

TEORIA ȘI PRACTICA NURSING

Volumul VI

TEHNICI NURSING ȘI ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

EDIȚIE REVIZUITĂ

- Tehnici și investigații nursing
- Principii și reguli de administrare a medicamentelor



EDITURA UNIVERSITARĂ
București

CUPRINS

PREFAȚĂ LA EDIȚIA REVIZUITĂ	11
DESPRE STRUCTURA ȘI CONȚINUTUL CĂRȚII.....	13
CAPITOLUL I. DIAGNOSTICUL NURSING NANDA-I – ELEMENT CENTRAL AL ÎNGRIJIRILOR NURSING DE CALITATE.....	19
I.1. Diagnostic nursing NANDA-I și diagnostice clinice.....	20
I.2. Diagnostic nursing NANDA-I și nevoi de îngrijire	21
I.3. Utilizarea listei NANDA-I în identificarea diagnosticelor nursing .	21
I.4. Calitatea serviciilor de nursing, obiectivele sistemelor de sănătate și siguranța pacientului	23
CAPITOLUL II. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE NURSING.....	25
II.1. Elemente definitorii ale procesului de îngrijire	26
II.2. Etapele procesului de îngrijire (CDPAE)	27
II.2.1. Culegerea și analiza datelor sau evaluarea nursing inițială	28
II.2.2. Diagnosticarea nursing pe baza culegerii și analizei datelor	35
II.2.3. Planificarea îngrijirilor sau alcătuirea planurilor de îngrijire.....	39
II.2.4. Aplicarea intervențiilor	44
II.2.5. Evaluarea îngrijirilor (rezultate așteptate)	46
CAPITOLUL III. TEHNICI NURSING	49
III.1. TEHNICI DE EVIDENȚĂ ȘI MIȘCARE A BOLNAVILOR	50
III.1.1. Internarea.....	50
III.1.2. Externarea.....	52
III.1.3. Transferul	54
III.1.4. Aspecte privind îngrijirea pacienților în stadiu terminal și decesul	55

III.2. TEHNICI PENTRU ASIGURAREA IGIENEI ȘI CONFORTULUI PACIENTULUI	59
III.2.1. Efectuarea toaletei pe regiuni a bolnavului imobilizat/ inconștient	60
III.2.2. Îngrijirea ochilor, mucoasei nazale, urechilor, cavității bucale, unghiilor, părului.....	63
III.2.2.a. Îngrijirea ochilor	63
III.2.2.b. Îngrijirea mucoasei nazale	65
III.2.2.c. Îngrijirea urechilor	66
III.2.2.d. Îngrijirea cavității bucale	68
III.2.2.e. Îngrijirea părului	71
III.2.3. Baia/ Dușul	73
III.2.4. Captarea dejecțiilor la pat	75
III.2.4.a. Captarea urinei	75
III.2.4.b. Captarea materiilor fecale	76
III.2.4.c. Captarea sputei	78
III.2.4.d. Captarea vărsăturilor	79
III.2.5. Schimbarea lenjeriei de pat și de corp	80
III.2.5.a. Schimbarea lenjeriei de pat fără pacient	80
III.2.5.b. Schimbarea lenjeriei de pat cu pacientul imobilizat	81
III.2.5.c. Schimbarea lenjeriei de corp a pacientului imobilizat la pat.....	84
III.2.6. Efectele curățeniei asupra stării bolnavului.....	88
 III.3. TEHNICI PENTRU PREVENIREA UNOR COMPLICAȚII LEGATE DE DECUBITUL PRELUNGIT .	 89
III.3.1. Leziunile de decubit. Aspecte generale	90
III.3.2. Evaluarea aspectului pielii și observarea poziției bolnavului în pat (activă, pasivă, forțată/ patognomonică)	90
III.3.3. Prevenirea escarelor sau a complicațiilor de decubit	91
III.3.4. Mobilizarea și transportul pacientului	93
III.3.4. a. Mobilizarea pacientului	93
III.3.4. b. Transportul pacientului	95
 III.4. TEHNICI PRIVIND ALIMENTAȚIA BOLNAVULUI	 99
III.4.1. Alimentația naturală	100
III.4.1.a. Aspecte generale	100
III.4.1.b. Alimentația naturală activă	100
III.4.1.c. Alimentația naturală pasivă.....	101

