoții inutile. • Tratatamentul medicamentos se face la pat, în poziție orizontală. • Asistenta medicală va avea pregătite medicamente pentru eventualele complicații. • Deși medicamentele se dau strict la indicația medicului, în unele cazuri de urgență, cadrul mediu va trebui să intervină cu unele medicamente (nitroglicerină) și oxigen.
8 - alimentația bolnavilor	— Mesele vor fi fracționate pentru a se evita consumul de cantități mari la o masă. — Se va face alimentație pasivă la pat, în primele zile în decubit dorsal. Treptat se va trece la alimentație activă la pat (numai la recomandarea medicului în poziție șezândă). După mobilizarea bolnavului, i se poate servi masa în sala de mese. — Regimul alimentar va fi hiposodat și hipocaloric. — Primele zile va fi alcătuit din lichide și pireuri

9 -

10 -

11 -

12 -

13 - e
ni

24C diploma- logie	— Colecistita acută este o inflamație cu caracter acut a peretelui colecistic (congestie, supurație, gangrenă). De cele mai multe ori survine din cauza obstrucției canalului cistic (litiază cistică) și infecției pereților veziculei bilare. — Angiocolitele (colangite) sunt afecțiuni inflamatoare ale căilor bilare extra- și intrahepatice (când este interesat și colecistul este vorba de angio-colecistite). — Colecistita cronică și dischineziile bilare (dischineziile bilare sunt tulburări ale motricității veziculei bilare). — Parazitozele intraveziculare (giardia).
10P 3 2 1 Conducuta de urgență	● <i>Durerea</i> se datorește unor contracții spastice reflexe ale veziculei sau ale căilor bilare, urmate de creșteri ale presiunii din arborele biliar. — Debutează în hipocondriul drept sau în epigastriu, se accentuează progresiv, atingând intensitatea maximă în câteva ore și cedează brusc sau lent. — Iradiază sub rebordul costal drept în regiunea dorso-lombară, scapulară, în umărul drept. ● <i>Grețuri, vărsături</i> cu conținut alimentar sau bilios. ● <i>Icter</i>. Colorația se datorește unui edem, spasm reflex al sfincterului Oddi și se poate instala fără să existe un obstacol prin calcul pe coledoc. ● <i>Frisorul</i> apare când predomină infecția căilor bilare; este urmat de transpirații abundente și stare generală rea. ● <i>Febra</i> apare mai ales în colecistitele acute și angiocolite secundare infecției cu germeni microbieni. ● <i>Semne locale</i> — Vezicula biliară poate fi palpabilă și foarte sensibilă, ceea ce se pune în evidență cerând bolnavului să inspire profund în timp ce mână palpează hipocondriul drept. Dacă vezicula este inflamată, în inspirație profundă, când ea atinge mână celui ce palpează, bolnavul simte o durere accentuată (semnul Murphy — prezent).
Conducuta de urgență	— Colicile bilare de intensitate și durată mică, fără complicații, pot fi tratate la domiciliu prin: — repaus la pat, — regim alimentar,

— în spital	— Colicile bilare însoțite de vărsături (cu tulburări hidroelectrolitice), la cel mai mic semn de evoluție nefavorabilă necesită internarea de urgență pentru investigații și tratament medico-chirurgical.
— în spital	— Recoltarea de sânge pentru examinări de urgență: numărarea leucocitelor, bilirubinemie, transaminază, ionogramă sanguină, rezervă alcalină, azot, glicemie, amilazemie. — Examenul urinii (urobilinogen, pigmenți biliari). — <i>Atenție! Nu se face în crize tubaj duodenal sau colecistografie cu substanță de contrast.</i> — Repaus la pat. Alimentație: ceai de tei, mușețel sau mentă. — <i>Calmarea durerii.</i> — Asistența medicală pregătește medicamente și instrumentar steril pentru tratament, dar nu va administra bolnavului nici un calmant fără indicația medicului, pentru a nu masca evoluția acută a bolii sau o perforație. ● antispasmodice: peroral (lizadon, foladon, scobutil în tablete); — parenteral: ● scobutil compus 2-3 fiole, ● sulfat de atropină 0,5 mg s.c. de 2-3 ori pe zi, ● papaverină (2-4 fiole în 24 de ore), ● nitroglicerină administrată sublingual sau injectabil reduce spasmul sfincterului Oddi și contracțiile hipertone ale veziculei bilare. Nu are nici un efect în hipotonii sau atonii, ● <i>antidige:</i> algocalmin, antidoren, fortital. - Dacă nu cedează colica, se recurge la mialgin 100-150 mg la interval de 6-8 ore, medicament care are avantajul de a nu provoca spasmul musculaturii netede. <i>Atenție! Nu se administrează morfina, deoarece accentuează spasmul căilor bilare.</i> — Calmarea vărsăturilor (bolnavul varsă, deci nu se poate administra nimic peroral); ● emetiral (supozitoare), ● iorecan (fiole), ● plegomazin (fiole). — Combaterea infecției: — antibiotice: penicilină (se elimină puțin prin căile bilare) 6-10 milioane U/zi, tetraciclină (nu se elimină prin căile bilare) 2-3 g/zi amni-