III.4.2. Alimentația artificială	103
III.4.2.a. Alimentația artificială enterală.....	103
III.4.2.b. Alimentația artificială parenterală.....	104
III.4.3. Regimurile alimentare.....	106
 III.5. TEHNICI DE EVALUARE ȘI CONTROL.....	 111
III.5.1. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică în foaia de temperatură ale funcțiilor vitale și vegetative	 112
III.5.1.a. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică a temperaturii corporale în foaia de temperatură.....	 112
III.5.1.b. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică a pulsului în foaia de temperatură	 116
III.5.1.c. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică în foaia de temperatură a presiunii sângelui (tensiunea arterială - T.A.)	 120
III.5.1.d. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică în foaia de temperatură a respirației.....	 124
III.5.2. Observarea și notarea eliminărilor patologice: expectorația, vărsăturile	 127
 III.6. SONDAJE, SPĂLĂTURI, CLISME	 130
III.6.1. Sondajul gastric aspirativ	131
III.6.2. Spălătura gastrică.....	134
III.6.3. Sondajul vezical la femeie și bărbat	138
III.6.4. Spălătura vezicală.....	142
III.6.5. Clisma evacuatoare.....	144
 III.7. PANSAMENTE, BANDAJE	 149
III.7.1. Pansamentul.....	150
III.7.2. Bandajul.....	154
 CAPITOLUL IV. INVESTIGAȚII NURSING.....	 159
IV.1. Recoltarea produselor bio-patologice pentru examene de laborator.....	 160

IV.1.1. Recoltarea sângelui prin puncție venoasă pentru examene biochimice, hematologice, serologice, bacteriologice	160
IV.1.2. Recoltarea urinei pentru examene de urină.....	166
IV.1.3. Recoltarea materiilor fecale pentru examene de laborator	170
IV.1.4. Recoltarea exsudatului faringian; recoltarea sputei pentru examen citologic, bacteriologic	175
IV.1.5. Recoltarea secrețiilor purulente din plagă.....	180
IV.2. Recoltarea vărsăturilor pentru examen toxicologic.....	181
 CAPITOLUL V. ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR	185
V.1. Reguli generale de administrare a medicamentelor	186
V.2. Căi de administrare, criterii de alegere a căii de administrare	188
V.3. Condica de medicamente, circuitul medicamentelor în spital.	192
V.4. Administrarea medicamentelor pe cale orală: prin înghițire, sublingual, translingual; forme de prezentare, efecte locale și generale	193
V.5. Administrarea medicamentelor pe cale parenterală	195
V.5.1. Elemente definitorii	195
V.5.2. Injecția intravenoasă (I.V): definiție, scopuri, tehnica injecției.....	198
V.5.3. Injecția intramusculară (I.M.): definiție, scopuri, tehnica injecției.....	200
V.5.4. Injecția subcutanată (S.C.): definiție, scopuri, tehnica injecției.....	204
V.5.5. Injecția intradermică (I.D.): definiție, scopuri, tehnica injecției.....	206
V.6. Administrarea medicamentelor pe suprafața mucoasei căilor respiratorii	210
V.6.1. Inhalația	210
V.6.2. Oxigenoterapia	210
V.6.3. Instilația	212
V.6.4. Aerosoloterapia / nebulizarea	215
V.7. Administrarea medicamentelor pe suprafața tegumentelor și mucoaselor.....	217
V.8. Administrarea antibioticelor și chimioterapicelor, dozarea medicamentului, verificarea sensibilității organismului, evitarea incompatibilităților și a reacțiilor adverse.....	222