File 1 Coma DZ.

- 2.b. Tulburări de cunoștință (comă calmă)
- 3.b. Deshidratare globală:
- tegument uscat,
 - extremități reci, de aspect violaceu,
 - pliu cutanat persistent,
 - uscăciunea limbii (roșie prăjită), a mucoaselor,
 - fațes supl, nas ascuțit,
 - hipotonia globilor oculari, înfundați în orbite,
 - hipotensiune arterială, colaps.
- 4.b. alte semne: hipotermie, vărsături, dureri abdominale, midriază, halenă acetonică
- Pentru confirmarea diagnosticului pot fi determinate (accesibile oricărui cabinet medical) glicozuria (reactiv: Fehling sau Nylander), acetonuria (reacția Legal) sau prin teste rapide.
- Ca tratament de urgență se administrează insulina 20 U i.v. (chiar la domiciliu).
- Se transportă de urgență la spital unde tratamentul este etapizat pe ore și strict individualizat pentru combaterea acidozei și hidratare.
- Se recoltează probe de laborator pentru determinarea glicemiei, glicozuriei cantitative, acetonuriei, hematocritului, azotemiei, ionogramei, rezervei alcaline.

5.1.2.B. Coma hipoglicemică

- Uneori este precedată de foame imperioasă, senzație de oboseală, tahicardie, anxietate, transpirații, agitație psiho-motorie (logoree, delir, fasciculații musculare).
 - De cele mai multe ori se instalează brusc.
 - Are tablou caracteristic de comă "umedă" și hipertonă:
 - transpirații profuze,
 - agitație psihică,
 - contracturi musculare,
 - convulsii,
 - hiperflexia osteo-tendinoasă,
 - hipertonia globilor oculari,
 - semnul Babinski bilateral.
- Coma hipoglicemică (la un bolnav diabetic) trebuie

— Când diferențierea este greu de făcut, se administrează 20-30 ml glucoză hipertonică (20-40%) care este urmată de o ameliorare rapidă în cazul unei come hipoglicemice și de nici un efect în cazul comei diabetice.

— Transportare la spital.

Schema diagnosticului diferențial dintre coma diabetică și coma hipoglicemică

Coma diabetică	Coma hipoglicemică
<i>Cauze:</i> — nerespectarea dietei — doză insuficientă de insulină — diferite infecții, tulburări gastro-intestinale — boli intercurrente	<i>Cauze:</i> — alimentație insuficientă — supradozarea de insulină sau (mult mai rar hipoglicemianta orale) — eforturi fizice mari
<i>Debut</i> — debut lent (mai multe zile)	<i>Debut</i> — debut brusc, sau la câteva ore după administrarea de insulină.
<i>Evoluția simptomelor</i> — polurie — polidipsie — uscăciunea gurii — grețuri, vărsături — astenie, somnolență-comă — respirație Kussmaul	<i>Evoluția simptomelor</i> — anxietate, neliniște — transpirații, palpitații — senzație de foame — cefalee, diplopie — deorientare psihică — agitație psiho-motorie — convulsii tonice-clonice — pierderea cunoștinței
<i>Starea clinică</i> — tegument uscat, hiperemic — limbă uscată, crăpată — hipotensiune arterială — hipotensiune arterială — hipotensiune arterială — hipotensiune arterială	<i>Starea clinică</i> — tegument palid, umed — T.A. normală sau crescută — pupile dilatate — reflexele osteotendinoase accentuate (hiperreflexie) — Babinski pozitiv bilateral.