V.9. Administrarea cortizonului și a insulinei	228
V.10. Administrarea medicamentelor pe cale rectală	232
V.11. Diagnostiche nursing NANDA-I care pot fi asociate administrării medicamentelor	233
VI. ANEXE	235
VI.1. Lista diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, cu codurile specifice și denumirile originale în limba engleză	236
VI.2. Lista „de lucru” (scurtă) a diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, pentru utilizare eficientă în procesul didactic și în practică.....	245
VI.3. Listă cu obiective nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing	249
VI.4. Listă cu intervenții nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing	251
VI.5. Listă cu diagnostice clinice și diagnostice nursing NANDA-I asociate acestora	252
VI.6. Foaie de îngrijiri nursing pentru spitale (model orientativ)	259
VI.7. Foaie de îngrijiri nursing pentru elevi studenți și profesori (model orientativ)	259
BIBLIOGRAFIE	265

CAPITOLUL I

DIAGNOSTICUL NURSING NANDA-I – ELEMENT CENTRAL AL ÎNGRIJIRILOR NURSING DE CALITATE

- I.1. Diagnostice nursing NANDA-I și diagnostice clinice
- I.2. Diagnostice nursing NANDA-I și nevoi de îngrijire
- I.3. Utilizarea listei NANDA-I în identificarea diagnosticelor nursing
- I.4. Calitatea serviciilor de nursing, obiectivele sistemelor de sănătate și siguranța pacientului

DIAGNOSTICUL NURSING NANDA-I – ELEMENT CENTRAL AL ÎNGRIJIRILOR NURSING DE CALITATE – inclusiv în tehnicile nursing și în administrarea medicamentelor, care sunt intervenții în cadrul planurilor de îngrijire

Chiar și în acest volum, *Tehnici nursing și administrarea medicamentelor*, planurile de îngrijire (indiferent dacă apar sau nu explicit drept cadre de desfășurare a îngrijirilor) se află la baza tuturor intervențiilor prezentate (deopotrivă tehnicile nursing și procedurile de administrare a medicamentelor). Prin urmare, sunt corelate cu identificarea diagnosticilor nursing conform clasificării NANDA-I și cu planurile de îngrijire derivate. Pentru a clarifica rolul acestui instrument, diagnosticul nursing NANDA-I, în procesul de îngrijire, reamintim pe scurt câteva repere privind diferența dintre diagnosticile clinice și cele de nursing, precum și modul de utilizare a listei NANDA-I în identificarea problemelor de îngrijire.

I.1. DIAGNOSTICE NURSING ȘI DIAGNOSTICE CLINICE

În procesul de îngrijire, medicul stabilește diagnosticul clinic, iar asistenta sau asistentul medical identifică diagnosticile nursing. Ambele demersuri se bazează pe cunoașterea semnelor și simptomelor bolii, dar reprezintă competențe profesionale distincte. Diagnosticul clinic are ca finalitate stabilirea tratamentului și ameliorarea sau vindecarea bolii, în timp ce diagnosticul nursing stă la baza stabilirii obiectivelor și intervențiilor de îngrijire din planul nursing.

O diferență importantă este dinamica lor. Diagnosticul clinic rămâne, de regulă, constant pe durata internării, în timp ce diagnosticile nursing se pot modifica în funcție de evoluția stării pacientului și de efectele intervențiilor aplicate. De exemplu, diagnosticul „lipsă de cunoștințe” poate dispărea după intervenții de educație pentru sănătate, în timp ce diagnosticul clinic „diabet zaharat” rămâne neschimbat.

Cunoașterea diagnosticului clinic ajută asistenta medicală să identifice mai ușor domeniile din clasificarea NANDA-I în care pot fi găsite problemele de îngrijire relevante. Astfel, în cazul obezității, diagnosticile nursing pot fi căutate în domeniile „nutriție” sau „promovarea sănătății”, iar în cazul bolilor respiratorii cronice pot apărea diagnostice precum „afectarea schimbului de gaze” sau „respirație inefficientă”.

Potrivit NANDA-I, diagnosticul nursing este definit ca o judecată clinică privind răspunsurile persoanei, familiei sau comunității la probleme de sănătate actuale sau potențiale. Diagnosticul nursing constituie baza pentru alegerea intervențiilor adecvate în vederea atingerii obiectivelor de îngrijire.

Aceste diagnostice pot fi:

- **actuale**, când problema este prezentă și observabilă (de exemplu: dezechilibru nutrițional în deficit, insomnie, afectarea comunicării verbale);
- **potențiale**, când există risc de apariție a unei probleme (de exemplu: risc de infecție, risc de instabilitate a nivelului glicemiei, risc de afectare a integrității pielii) sau când se urmărește îmbunătățirea unei stări de bine (de exemplu: potențial pentru îmbunătățirea cunoștințelor sau a relațiilor sociale).

I.2. DIAGNOSTICE NURSING ȘI NEVOI DE ÎNGRIJIRE

Diagnosticul nursing reprezintă instrumente universale ale practicii profesionale. Modelele de îngrijire pot avea rol orientativ sau explicativ, punând accent pe anumite dimensiuni ale experienței pacientului – psihologice, sociale sau culturale –, însă identificarea problemelor concrete de îngrijire rămâne esențială pentru elaborarea planului nursing.

În practică, asistentele medicale trebuie să identifice cu precizie problemele de îngrijire observabile, cum ar fi durerea, insomnia, riscul de infecție, frica sau lipsa de cunoștințe. Stabilirea acestor diagnostice permite alegerea obiectivelor și intervențiilor standardizate corespunzătoare.

De aceea, în locul unor formulări generale despre nevoi afectate, este mai utilă identificarea unor diagnostice nursing concrete, precum „risc de instabilitate a nivelului glicemiei”. Acesta poate orienta direct planul de îngrijire către obiective și intervenții specifice, conform clasificărilor profesionale utilizate în nursing.

Identificarea diagnosticilor de îngrijire pe baza semnelor, simptomelor și a diagnosticului clinic reprezintă, de altfel, una dintre competențele fundamentale prevăzute în formarea asistenților medicali.

I.3. UTILIZAREA LISTEI NANDA-I ÎN IDENTIFICAREA DIAGNOSTICELOR NURSING

Lista NANDA-I, care cuprinde peste două sute de diagnostice nursing (inclusă la finalul fiecărui volum din lucrarea *Teoria și practica*

nursing), oferă o imagine clară asupra problemelor de îngrijire cu care se confruntă asistenții medicali în practica profesională. Familiarizarea cu această clasificare încă din perioada formării facilitează înțelegerea rolului nursingului și dezvoltarea unei gândiri clinice specifice domeniului.

Identificarea diagnosticelor nursing se bazează pe etapa de **culegere a datelor**, realizată prin observația stării pacientului, consultarea documentelor medicale, interviul profesional cu pacientul și comunicarea în cadrul echipei medicale.

Pe baza acestor informații și a diagnosticului clinic, asistenta medicală poate orienta căutarea către domeniul corespunzător din clasificarea NANDA-I. De exemplu, în cazul unei litiaze renale însoțite de durere, diagnosticul nursing poate fi identificat în domeniul „confort”, sub forma diagnosticului „durere”. În cazul diabetului zaharat, pot fi identificate diagnostice precum „risc de instabilitate a nivelului glicemiei”, „dezechilibru nutrițional” sau „lipsă de cunoștințe”.

Astfel, se identifică mai întâi domeniul corespunzător din clasificarea NANDA-I, apoi diagnosticele nursing relevante pentru situația clinică și pentru particularitățile pacientului. Acestea devin punctul de plecare pentru stabilirea obiectivelor și intervențiilor și pentru elaborarea planului de îngrijire.

Utilizarea constantă a listei NANDA-I contribuie la standardizarea limbajului profesional și la apropierea practicii nursing de criteriile științifice ale domeniului.

În practica nursing contemporană, identificarea diagnosticelor de îngrijire conform clasificării NANDA-I este integrată frecvent cu alte două sisteme complementare de standardizare: **NOC (Nursing Outcomes Classification)**, care definește rezultatele urmărite în îngrijire, și **NIC (Nursing Interventions Classification)**, care descrie intervențiile nursing corespunzătoare. Utilizarea integrată a acestor clasificări contribuie la structurarea planului de îngrijire pe baze profesionale și *evidence-based*, facilitând evaluarea rezultatelor îngrijirilor și comunicarea în cadrul echipei medicale. Prin această standardizare a limbajului și a practicii profesionale, **sistemul NANDA–NOC–NIC devine un instrument important pentru creșterea calității serviciilor de nursing și pentru consolidarea siguranței pacientului.**

Identificarea diagnosticelor nursing constituie etapa centrală a procesului de îngrijire și baza elaborării planului nursing. Utilizarea clasificării NANDA-I facilitează recunoașterea problemelor de îngrijire și alegerea obiectivelor și intervențiilor adecvate, contribuind astfel la creșterea calității îngrijirilor acordate pacientului.