Notă: Nu au fost amintite toate comele de diferite etiologii, dar la un număr mare de come poate fi stabilită cauza fie cunoscând circumstanțele în care a survenit, fie cunoscând antecedentele patologice ale bolnavului, de exemplu: coma traumatică, coma toxică exogenă, câteva criterii clinice care pot ajuta la diferențierea lor:

- Modul de debut
- hemoragie cerebrală
- electrocultură

3.1. Tabloul clinic

- Debutul este brusc (la câteva minute după administrarea substanței).
- Stare de rău general.
- Semne cutanate (erupții cu caracter acut);
 - erimele difuze, însoțite sau nu de prurit,
 - urticarie
 - edem al feței, al pleoapelor.
- Manifestări respiratorii:
 - edem laringian,
 - sindrom de insuficiență respiratorie acută,
 - crize de dispnee cu respirație șuierătoare, provocată de bronhoconstricție.
- Tulburări cardiovasculare:
 - hipotensiune arterială,
 - puls tahicardic,
 - cianoză,
 - tuse.
- Tulburări neurologice:
 - anxietate, acufene, vertij,
 - uneori convulsii și comă
- Manifestări digestive:
 - greață, vărsături,
 - dureri abdominale,
 - diaree.

Atenție! Șocul anafilactic se poate manifesta și sub formă de reacție anafilactică atunci când semnele clinice descrise sunt de mai mică intensitate, stare care de cele mai multe ori este trecută cu vederea. Diagnosticarea este tot atât de importantă, deoarece în cazul șocului anafilactic medicamentos, repetarea medicamentului va declanșa șocul anafilactic medicamentos sever, posibil fatal. Cadrul mediu este obligat să informeze imediat pe medic de apariția unor forme ușoare.

3.2. Conduita de urgență

- Aplicarea de garouri.
În cazul în care șocul a fost declanșat de o injecție intradermică, subcutanată sau intramusculară, sau printr-o înțepătură de insectă într-o extremitate, trebuie stopată reacția generală prin ligaturarea acelei extremități deasupra locului inoculării. În jurul locului inoculat se injectează 1 mg adrenalină 1% diluat în 10 ml ser fiziologic. Se realizează astfel un efect antihistaminic local, precum și o vasoconstricție locală cu prelungirea timpului de pătrundere a antigenului în circulație.
- Atenție!** Garoul trebuie să fie strâns, pentru a bloca întoarcerea venoasă și trebuie desfăcut 2-3 minute la interval de 10-15 minute pentru evitarea efectelor nefaste ale stazei venoase.

— în staționar

- Așezarea bolnavului în poziție Trendelenburg (în poziție de șoc) trebuie executată rapid, pentru a împiedica ischemia și leziunile cerebrale irversibile.
- Adrenalina este medicamentul de elecție în șocul anafilactic.
Se administrează 0,5-1 mg subcutanat (0,5-1 ml sol. 1 : 1 000). Se poate administra și intramuscular. În cazuri grave se injectează intravenos, foarte lent 0,25 - 0,50 mg; 2,5-5 ml dintr-o fiolă de 1 : 1 000 diluată de 10 ori (în 10 ml ser fiziologic) se injectează într-un ritm lent de 1 ml/minut.
- **Corticoizi** se administrează numai după administrarea de adrenalină: hemisuccinat de hidrocortizon - 250 mg - ca doză de atac intravenos lent. Se continuă apoi până la doza de 500-1 000 mg în 24 de ore; administrat intravenos, fracționat sau în perfuzie continuă.
- **Lichide volumice.** În caz de hipovolemie se administrează substituenți coloidali de plasmă pentru creșterea volumului: dextran 70 în cantitate de 500-1 000 ml la care se adaugă o cantitate dublă sau triplă de ser glucozat 5%.
- **Oxygenoterapie** 6-8 l/minut prin sondă nazofaringiană.
- **Miofilin (aminofilină)** 240 mg (1 fiolă) se administrează în cazurile de bronhoconstricție severă, lent i.v.
- Se poate administra și izoprenalină în aerosoli, asmopent sau alte bronhodilatatoare sub formă de spray aerosol.
- Intubația orotraheală se practică preferabil de către medicul anestezist prin ventilație artificială cu presiune pozitivă intermitentă în caz de spasm laringian sau bronhospasm prelungit, pentru combaterea hipoxiei, însoțită de cianoză generalizată.
- **Traheostomie.** În caz de asfixie se face traheostomia de necesitate, dacă nu se poate aplica manevra de intubație orotraheală.
- Anhistaminicele au o importanță secundară în tratamentul șocului. Efectul lor este preventiv și nu curativ:
 - romergan 50 mg (1 fiolă) i.m.
 - feniramin 50 mg (1 fiolă) i.v.
 - lavegyl 2 mg (1 fiolă) lent i.v.

Atenție! Bolnavul va rămâne sub supraveghere clinică.

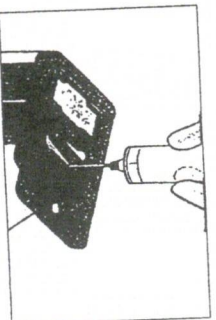
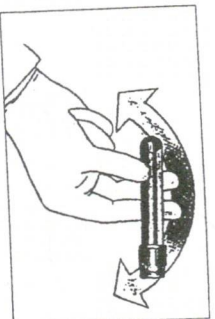


Fig. 17 e. Când sângele nu curge în tub (vacuumul este epuizat), scoateți tubul și holderul și introduceți-l din nou în holderul. În cazul în care aveți nevoie de o cantitate mai mare de sânge, scoateți cea a volumului unui tub sau în cazul în care bule să utilizați alt tip de tub vacuumtainer pentru același pacient, nu scoateți tubul din venă. Înlocuiți doar tubul de la plin și introduceți-l din nou în holder.

Fig. 17 f. În timpul recoltării într-un tub nou, răsturnați de 8-10 ori tubul deja umplut, pentru a amesteca sângele recoltat cu aditivul din tub. Nu agitați puternic a tubului agitare puternică a tubului poate provoca hemolizarea probei de sânge. Nu scoateți acul din venă decât după ce ați scos din holder ultimul tub ce trebuie umplut.

Fig. 17 g. Aruncați acul utilizat pentru recoltare în containerul destinat special acestui scop.

17 e. Când sângele nu curge în tub (vacuumul este epuizat), scoateți tubul și holderul și introduceți-l din nou în holderul. În cazul în care aveți nevoie de o cantitate mai mare de sânge, scoateți cea a volumului unui tub sau în cazul în care bule să utilizați alt tip de tub vacuumtainer pentru același pacient, nu scoateți tubul din venă. Înlocuiți doar tubul de la plin și introduceți-l din nou în holder.

17 f. În timpul recoltării într-un tub nou, răsturnați de 8-10 ori tubul deja umplut, pentru a amesteca sângele recoltat cu aditivul din tub. Nu agitați puternic a tubului agitare puternică a tubului poate provoca hemolizarea probei de sânge. Nu scoateți acul din venă decât după ce ați scos din holder ultimul tub ce trebuie umplut.

DETERMINAREA GLICEMIEI FOLOSIND TESTELE REACTIVE

- determinarea glicemiei se mai poate face folosind testele reactive, bandelele sau stripsuri;
- acestea reacționează specific cu glucoză (metodă enzimatică cu glucozooxidază);
- sunt însoțite de instrucțiuni de folosire atât pentru citirea vizuală, cât și electronică;
- autocontrolul se bazează pe acest tip de determinări citite vizual prin comparație cu o scală de culori sau electronic – Glucometru, Reflotex și altele;
- substanțele chimice imprimare determină schimbarea culorii când vin în contact cu zahărul;

● picătura de sânge se așază în centrul zonei mono- sau bicolore;

● depunerea picăturii se face prin atingerea ușoară a capătului reactiv al bandetei;

● se evită frecarea puipei degetului de bandete;

● se cronometrează timpul până la îndepărtarea sângelui în funcție de tipul testelor astfel:

– 60" pentru Hemoglucotest;

● îndepărtarea sângelui se face diferit:

– ștergerea cu tampon de vată (Hemoglucotest);

– absorbție cu hârtie absorbantă (Glucostix);

– jet de apă (Dextrostix).

● se compară culoarea cu cea de pe panglica de control care arată valoarea glicemiei în acel moment.

● pacienții își pot testa singuri glicemia folosind aparate cu afișaj electronic, cum ar fi ONE TOUCH BASIC care arată cu rapiditate și precizie valoarea glicemiei. (fig. 18 a, b, c)

● trusa completă ONE TOUCH este formată din:

– aparatul propriu-zis;

– dispozitiv automat de înțepare;

– ace de unică folosință;

– testele corespunzătoare;

● se procedează astfel:

– se apasă butonul de pornire;

– se introduce testul;

– se aplică picătura de sânge;

– se obține rezultatul în 45".