I.4. CALITATEA SERVICIILOR DE NURSING, OBIECTIVELE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI

Conform manualului *Quality of Care* elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, există șase dimensiuni ale calității asupra cărora programele de asigurare a calității ar trebui să se concentreze, inclusiv în îngrijirile nursing:

1. **eficacitatea**, care presupune oferirea de îngrijiri medicale bazate pe principiul *evidence-based*, cu rezultate demonstrabile în îmbunătățirea sănătății persoanelor și a comunității;
2. **eficiența**, care se referă la utilizarea judicioasă a resurselor în condițiile menținerii sau creșterii eficienței din punct de vedere medical;
3. **accesibilitatea**, adică posibilitatea pacienților de a obține îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie, fără bariere geografice, sociale, culturale sau economice;
4. **acceptabilitatea**, în raport cu valorile, aspirațiile, cultura și nevoile pacientului;
5. **echitabilitatea**, care presupune furnizarea de îngrijiri de aceeași calitate indiferent de gen, rasă, etnie, proveniență geografică sau statut economic;
6. **siguranța**, care urmărește minimizarea riscurilor pentru pacienții care beneficiază de îngrijiri medicale.

Aceste dimensiuni ale calității sunt strâns legate de **obiectivele generale ale sistemelor de sănătate**, printre care:

- reducerea mortalității;
- reducerea morbidității;
- reducerea inechităților în sănătate;
- îmbunătățirea rezultatelor îngrijirilor pentru pacienți cu anumite afecțiuni;
- creșterea siguranței îngrijirilor de sănătate.

Fiecare unitate sanitară trebuie să aibă un program de asigurare a calității care să respecte legislația în domeniu, iar feed-back-ul din partea pacienților este un element important în evaluarea calității serviciilor oferite.

În domeniul nursingului, cele mai frecvente plângeri referitoare la activitatea asistenților medicali (conform *Lippincott Manual of Nursing Practice*) sunt:

- evaluarea deficitară a pacientului sau întârzierea realizării acestei etape a procesului de îngrijire;

- neefectuarea recomandărilor medicului;
- neefectuarea intervențiilor specifice de îngrijire;
- necomunicarea informațiilor relevante despre pacient;
- neaderarea la standardele de îngrijire;
- înregistrarea greșită sau neînregistrarea datelor despre pacient;
- neadministrarea medicației prescrise.

Siguranța pacientului este, de asemenea, reglementată prin standarde internaționale, precum cele formulate de **Joint Commission**, care includ măsuri precum:

- utilizarea a cel puțin două elemente de identificare pentru pacient;
- prevenirea erorilor de transfuzie;
- raportarea la timp a rezultatelor critice de laborator;
- etichetarea corectă a medicamentelor și a soluțiilor utilizate;
- reducerea riscurilor asociate terapiei anticoagulante;
- actualizarea și comunicarea corectă a medicației pacientului;
- respectarea normelor de igienă a mâinilor;
- prevenirea infecțiilor asociate îngrijirilor medicale;
- identificarea pacienților cu risc de sinucidere;
- verificarea etapelor și a materialelor înaintea efectuării procedurilor.

CAPITOLUL II

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

- II.1. Elemente definitorii ale procesului de îngrijire
- II.2. Etapele procesului de îngrijire (CDPAE)
 - II.2.1. Culegerea și analiza datelor sau evaluarea nursing inițială
 - II.2.2. Diagnosticarea nursing pe baza culegerii și analizei datelor
 - II.2.3. Planificarea îngrijirilor sau alcătuirea planurilor de îngrijire
 - II.2.4. Aplicarea intervențiilor
 - II.2.5. Evaluarea îngrijirilor (rezultate așteptate)