● Gama ONE TOUCH este completată cu un model nou ONE TOUCH PROFILE, care are capacitate de memorie mai mare și dă posibilitatea conectării la computer.

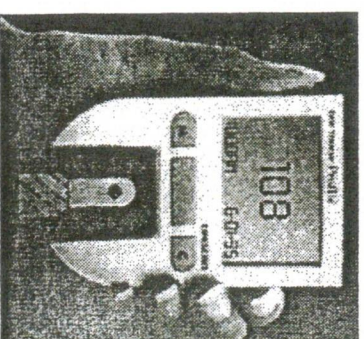


Fig. 18 c

RECOLTAREA EXSUDATULUI FARINGIAN

Definiție	Exsudatul faringian este un lichid rezultat în urma unui proces inflamator faringian.
Scop	● <i>explorator</i> – depistarea germinilor patogeni de la nivelul faringelui în vederea tratamentului – depistarea persoanelor sănătoase purtătoare de germeni
Pregătirea	● <i>materiale</i> – de protecție – masca de tifon – sterile – spatula linguală – eprubetă cu tampon faringian sau ansă de platină – eprubete medii de cultură – ser fiziologic sau glicerină 15%

confirmare S y

<i>Recoltare excutie</i>	- nesterile - tăviță renală - stativ pentru eprubete - lampă de spirt - chibrituri • pacient - pregătire psihică: - se anunță și i se explică tehnica - pregătire fizică: - se anunță să nu mănânce, să nu bea apă - să nu i se instileze soluții dezinfectante în nas, să nu facă gargară - se așază pacientul pe un scaun
Execuție	- se recoltează înainte de administrarea antibioticelor sau sulfamidelor - asistenta se spală pe mâini și se dezinfectează cu alcool - își pune masca de protecție - invită pacientul să deschidă gura și inspectează fundul de gât - deschide eprubeta cu tamponul faringian - flambează gâtul eprubetei și o închide cu dop steril - apasă limba cu spatula linguală - cu tamponul faringian șterge depozitul de pe faringe și amigdale, dezlipește o porțiune din falsele membrane (când este cazul) - flambează gura eprubetei și introduce tamponul faringian în eprubeta care se închide cu dopul flambat - la indicația medicului, întinde produsul obținut pe lame de sticlă pentru frotiuri colorate sau însămânțează imediat pe medii de cultură, succesiv două eprubete din aceeași recoltare - se spală pe mâini cu apă și săpun
Pregătirea produsului pentru laborator	- se transportă produsul la laborator evitând suprainfectarea - dacă nu este posibilă însămânțarea la patul bolnavului, tamponul se umezește în prealabil cu ser fiziologic sau glicerină 15 %
Reorganizarea	
Notarea în foaia de observație	- se notează data recoltării, numele persoanei căreia i s-a efectuat recoltarea - dacă s-au făcut însămânțări sau nu

■ DE ȘTIUT:

- timpul scurs de la recoltare la însămânțare să nu depășească 5-6 ore
- înainte de recoltare se inspectează regiunile de unde urmează să se recolteze
- recoltarea se face nu numai în angine ci și în alte boli care pot fi declansate de o infecție faringiană (nefrite,

■ DE EVITAT:

- îmbibarea tamponului cu salivă
- atingerea dinților

— în perioada de stare: steluțe vasculare, eritem palmar, limbă lucioasă roșie, icter, edeme, ascită, scădere marcată în greutate, ginecomastie, somnolență, comă (encefalopatie portală)	mele tului — disconfort abdominal — deficit de volum rahidian — lipsa autonomiei în îngrijirile personale — risc de alterare a integrității tegumentelor — risc de complicații: — ascită — hemoragii epistaxis — hemoragie digestivă superioară — comă hepatică	tive — pacientul să prezinte stare de confort fizic și psihic — pacientul să se poată alimenta, să-și mențină starea de nutriție și echilibrul hidroelectrolitic — tegumentele să fie curate, integre, fără leziuni de grataj — pacientul să cunoască modul de viață, de alimentație, să se poată autoîngriji — pacientul să fie ferit de complicații	venții Asistenta: — asigură repausul la pat 16–18 ore/zi în decubit dorsal sau în poziția adoptată de pacientul cu ascită masivă, care să-i faciliteze respirația — reduce la maxim efortul fizic al pacientului prin deservirea acestuia la pat, pentru a-i conserva energia — menține igiena tegumentară, a lenjeriei și a mucoaselor, îngrijește cavitatea bucală, îndeosebi în caz de gingivoragie și gust amar — recoltează sânge, urină, pentru examenul de laborator în vederea evaluării funcției hepatice — supraveghează scaunul, urina (cantitatea și culoarea), icterul tegumentar, greutatea corporală și le notează în toaia de temperatură — hidratează, pe cale orală, pacientul când este permis, și pe cale insulină — alimentează pacientul cu produse lactate, zarzavaturi, fructe — supraveghează supe, piureuri de zarzavat. Alimentele sunt
--	--	---	--

<i>file 8. infuziina</i> — educă pacientul și antrenează familia pentru a respecta alimentația și normele de viață impuse, în funcție de stadiul bolii — respectă normele de prevenire a infecțiilor nosocomiale, având în vedere receptivitatea crescută a pacientului la infecții — pregătește pacientul și materialele necesare pentru puncția abdominală exploratoare sau evacuatoare (dacă este cazul) și îngrijește pacientul după puncții — supraveghează comportamentul pacientului și sesizează semnele de agravare a stării sale, sesizează apariția semnelor de insuficiență hepatică — administrează medicația hepatoprotectoare, corticoterapia și medicația calmantă a pruritului, când este cazul — pregătește pacientul în vederea intervenției chirurgicale pentru transplant hepatic, la indicația medicului.	INGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI ALE CĂILOR BILIARE Angiocolecistitele sunt inflamații ale căilor biliare extrahepatice și/sau intrahepatice fără afectarea vezicii biliare. Colecistitele sunt inflamații ale vezicii biliare acute sau cronice. Diskineziile biliare sunt tulburări funcționale ale căilor biliare extrahepatice cu sau fără modificări organice locale. Se pot manifesta sub formă de hiper- sau hipokinezie. Culegerea datelor ● <i>circumstanțe de apariție:</i> — incidența maximă la femeie între 30–50 ani, care prezintă malformații congenitale, litiază biliară — pacienți cu tulburări neuroendocrine ● <i>manifestări de dependență:</i> — în angiocolecistită, febră 39–40°C, frison, dureri colicative, subicter sau icter la 1–2 zile după debut — în colecistitele acute — frison, febră 39–40°C, stare generală alterată, dureri intense în hipocondrul drept, cu iradiere în umărul drept sau în spate, vărsături biliare, icter — în diskinezia biliară hipokinetică — grețuri, vărsături biliare, constipații, depresii, inapetență, senzație de plenitudine în hipocondrul drept — în diskinezia biliară hiperkinetică — dureri repetate sub formă de
---	--

n) eliminarea deșeurilor medicale înseamnă operațiunile prevăzute la D5 și D10 din anexa nr. 2 la Legea nr. **211/2011**, cu modificările ulterioare, cu precizarea că numai deșeurile tratate pot fi eliminate prin depozitare;

o) fișa internă a gestionării deșeurilor medicale este formularul de păstrare a evidenței deșeurilor rezultate din activitățile medicale, conținând datele privind circuitul complet al acestor deșeuri de la producere și până la eliminarea finală a acestora, conform Hotărârii Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare, conform Listei Europene a Deșeurilor;

p) gestionarea deșeurilor medicale înseamnă colectarea, stocarea temporară, transportul, tratarea, valorificarea și eliminarea deșeurilor, inclusiv supravegherea acestor operații și întreținerea ulterioară a amplasamentelor utilizate;

q) instalația de incinerare este orice instalație tehnică fixă sau mobilă și echipamentul destinat tratamentului termic al deșeurilor, cu sau fără recuperarea căldurii de ardere rezultate, așa cum este definit în Hotărârea Guvernului nr. **128/2002** privind incinerarea deșeurilor, cu modificările și completările ulterioare;

r) prevenirea producerii deșeurilor medicale reprezintă totalitatea măsurilor luate înainte ca o substanță, un material sau un produs să devină deșeu medical și care au drept scop reducerea cantității de deșeuri medicale, inclusiv prin reutilizarea produselor folosite în activități medicale sau prin extinderea ciclului de viață al produselor respective, prin asigurarea unei separări corecte la sursă a deșeurilor periculoase de cele nepericuloase;

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*.

Sub. 9

	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 obținut 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

10

De reținut. Când orificiul de perforație este larg, pleura comunică per-

manent cu arborale bronșic (cu exteriorul).
In cazul plăgii penetrante pleuro-pulmonare cu torace deschis, în care
cavitătea pleurală comunică larg cu exteriorul, aerul iese și intră la fiecare
mișcare respiratorie cu un șuierat caracteristic. În aceste cazuri este vorba
de *pneumotorax deschis*. O altă variație este *pneumotoraxul cu supapă com-*
presiv (vezi traumatisme toracice; insuficiență respiratorie în pneumotoraxul
deschis și în pneumotoraxul compresiv cu supapă).

1.5.2. Simptome

- junghi toracic violent (apare brusc, adesea după un efort, chină de tuse, durere comparată cu o „lovitură de pumnal”);
 - dispnee foarte accentuată și polipnee;
 - anxietate, cianoză;
 - tuse chinătoare și fenomene de insuficiență respiratorie acută;
 - uneori fenomene de șoc (șoc pleural), tahicardie, puls mic și rapid, alteori fenomene de colaps, paloare cu cianoză extremităților, transpirații reci;
 - bombare și imobilizare a hemitoracelui interesat;
 - abolirea murmurului vezicular, hipersonoritate sau timpanism cu dispariția matității cardiace.
- De reținut.* Pneumotoraxul spontan și în special cel „cu supapă” provoacă tulburări respiratorii și circulatorii de *tipul asfixiei și colapsului vascular*, în care pot fi urmate de moarte (vezi: consecințe în pneumotoraxul compresiv cu supapă la capitolul traumatisme toracice).

1.5.3. Conduita de urgență

- Așezarea bolnavului în poziție semișezândă
- Repaus complet, inclusiv repaus vocal
- Combaterea durerii:
 - algocalmin 1-2 fiole,
 - fortal 1-2 fiole,
 - sintalgon-oral,
 - excepțional (în caz de dureri șocogene): mialgin 1 fiolă (100 mg) i.v. sau i.m. sau morfină în injecții s.c. (0,01-0,02 g).
- Anxiolitice:
 - plegomazin injecții i.m.
 - hidroxizin injecții i.m.
 - diazepam, nitrazepam, romergan
- Oxigenoterapie (balon, sondă nazală)

- În formele masive sau în cele asfixice „cu supapă”, medicul execută *exsuflație decompresivă*. Se folosește un ac cu lumen larg și bizou scurt care se leagă de un tub scufundat în ser fiziologic sau soluție Dakin. O exsuflație eficientă necesită folosirea unui trocar prevăzut cu supapă.
- Cadrul mediu va asigura materiale sterile și va respecta cu strictețe măsurile de asepsie, pentru a preveni riscul infecției.
- Transportul bolnavului la spital se va face cu mijloace deosebite.

1.6. BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ ACUTIZATĂ (BPOC ACUTIZATĂ)

Termenul de bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC) se referă la bolnavi cu bronșită cronică și bolnavi cu emfizem pulmonar.

Astmul bronșic intrică cu bronșită cronică și emfizem pulmonar este în mod obișnuit inclus în sindromul de BPOC.

Bolnavul purtător al BPOC are o insuficiență respiratorie cronică. Datorită unei suprainfecții bronșice, aceasta declanșează pusee acute de insuficiență respiratorie.

Procesul infecțios accentuează sindromul obstructiv prin exacerbarea edemului inflamator, a hipersecreției și a spasmului musculaturii bronșice.

1.6.1. Simptome

- Dispnee cu polipnee, uneori bradipnee expiratorie.
- Cianoză intensă și difuză, predominând la buze, unghii. Cianoză exprimă creșterea hemoglobinei în sângele arterial (prin desaturarea cu O₂ a oxihemoglobinei).
- Transpirații profunde.
- Cefalee tenace.
- Anxietate sau somnolență, stare confuzională, uneori stare precomatoasă.
- Decompensarea respiratorie a BPOC se asociază de regulă cu decompensarea hemodinamică (cord pulmonar cronic decompensat) cu: tahicardie, turgescență de ritm, extrastistole, hepatomegalie distinsă, cu meteorism abdominal, jugulare turgescențe.